

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. BRONISŁAW BARTKIEWICZ. Uwagi nad leczeniem chirurgicznym przepuklin, na podstawie materyału od r. 1906 do 1911. Str. 1211. II. RYSZARD HERTZ i STEFAN STERLING. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej. (D. c.) Str. 1216. *Streszczenie zbiorowe.* Doc. dr J. PRUSZYŃSKI. Hodowla tkanek zwierzęcych. Str. 1222. *Dział sprawozdawczy.* 204. POOL. Leczenie ran serca. Str. 1227. 205. KOSTIÉ. Szew naczyńiowy i jego zastosowania kliniczne. Str. 1228. 206. YAMANOŪCHI. Szew okrężny naczyń, zespolenie tętniczo-żylnie i przeszczepianie naczyń. Str. 1229. 207. ZESAS. Przypadki nieoperacyjnego uszkodzenia przewodu piersiowego. Str. 1230. *Zjazdy naukowe.* J. BRUDZIŃSKI. I-y Zjazd międzynarodowy pedyatrów w Paryżu. Str. 1230. *Przegląd bibliograficzny.* BĄCZKIEWICZ. Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci przy ulicy Ogrodowej Nr. 17 w Warszawie. Ocenił B. SAWICKI. Str. 1234. *Wiadomości bieżące.* Str. 1237. Nadesłano do Redakcyi. Str. 1238. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU TOW. AKC „ZAWIERCIE“.

Uwagi nad leczeniem chirurgicznym przepuklin, na podstawie materyału od r. 1906 do 1911.

Podał

Bronisław Bartkiewicz.

W sprawozdaniu z operacji przepuklin, wykonanych w szpitalu Tow. Akc. „Zawiercie“ w okresie pięcioletnim, nie uwzględniłem zupełnie kwestyi trwałości leczenia doszczętnego. Materyał, którym rozporządzam, jest zanadto różnorodny, ażeby można stosować doń metodę statystyczną, przytem od czasu wykonania większości zabiegów upłynął zbyt mały okres czasu. Tem chętniej pozostawiam to pytanie na stronie, ponieważ przypuszczam, że rodzaj sposobu, jakiego się używa w operacji przepukliny jest stosunkowo bardzo drugorzędym czynnikiem, wpływającym na wyniki ostateczne. U chorych, posiadających warunki pomyslnie, jest rzeczą względnie obojętną, czy użyjemy sposobu BASSINIEGO, KOCHERA, czy WĘGŁOWSKIEGO. Daleko więcej znaczenia ma dokładność wykonania operacji i umiejętność zastosowania różnych wariantów do poszczególnych przypadków; w dalszym ciągu szereg czynników podmiotowych: wiek i stopień odżywienia chorego, rozwój mięśni w okolicy pachwinowej (może więcej nawet, niż ich budowa anatomiczna), unaczynienie mięśni i budowa brzucha wogóle. Dlatego też sądziłbym, że etyologii przepuklin i wznów pooperacyjnych nie można rozstrzygnąć jedno-

stronnem badaniem anatomicznem kanału. Nie można zaprzeczyć, że w wielkiej liczbie przypadków przepuklin nabytych istnieje brak trójkątny w mięśniach brzusznych. W praktyce objawem tego szczegółu anatomicznego jest trudność dociągania szwów kanałowych podczas operacji, a gdzie taka trudność istnieje, należy przypuszczać, że po pewnym czasie zrosty się rozluźnią i wznowa nastąpi. W przypadkach tych stosowanie sposobu WĘGŁOWSKIEGO, względnie używanie szwów metalowych, jest najzupełniej wskazane. Z drugiej strony jednak wszystkie przepukliny pachwinowe wrodzone bynajmniej nie stoją w związku przyczynowym z formą trójkątną kanału pachwinowego. Podstawą istnienia przepukliny jest tu lejek otrzewnej w postaci niezarośniętego wyrostka pochwowego, współistnienie zaś braku mięśniowego może być zupełnie przypadkowe. Poza to nie można uważać braku mięśniowego w postaci trójkąta za przyczynę główną przepukliny. Wszak kanał udowy posiada otwór wejściowy stale i normalnie nierozciągliwy w formie trójkąta, a jednak przepuklina udowa jest znacznie rzadszą od pachwinowej, wyniki zaś operacji doszczętnej bynajmniej nie gorsze ¹⁾, mimo na pozór niepomyślne warunki anatomiczne. Nasuwa się przypuszczenie, czy nie gra pewnej roli w ułatwionem wypukleniu się otrzewnej w okolicy kanału pachwinowego jej większa ruchomość i przesuwalność w tem miejscu.

Mówiąc o rozwoju mięśni, tkanki łącznej i naczyń w otoczeniu kanału, mam na myśli pewien typ osobników, odznaczających się wrodzoną wadliwością tkanki łącznej. Są to ci właśnie chorzy, u których najczęściej spotyka się obustronną przepuklinę pachwinową w okresie początkowym, o szerokiej podstawie, lub w postaci wczesnej dużej przepukliny mosznowej, o ile chodzi o przepuklinę wrodzoną. Stosunkowo często przepuklina łączy się u tego samego chorego z rozszerzeniem żył na dolnych kończynach i hemoroidami. Podczas operacji mięśnie zwracają uwagę swą bledością, słabym rozwojem, lichem unaczynieniem; powięzie są cienkie, wogóle tkanka łączna słabo rozwinięta. Są to najmniej wdzięczne przypadki pod względem wyników trwałych; najlepsze względnie wyniki otrzymujemy w przepuklinach wrodzonych.

Poza temi zagadnieniami ogólnemi badanie kliniczne przepuklin wolnych i uwięzionych przedstawia cały szereg zajmujących kwestyi. Pomijając wielką rozmaitość szczegółów anatomo-patologicznych, zasługują na dyskusję dotąd nieustalone jeszcze szczegóły techniczne, odnoszące się do poszczególnych momentów operacji, jak również i kwestya wskazań do niej, niedostatecznie jeszcze rozszerzonych.

Materyał mój składa się z 62 operacji, wykonanych u 60-u chorych (1 raz przepuklina obustronna, 1 raz operacja wznowy). W liczbie tej

¹⁾ Według SERTOLI'ego (klinika chir. w Pizie) wznowy pooperacyjne w przepuklinach pachwinowych wynoszą 4,29%; w udowych 2,9%. Statystyka obejmuje 1543 operacje przepuklin pachwin. i 106 udowych (Münch med. Woch. 1909, str. 1247).

było 48 operacji przepuklin wolnych, 14 zaś wykonanych, z powodu uwięźnięcia, względnie niedrożności.

Przepukliny wolne.

Przepuklin prawostron. pachwinowych lub mosznowych operowano	27
„ lewostronnych „ „ „ „	18
„ prawostron. udowych „ „ „ „	1
„ lewostronnych „ „ „ „	2

Pod względem wieku było chorych:

od 1-go roku do 2-u lat	5-u
„ 2-u „ 3-ch	2-u
„ 7-u „ 10-u	5-u
„ 10-u „ 15-u	5-u
„ 15-u „ 20-u	7-u (jedna prawostron. udowa)
„ 20-u „ 30-u	14-u (jedna lewostron. udowa)
„ 30-u „ 40-u	5-u (jedna lewostron. udowa)
„ 40-u „ 50-u	5-u

Z wyjątkiem dwu przypadków przepuklin udowych, wszyscy chorzy byli płci męskiej.

Wszystkie operacje zakończyły się wyzdrowieniem, w dwu przypadkach (na 48 zabiegów) stwierdzono nawrót cierpienia po 2-u i 3-ch latach. Przebieg pooperacyjny zawsze był bez powikłań, zagojenie rany następowało przez rychłozrost, w trzech zaledwie przypadkach było nieznaczne ropienie w szwach. U 26-u chorych przepuklina była wrodzona (niezarośnięcie wyrostka pochwowego). W przypadkach tych ściany worka przepuklinowego były bardzo rozmaitej grubości, szczególnie u dzieci cienkie, jak bibułka. Części składowe sznurka nasiennego nie tworzą oddzielnej całości, a są rozmieszczone na całym obwodzie worka. U dorosłych w przepuklinach wrodzonych wyosobnienie worka jest zwykle dość trudne.

W worku przepuklinowym znalazłem:

4 razy sieć (w dwu przypadkach zrosty).

1 raz cienkie kiszki, przyrośnięte do worka na dużej przestrzeni.

1 raz wyrostek robaczkowy długości 12-u ctm., skręcony dokoła osi i wdłuż. Miało to miejsce u 2-letniego dziecka, operowanego ambulatoryjnie. Wyrostek wyciąłem.

1 raz worek przepuklinowy miał postać klepsydry.

We wszystkich operacjach z wyjątkiem jednej, gdzie użyłem sposobu KOCHERA, zastosowałem zabieg BASSINIEGO. Do szwów kanałowych używałem zasadniczo struny jodowej, rzadziej jedwabiu, nakładając przytem zawsze szew ciągły na powięź głęboką, osobno na powierzchowną. Skórę spinałem klamerkami MICHEL'a.

Z 26-u operacji w przepuklinach wrodzonych 17 wykonałem u dzieci od 1 r. do 15-u lat. Zabieg operacyjny w wieku dziecięcym był zupełnie niesłusznie do niedawna potępiany, jako niebezpieczny (KÖNIG),

stanowi więc jeszcze dotychczas poniekąd kwastę sporną. Łączy się ona bezpośrednio z przesądem stosowania paska, jako środka leczniczego.

Nadzwyczaj wyczerpująco i racjonalnie ocenił wartość stosowania paska u dzieci ZEMBRUSKI ¹⁾ w swej pracy „O leczeniu przepuklin pachwinowych“. Uważam jedynie, że nawet te niechętnie i nieznacznie ustępstwa, jakie Z. dopuszcza, są nieusprawiedliwione. Nie chcę powtarzać wywodów znanych i powtarzanych często, dodam tylko, że rozpoznanie przepukliny nieodprowadzalnej u niemowlęcia jest często bardzo trudne. W kilku przypadkach operowanych przeze mnie znajdowałem zrosty sieci w długich workach przepuklinowych objętości grubej obsadki. Również raz zauważyłem zrost kiszki cienkiej, nierozpoznany przed zabiegiem. Oczywiście, stosując *larga manu* pasek, łatwo możemy narazić się na ucisk zawartości worka. Prócz tego stały ucisk poduszki na daną okolicę ściany brzusznej może wywołać zanik, względnie słabszy rozwój mięśni i stworzyć jak najgorsze warunki do ewentualnego zabiegu doszczętnego. Zdanie KIRMISSONA, że po upływie 2-u lat trwania przepukliny nie można liczyć na dodatni wynik leczenia paskiem, należy uzupełnić, iż przed tym okresem pasek tem bardziej nic nie pomoże.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę jeszcze i ten wzgląd, że uwięznięcie przepukliny u dzieci jest przypadkiem nadzwyczaj rzadkim, to dojdziemy do wniosku, iż stosowanie paska u dzieci należy zupełnie odrzucić i ograniczyć użycie go tylko u dorosłych, u których dla jakichkolwiek powodów nie można wykonać operacji.

Co się zaś tyczy kwestyi samego zabiegu operacyjnego w wieku dziecięcym, to, można rzec, należy on do najwdzięczniejszych w chirurgii. Technika nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności, jedynie oddzielenie worka może niekiedy wymagać pewnej pracy ze względu na delikatność ściany i związanych z nią części składowych powrózła nasiennego. Przypuszczam jednak, że sposób ANSCHÜTZ'a i JABOULAY'a, polegający na zakładaniu szwu kapciuchowego na wewnętrznym obwodzie worka bez wyosobnienia go, utrudnia niepotrzebnie operację, a często może się stać szkodliwym, ponieważ w warunkach takich bardzo łatwo można ująć w szew tętnicę lub nasieniowód. Znacznie łatwiej i bezpieczniej jest oddzielić worek choćby przy pomocy noża. Poza tem zeszcycie kanału i t. d. jest jeszcze prostsze niż u dorosłych, ostatecznie zaś wyniki znacznie lepsze.

Również niesłuszną jest obawa zanieczyszczenia rany kałem i moczem. Przy pomocy przyłepca i kilku warstw gazy suchej można ranę zabezpieczyć najzupełniej dokładnie. Operując ambulatoryjnie dzieci rodziców nieinteligentnych, nigdy nie miałem ropienia nawet w szwach.

Teza bezwzględnego operowania przepuklin u dzieci (oczywiście z wyłączeniem osobników chorych i wyniszczonych) oraz zupełnego od-

¹⁾ Przegl. Chir. i Ginekol. t. 1, z. 1.

rzucenia paska jest uznana we wszystkich pracach, które się w ostatnich czasach ukazały. DOUGLAS DREN¹⁾, odrzucając stanowczo pasek, radzi wykonywać operację nawet u dzieci sześciomiesięcznych. CH. DANN²⁾ pisze: „każda przepuklina u dziecka bez względu na wiek i płeć musi być operowana. Bandaż jest szkodliwy i stwarza niekorzystne warunki do następnej operacji“. DOROFIEJEW³⁾, podając wyniki swych 18-u operacji w wieku dziecięcym, stwierdza łatwość wykonania zabiegu nawet u niemowląt. SCHEMMELE⁴⁾ bardzo energicznie żąda operowania dzieci w najwcześniejszym nawet wieku, radzi tylko czekać odpadnięcia pępownicy (!). SZUMAN⁵⁾, jakkolwiek jest zwolennikiem wykonywania operacji u dzieci i sam może się poszczycić doskonałymi wynikami, dopuszcza stosowanie paska u niemowląt w ciągu kilku miesięcy tytułem próby.

Co się tyczy ogólnych zasad odnoszących się do operacji, to u dzieci do lat 5-u wykonywam zabieg doszczętny ambulatoryjnie. Chorym dorosłym pozwalam wstawać na 10-y dzień, operowani idą do lekkiej pracy po trzech tygodniach, pasków nie noszą nigdy. Znaczna większość operowanych pracuje ciężko i dolegliwości żadnych nie doznaje.

Przy operacjach doszczętnych przepuklin udowych nie stosowałem skomplikowanych sposobów plastycznych, zadowolając się wycięciem worka i zeszytciem powięzi. Wynik był zupełnie dobry.

Przepukliny uwięźnięte.

Ogólna liczba przypadków operowanych wynosi 14. W liczbie tej było 13 mężczyzn i 1 kobieta.

Przepuklin prawostronnych udowych	było 2 (jedna kobieta)
„ „ mosznowych	„ 11
„ lewostronnych	„ 1

Pod względem wieku było chorych:

od 20-u do 30-u lat	3
35 lat	2
„ 40-u do 50-u „	4
„ 50-u „ 60-u „	4
70 lat	1

Z operowanych zmarły 2 osoby:

¹⁾ Hernia in children with special reference to the variations of the sac and the contents. Practitioner, t. LXXXVII, № 3, 299, 1911.

²⁾ Le traitement de la hernie inguinale chez l'enfant. Gaz. des hôp. 1909, № 142.

³⁾ Medic. Now. 1910, № 6 i 8.

⁴⁾ Bericht ueber 208 Fälle von Unterleibsbrüchen aus den Jahren 1903 bis August 1909. Deutsch. Ztsch. f. Chir. CIII, 19.

⁵⁾ Wyniki operacji doszczętnych przepukliny pachwinowej u małych dzieci, wykonanych w lecznicy własnej od początku 1898 r. do czerwca 1909 r. Przegl. Chir. i Ginekol. Tom IV, zes. 1. Tamże wyczerpujący wykaz piśmiennictwa.

1. P. P., lat 35, przysłany do szpitala 3/IX 1910 r. w 16 godzin po uwięźnięciu. *Hernia scrotalis dextra*. Poddawany był forsownym próbom odprowadzania przez znachorów. W przepuklinie znaleziono kątnicę i sąsiednią pętlę kiszek cienkich, długości 70-u ctm., uległą zgorzeli na przestrzeni około 30-u ctm. Po uwolnieniu kiszek od ucisku, kątnicę odprowadzono do jamy brzusznej, pętlę zaś zniszczoną pozostawiono na zewnątrz wobec ciężkiego stanu chorego. Po zabiegu bole i wymioty ustały, tętno jednak pozostało miękkie i częste. Na drugi dzień chory zmarł.

2. J. Sz., lat 54. Przepuklina stara mosznowa prawostronna, nieodprowadzalna od dawna. Operowany z powodu niedrożności przepukliny 25/VII 1909 r. Po nacięciu przepukliny okazało się, że worek przepuklinowy jest zupełnie stopiony w jedną twardą chrząstkowatą masę zarówno z powłokami moszny, jak i ze znajdującym się wewnątrz jelitem. Grubość tej ściany wynosiła około 3 ctm. Jelito było zmienione do tego stopnia, iż nie można określić, czy jest to pętla kiszek cienkich, czy kątnica; wyosobnić je z moszny udało się jedynie zapomocą noża i to z wielką trudnością. Po wykonaniu nacięcia kanału pachwinowego (*debridement*), całą pętlę zmienioną pozostawiono na zewnątrz jamy brzusznej. Po 36-u godzinach założono przetokę kałową.

25/VII stan ogólny zadowolający. Tętno 90, pełne.

3/VII usunięto znaczną część pętli kiszkowej. Tętno 80. Ciepłota normalna.

5/VII chory uskarża się na trudność w oddychaniu. W dolnych płacach płuc rżenia. *Inf. Digitalis. Camphora*.

8/VIII podczas opatrunku chory nagle zmarł. Na sekcji znaleziono obustronne opadowe zapalenie płuc. Odcinek kiszek, znajdujący się w przepuklinie, był częścią jelit cienkich, sąsiadującą z kątnicą.

(D. n.).

II. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej.

Podali

Ryszard Hertz i Stefan Sterling.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 43).

Fizjologia patologiczna.

Z przebiegu żółtaczki hemolitycznej, ze skarg, z jakimi ludzie nią obarczeni przychodzą do lekarza, z objawów, jakie w przebiegu jej spostrzegamy, nasuwa się cały szereg pytań, niezmiernie ciekawych z fizjologicznego punktu widzenia, które wymagają wszechstronnego omówienia.

Przedewszystkiem nasuwa się pytanie, dlaczego podczas żółtaczki hemolitycznej nie widzimy objawów zatrucia, tak pospolitych w przebiegu żółtaczek pochodzenia zastoinowego.

Odpowiedź na to pytanie jest znacznie trudniejsza, niżby się to, na pierwszy rzut oka, zdawać mogło. Chociaż bowiem, według utartego poglądu przyjęto dopatrywać się przyczyn tych objawów w obecności zwiększonej w obiegu krwi ilości kwasów żółciowych lub ich soli, spostrzeganych jakoby w przebiegu żółtaczki zastoinowej, w przeciwieństwie do przypadków żółtaczki hemolitycznej, to jednak dokładniejsze rozpatrzenie się w tej sprawie poucza, że i w przypadkach żółtaczki zastoinowej dość rzadko znajdowano wzmogoną ilość kwasów żółciowych w obiegu krwi, a z drugiej strony obecność ich niezawsze wywoływała objawy zatrucia.

Strona chemiczna tej sprawy jest zatem zbyt mało zbadana, aby można było opierać na niej rozróżnianie żółtaczki zastoinowej od hemolitycznej. Wszak znany jest przypadek żółtaczki hemolitycznej, opisany przez SABRAZÈS'a, MURATET'a i MOUGNEAU (143), w którym znajdowano sole kwasów żółciowych w surowicy chorego (analizy dokonał DENIGÈS).

Z drugiej strony najnowsze badania starają się sprowadzić objawy zatrucia, spostrzegane w cierpieniach wątroby, do upośledzonej przemiany białkowej wskutek niedomogi tego narządu. Jeżeli więc w przebiegu żółtaczki hemolitycznej nie spostrzegamy objawów zatrucia, to można tłómaczyć to w ten sposób, że wątroba w tych razach pracuje prawidłowo w kierunku przemiany materji białkowej.

Że działalność wątroby w przypadkach żółtaczki hemolitycznej nie jest upośledzona, przemawiają za tem z jednej strony badania anatomo-patologiczne, z drugiej — doświadczenia kliniczne nad sprawnością tego narządu. Sam fakt istnienia żółtaczki nie przemawia bynajmniej za uszkodzeniem czynności wątroby.

Dla wytlómaczenia zaś żółtaczki należy przyjąć następujące możliwości:

1. Wskutek nadmiernego rozpadu czerwonych krwinek i wylugowania hemoglobiny, wątroba otrzymuje zbyt wiele materiału, który przetwarza w barwki żółciowe i w ten sposób wytwarza żółć gęstą, pleiochromiczną, o nadmiernej zawartości barwików żółciowych, lecz niekoniecznie o zwiększonej ilości kwasów żółciowych. Badania bowiem STADELMANN'a (148a) wykazały, że ilość obydwu tych składników żółci niezawsze idzie w parze, gdyż po zastrzykiwaniu tolulendiaminy u psów badacz ten otrzymywał żółć pleiochromiczną, nie zawierającą zwiększonej ilości kwasów żółciowych.

Barwki, zawarte w żółci, częściowo przedostają się do kiszek, częściowo zaś — do obiegu krwi (czyto na drodze mechanicznej, jak przypuszcza EPPINGER i inni, czy też wskutek cokolwiek zmienionej czynności komórek wątrobnych, kierujących żółć do naczyń chłonnych, jak

twierdzi MINKOWSKI, LIEBERMEISTER i inni, a więc *per parapedesin*, wskutek *paracholiae*) i wywołują żółtaczkę.

2. Według WIDALA i jego szkoły obecność barwików żółciowych i urobiliny oraz brak kwasów żółciowych we krwi dowodzić mają, iż powstały one bez udziału wątroby w ten sam sposób, w jaki powstają barwiki żółciowe w wybroczynach lub płynach krwawych i t. p. (t. j. w przypadkach tak zw. „żółtaczkach hemolitycznej miejscowej“).

3. Można by dalej przypuszczać, jak to czynią GUILLAIN, TROISIER, SABRAZÈS, iż barwiki krwi tylko częściowo przeistoczone zostają w wątrobie, a część ich, której wątroba nie jest w stanie podołać, przedostaje się do obiegu krwi i tu dopiero ulega dalszemu przekształceniu.

4. Wreszcie grupa nielicznych autorów przyjmuje, iż żółtaczka hemolityczna nie jest wogóle zależna od obecności we krwi bilirubiny, lecz od urobiliny (IGNATOWSKIJ) względnie od innych barwików (hematoporfiryny) [LEURET i GAUVENET (104)].

Punkty te omówimy obszerniej w dziale o patogenezie, tu zaś chcielibyśmy jeszcze tylko w kilku słowach poruszyć sprawę wydzielania urobiliny, która-to sprawa stoi w związku z żółtaczką.

Kwestya wydzielania się z moczem wzmoczonej ilości urobiliny, przy braku barwików żółciowych, zwróciła, jak wiadomo, uwagę wszystkich klinicystów, lecz po dziś dzień nie została jeszcze rozwiązana. Nawiązując urobilinurję do omówionych powyżej teorii pochodzenia żółtaczkach hemolitycznej oraz do najnowszej teorii o pochodzeniu urobilinogeny (gdyż tylko w tej postaci urobilina krąży w ustroju), według której-to teorii dostarczona wątrobie z kiszek urobilinogena nie ulega w wątrobie wtórnemu przekształceniu w bilirubinę, lecz zostaje wydzielana jako taka z moczem, można przypuszczać, nie uciekając się do żadnej teorii o niedomodze wątroby, że

1) albo, wskutek pleiochromicznej żółci w kiszkiach wytwarza się nadmierna ilość urobilinogeny, która następnie przez wątrobę w stanie niezmiennym dostaje się do obiegu krwi i wydziela się z moczem,

2) albo też, że urobilinogena powstaje w samym obiegu krwi, czyto bezpośrednio z barwików krwi, czy też pośrednio z jakiegoś produktu przemiany tego ostatniego, powstającego w obiegu krwi.

Obie teorie nie tłumaczą nam jednak, dlaczego w moczu nie znajdujemy barwików, dających odczyn GMELINA, a spotykamy je bardzo często w surowicy chorych, dotkniętych żółtaczką hemolityczną. Fakt ten tłumaczyłaby z łatwością teoria pozawątrobnego przekształcania się barwików krwi w jakieś inne, które również jak i bilirubina dawałyby odczyn GMELINA (LEURET i GAUVENET).

Kończąc ten rozdział, wspomnieć tu chcemy jeszcze o bólach, na które chorzy skarżą się i które lokalizują zazwyczaj w prawem lub lewem podżebrzu. Bole te mogą być zależne od przekrwienia narządów, wątroby lub śledziony, od napięcia ich otoczki, lecz również

często zależeć mogą, na co też specjalnie chcemy zwrócić uwagę, od kamieni żółciowych lub piasku w pęcherzyku żółciowym. Kamienie te, które tworzą się wskutek bogactwa żółci w barwki żółciowe, stanowią tylko pewne powikłanie choroby i usunięcie ich nie wpływa na istotę cierpienia. Co się tyczy chemicznego składu tych kamieni, to w jednym, powyżej cytowanym przypadku CHAUFFARD'a analiza tych kamieni, dokonana przez GRIGAUT'a wykazała dane następujące: na 100 grm. kamieni

Wody	7,46 grm.
Cholesteryny i tłuszczów	4,89 "
Soli żółciowych (taurocholatów i glikocholatów)	6,73 "
Śluzu i różnych substancji organicznych	11,60 "
Bilirubiny	51,36 "
Części mineralnych: CaO	9,32 "
(ślady magnezyi, fosforanów i węglanów).	

Doświadczenia na zwierzętach.

Już przed laty kilkudziesięciu różni badacze, jak MINKOWSKI, NAUNYN, RIESS, STADELMANN, AFANASSIEW i wielu innych, spostrzegali żółtaczkę u zwierząt, którym wprowadzano do ustroju środki trujące, jak arsenowodór, *Kali chloricum*, toluilendiamina i inne. W ostatnich czasach autorzy francuscy — WIDAL, CHAUFFARD, GILBERT i ich uczniowie — podjęli doświadczenia te ponownie, zwłaszcza z toluilendiamią.

Przebieg zatrucia toluilendiamią u psa po wstrzyknięciu dość dużej dawki (0,1 grm. na kilo wagi) do otrzewnej, przedstawia się, na zasadzie danych z piśmiennictwa i spostrzeżeń własnych, mniej więcej w sposób następujący:

Zazwyczaj już po 24-ch godzinach po wstrzyknięciu toluilendiami-ny występuje żółtaczka, a z nią jednocześnie cały szereg objawów, świadczących o poważnych zmianach chorobnych, jakie zachodzą w ustroju badanego zwierzęcia. Żółtaczkowe zabarwienie daje się zauważyć przede wszystkim na spojówkach i błonach śluzowych, a dopiero potem — na nieowłosionych częściach skóry, przyozem miejscami zabarwienie to przyjmuje odcień brunatnawy, zależny, według AFANASIEWA, prawdopodobnie od bezpośredniego działania toluilendiami-ny lub jej związków utlenionych. O ile dawka toluilendiami-ny nie była zbyt silną, zwierzę po kilku dniach przychodzi do siebie i żółtaczka szybko się wyrównywa, w przeciwnym zaś razie, względnie po wprowadzeniu nowej dawki trucizny, następuje zupełne osłabienie, bezwład i apatya, i zwierzę ginie wśród objawów zatrucia.

Mocz już w kilka godzin po wprowadzeniu toluilendiami-ny staje się ciemnobrunatny, a po 24-ch godzinach przyjmuje odcień żółtawy. Po skłóceniu takiego moczu otrzymuje się pianę wybitnie żółtą, a od od-

czynnika GMELINA—barwy tak stężone, że trudno rozróżnić pojedyncze kolory; wybitnie szmaragdowa obręcz występuje dopiero po rozcieńczeniu moczu 5—20-krotnie wodą. Również próba PETTENKOFERA na kwasy żółciowe występuje zazwyczaj dodatnio. Pozatem jako wyraz hemolitycznego działania toluilendiaminy znajdujemy niekiedy duże ilości rozpuszczonego barwika krwi (hemoglobiny), a w osadzie moczu—ziarniste masy i koliste twory, świadczące o żywym rozpadzie czerwonych ciałek krwi.

Wyprowadzenia, pomimo wybitnej żółtaczki, są zawsze zabarwione i wręcz obfitują niekiedy w dużą ilość barwników żółciowych.

Zmiany we krwi były przedmiotem wielu badań, że wspomnimy tu badania QUINCKE'go, NAUNYNA, AFANASSIEWA, MEUNIER'a i wielu innych, którzy bądź, specjalnie, bądź też między innymi sprawą tą się zajmowali.

Wszyscy wzmiankowani badacze podkreślają, iż u psów, trutych toluilendiaminą, występuje niedokrwistość, której stopnia jednakże bliżej nie określają. Sam fakt jednak, że niedokrwistość oraz żółtaczka, po wstrzykiwaniu środka hemolitycznego, występują niezwykle szybko i prawie jednocześnie, służy do pewnego stopnia za dowód wystarczający, że obydwie te objawy stoją w bezpośrednim związku ze sobą, oraz że żółtaczka w podobnych przypadkach zależna jest przede wszystkim od zmian w aparacie krwiotwórczym.

Nic więc dziwnego, że w badaniach z czasów ostatnich uwaga autora skierowana była głównie na zmiany, zachodzące we krwi po zatruciu toluilendiaminą. Już LAPIQUE i VAST (185) zauważyli zmniejszenie odporności krwi pod wpływem tej trucizny, lecz dopiero WIDAL, ABRAMI i BRULÉ (172), dzięki udoskonalonej technice badania, ustalili fakt ten niezbitnie oraz podkreślili doniosłe znaczenie tego objawu. Spostrzegając zarazem w podobnych przypadkach obecność we krwi licznych czerwonych ciałek z barwiącą się za życia ziarnistością, autorzy ci jeszcze dobitniej zaznaczyli analogię takiej żółtaczki doświadczalnej do przypadków klinicznych żółtaczki hemolitycznej.

Co się tyczy zmian anatomicznych, spotykanych na sekcji zwierząt, to ze strony wątroby oraz dróg żółciowych nie spostrzegano żadnych objawów, które przemawiałyby za zastoinowym charakterem żółtaczki: duże przewody wątrobowe znajdowano zawsze drożne, kanaliki żółciowe niekiedy cokolwiek rozszerzone, nigdy jednak w takim stopniu, aby mogły tłómaczyć żółtaczkę w sposób mechaniczny. Na preparatach, robionych metodą EPPINGERA lub GOLGI'ego, nawet w cięższych przypadkach zatrucia kanaliki żółciowe są zazwyczaj normalne, miejscami znów cokolwiek rozszerzone, tak mniej więcej, jak w najbliższym okresie żółtaczki pochodzenia zastoinowego. Objawów zapalnych na całej przestrzeni dróg żółciowych zwykle nie spostrzegano. Miąższ wątroby w lżejszych przypadkach zatrucia nie wykazuje zmian chorobnych, jedynie cokolwiek obrzmiałe komórki wątrobowe

zawierają często ciemne, brunatne masy złogów barwikowych. Natomiast w cięższych przypadkach zatrucia tolulendiaminą komórki wątrobnie miejscami nie tworzą zbitych beleczek, lecz każda z nich, cokolwiek powiększona, zawiera liczne wodniczki, leży oddzielnie i posiada ciemne jądro o nieprawidłowym zarysie. Naczynia krwionośne są gdzieniegdzie znacznie rozszerzone; znajdują się w nich liczne jądra, zapewne białych ciałek, oraz znaczniejsze bryłki, niekiedy wielkości komórki, niekiedy jednak większe sprawiające wrażenie, jakby powstały z wielu elementów komórkowych. O ile do bryłek tych przeniknie trochę barwika żółciowego lub żółci, wtedy otrzymujemy charakterystyczne dla zatrucia tolulendiaminą twory, których nigdy nie widać w żółtaczce pochodzenia mechanicznego. Twory te są bardzo liczne, spotykają się w każdym prawie naczyniu włoskowatym i odpowiadają temu, co NAUNYN i MINKOWSKI opisali po zatruciu arsenowodorem, jako komórki, zawierające czerwone krążki krwi („*blutkörperchenhaltige Zellen*“).

Wreszcie należy tu zwrócić jeszcze uwagę, iż komórki śródbłonkowe kapilarów krwionośnych (t. zw. komórki KUPFFERA lub gwiazdziste), które w żółtaczce pochodzenia mechanicznego pozostają zwykle normalne, w przypadku zatrucia tolulendiaminą są niezwykle powiększone i wypchane grubą ziarnistością. Zwyródnienia tłuszczowego nie spostrzegliśmy nigdy.

W śledzienie psów, trutych tolulendiaminą, spostrzegamy zmiany następujące: otoczka nie jest zgrubiała i zmian nie przedstawia; belecзки są nieco zgrubiałe i bardzo obfite; liczba grudek nie wydaje się być zmniejszoną; od niektórych grudek odchodzą wypustki, przy których pomocy grudki te łączą się ze sobą; ośrodki rozmnażania się są widoczne; grudki składają się przeważnie z małych zwykłych limfocytów, które układają się dokoła nieco zgrubiałych naczyń. Pomiedzy limfocytami tymi widoczne są pojedyncze, znacznie większe komórki, zawierające obfitą ciemnobarwiącą się zaródk i duże jądro pęcherzykowate. Poza tem w grudkach widać jeszcze komórki jaśniejsze, duże, zawierające bądź grube ziarenka brunatnego barwika, bądź ciała krwi, względnie dobrze zachowane; jądro w tych komórkach jest zwykle spłaszczone i odsunięte ku obwodowi, zaródk zaś zarysowuje się niewyraźnie (są to t. zw. „erytrofagi“). Komórki te, spostrzegane pojedynczo w grudkach, w mięszu są znacznie liczniejsze; najobficiej występują one w wypustkach BILLROTH'a, mniej zaś licznie w zatokach. Zatoki są przeważnie mało ukrwione; śródbłonek w nich nie wykazuje żadnych zmian chorobnych. Wybitniejsze ukrwienie spostrzegamy w wypustkach BILLROTH'a. Przeistoczenia szpikowego w śledzienie nie spostrzegano.

[D. c. n.].

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Hodowla tkanek zwierzęcych.

Podał

Doc. dr J. Pruszyński.

Pomimo licznych usiłowań [WENTCHER (1), LJUNGGREN (2), RANVIER (3), JOLLY (4), BEEBE i EWING (5), LEO LOEB (6) i inni], sprawa rozmnażania się komórek zwierzęcych *in vitro* na właściwej stała się drogą dopiero dzięki badaniom HARRISSONA i jego uczniów.

W r. 1907 HARRISON (7) okazał, że w wiszącej kropli limfy zabiej rozrastać się mogą kawałeczki tkanek zarodków żabich. Po przeniesieniu tkanki na to podłoże limfa ścina się natychmiast; w rusztowanie włóknikowe przenikają wyrostki tkanki bujającej. Zapomocą tej metody HARRISONOWI udało się stwierdzić poza ustrojem rozwój skóry, tkanki mięsnej, a nawet tkanki nerwowej i powstawanie samoistne cylindrów osiowych z protoplazmy neuroblastów.

BURROWS (8) w laboratorium HARRISSONA w Johns Hopkins University zmodyfikował metodę hodowli o tyle, że zamiast limfy zabiej zastosował osocze krwi i wspólnie z CARRELEM (9) w szczegółach ją opracował. Szczepienie tkanki wymaga najściślejszej aseptyki; dokonywać go należy w środowisku wilgotnym, wolnym od pyłu, z możliwie największą szybkością. Za podłoże służy ścięte osocze krwi tętnicznej (t. j. krew, pozbawiona ciała) zwierzęcia tegoż samego gatunku. Kaniule do tętnicy przechowuje się w oliwie, a wewnątrz rurki do zbierania krwi pokrywa się parafiną. Dla oddzielenia osocza od pierwiastków upostaciowanych krew centrifuguje się w ciągu 5—10 minut przy 0°; samo osocze przechowuje się w rurkach, od wewnątrz pokrytych parafiną przy 0°.

Tkanki do hodowli bierze się za życia lub zaraz po śmierci zwierzęcia; nie tracą one jednak własności życiowych, pozostawione nawet przez kilka dni w zimnym środowisku, wolnym od drobnoustrojów. Bardzo małe kawałeczki tkanki umieszcza się na szkiełku przykrywkowym lub podmiotowym i pokrywa się je jedną lub kilku kroplami osocza, które w zetknięciu z tkanką krzepnie natychmiast i w ten sposób ją utrwała. Dla obserwowania przebiegu zjawiska szkiełko z hodowlą, obróconą ku dołowi, umieszcza się na szkiełku wydrążonym i umacnia się zapomocą parafiny. Hodowlę rozpatruje się mikroskopowo na stoliku ograniczonym do 39° dla tkanek kurzęcia, przy 37° dla tkanek szczura, psa, kota i człowieka. Hodowle takie w okresie wybitnego rozwoju można utrwalić i zabarwić hematoksyliną, preparaty grubsze zatopić w parafinę i robić serye skrawków zapomocą mikrotomu.

Kawałki większe tkanki hodować można w szkiełkach zegarkowych, zawierających osocze krwi, lub też na płytkach.

Tkanka na podłożu plazmatycznym nie od razu się rozrasta. Istnieje dla każdej tkanki różny okres utajony od chwili szczepienia aż do zjawienia się pierwszych nowych komórek. Tkanki zarodków i niektóre nowotwory rosną szybko: pierwsze oznaki rozwoju widać nieraz już po upływie 1½ godziny. Tkanki normalne dojrzałe zaczynają rosnać do-

piero po upływie 3—4-ch dni (tkanka łączna, otrzewna, chrząstka); okres utajenia dla gruczolów (tarczycy, nerka) trwa 20—48 godzin. Hodowla żyje 3—20-u dni w zależności od przypadku, daje się nawet dwukrotnie lub więcej razy przeszczepiać.

Rozwój rozpoczęty postępuje szybko. Na obwodzie odcinka tkanki zjawiają się komórki, które w postaci promieni lub rozgałęzień przenikają w podłoże. Nowe komórki łącznotkankowe nie tworzą bynajmniej warstwy jednolitej; mają one skłonność do oddzielania się, łącząc się tylko wyrostkami. O wyraźnych konturach, są one zazwyczaj wrzecionowate lub wielokątne i zaopatrzone w liczne wyrostki nitkowate. Cytoplasma ich jest ziarnista, a jądra przedstawiają się w postaci jasnych plamek, zawierających jedno lub więcej ziarenek.

Komórki nabłonkowe, nowowytworzone z kawałeczków gruczolu tarczowego, nerki, skóry, wątroby rozwijają się w warstwie bardziej jednolitej, albo na powierzchni tkanki pierwotnej, albo przenikają w podłoże; często wśród nich zauważyć można figury karyokinetyczne.

Zamieranie hodowli poprzedza powstrzymanie rozrastania się tkanki; hodowle jednak można zabezpieczyć od zniszczenia, jużto przenosząc ją na inne podłoże, jużto wszczepiając podskórnie zwierzęciu.

Zapomocą tej metody udało się CARREL'owi (10) nie tylko otrzymać hodowle tkanek normalnych, lecz nawet zauważyć szybki rozwój nowotworów złośliwych. Mięsaki ROUX'a i EHRLICH'a rosną na takim podłożu nadzwyczaj szybko. Można na nich zbadać wpływ różnych gatunków osocza i dodanych do nich substancji, można też skontrolować, przez wszczepienie tkanki nowowytworzonej zwierzęciu, jakie w niej następują zmiany dynamiczne w nowych warunkach rozwoju.

Przenosząc badania JACQUES'a LEOB'a nad wpływem zmiany koncentracji jonów wodornych i hydroksylowych, oraz ciśnienia osmotycznego i wody na niektóre ustroje, żyjące w morzu, na hodowle tkanek *in vitro*, C. hodował tkanki w różnych środowiskach. Badania te okazały, że osocze samo nie stanowi bynajmniej do tego celu gleby najbardziej przydatnej; śledziona, na przykład, rośnie o wiele szybciej w osoczu rozcieńczonym $\frac{2}{5}$ częściami wody destylowanej, aniżeli w osoczu krwi normalnem.

Na tej drodze starał się też CARREL wspólnie z RUTH'em poznać bliżej warunki zablizniania się ran, resp. wpływ różnych ciał na szybkość tego procesu. Pierwsze badania w tym kierunku pozwalają przypuszczać, że jest to droga właściwa. Autorowie ci w kawałeczkach przeszczepionej na osocze skóry żabiej robili ranę i obserwowali występujące potem zjawiska przy pomocy mikroskopu. W istocie rana goiła się *in vitro*; brzegi jej zbliżały się, tworzyły się mostki z przenikających do nich komórek nabłonkowych, z których powstała jednolita warstwa naskórkowa. Okazało się też, że rana skórna zablizniała się łatwiej w środowisku, składającym się z równych części osocza i wody destylowanej, aniżeli w osoczu niezmienionem.

Na takim podłożu wyniki dodatnie dają hodowle z narządów kurczęcia w stanie zarodkowym. W doświadczeniach HEDDA'y (11) z oddziały Gottstein'a we Wrocławiu było 70% szczepień udatnych, najczęściej ze skóry i śledziony, najrzadziej z mózgu. O wiele rzadziej udają się hodowle z narządów zwierząt rozwiniętych, a jeszcze rzadziej tkanek ludzkich i nowotworów. Wielką też trudność tkwi w tem, że osocze krwi ludzkiej, chociaż przy zetknięciu z tkanką krzepnie, lecz wkrótce po umieszczeniu preparatu w termostacie rozplywa się. Od rozplywania się podłoża zabezpiecza dodatek osocza z krwi innego zwierzęcia.

Nagromadzenie produktów przemiany materii i wyczerpywanie się odżywki niewątpliwie są przyczyną, że hodowle utrzymać można nawet przy 2—3 przeszczepieniach bardzo krótko (2—14 dni). Doświadczenia, przeprowadzone przez CARREL'a (12) nad odmładzaniem hodowli, wykazały, że tkanka, postawiona w stan życia przerywanego lub zmieniającego się, może rozwijać się przy braku krążenia, dostarczającego nowe substancje odżywcze i usuwającego odpadki przemiany materii. Warunkom tym czyni zadość naprzemienna kolejność dwu faz: fazy życia widocznego i fazy życia pozornego.

W pierwszym przypadku tkankę, świeżo oddzieloną od ustroju lub też przechowaną w środowisku oziębiającym w ciągu 24 ch—48-u godzin, w małych kawałeczkach przynosi się na szkiełka przedmiotowe i pokrywa cienką warstwą osocza, wodą destylowaną i wyciągami z mięśnia lub zarodka. Hodowla rozwija się w termostacie przy ciepłocie ciała. Po 2-u—6-u dniach o ile rozwój nie postępuje, wyjmuje się z ciepłarki i przynosi się w warunki t. zw. życia utajonego.

W tym celu odcina się środowisko hodowlane na brzegu warstwy rozwojowej z ogniskiem nowych komórek i umieszcza się w probówce, zawierającej płyn RINGERA, zależnie od wielkości na czas od 1 do 24-ch godzin przy ciepłocie 1°, następnie kładzie się na szkiełko przedmiotowe i pokrywa się warstwą osocza. Taką procedurę powtarzać należy kilka do kilkunastu razy.

Tego rodzaju doświadczenia przeprowadził CARREL na hodowlach tkanki łącznej, pochodzącej ze skóry, z serca, ze śledziony, z mięśni, z otrzewnej, z naczyń krwionośnych zarodka kurzego 14—20-dniowego. Dzięki tym warunkom po 14—17-u przeszczepieniach udało się utrzymać komórki w stanie żywotnym i rozmnażania się nawet w ciągu 2-u miesięcy.

Na życie naprzemiennie składa się szereg okresów czynności i spokoju; może być ono porównane z życiem roślin, których wzrost przerywa się corocznie podczas zimy. W każdej fazie życia widocznego odcinek pierwotny otacza się nową warstwą komórek, a z liczby tych warstw sądzić można o liczbie przeszczepień, podobnie jak o wieku drzewa świadczy liczba kręgów w korze.

Na początku każdej fazy życia widocznego na obwodzie stałego osocza promieniują delikatne komórki wrzecionowate z wyraźną plazmą komórkową; po 4-ch—5-u dniach plazma ciemniejsza i zawiera dość duże ziarnistości. Tkanka zamiera nieraz w pełni swej czynności wskutek zakażenia bakteryjnego.

Dla otrzymania większych hodowli, tkankę tnie się na kawałeczki, unikając zmiążdżenia, w płynie RINGERA, i zapomocą pipetki przynosi się do osocza rozcieńczonego $\frac{1}{4}$ -ą lub $\frac{2}{5}$ -emi wody przekroplonej; przy rozplywaniu się odżywki, co zdarza się przy powtórnych przeszczepieniach, dodaje się do niej wyciągu z mięśni lub z zarodka. Czasami dobre wyniki daje gleba, składająca się z 4-ch części surowicy i jednej części 2%-go agaru. Kawałeczki tkanki wraz z odżywką przynosi się na płytki GABRYCZEWSKIEGO lub na większe jeszcze płytki. Do badania mikroskopowego utrwała się hodowle po przemyciu w płynie RINGERA, w fizyologicznym roztworze soli kuchennej z dodatkiem 2% formaliny.

Zapomocą metody udoskonalonej CARREL i BURROWS otrzymali hodowlę z różnych narządów nie tylko zarodków, lecz i zwierząt dorosłych, a nawet człowieka. LAMBERTOWI i HANESOWI (13) udało się hodować *in vitro* mięsaki szczura i myszy, oraz raki myszy na osoczu, otrzymanem z krwi innych zwierząt.

Świeżo przygotowana hodowla mięsaka przedstawia się jednostajną, o brzegach ściśle odgraniczonych, po upływie jednak 6-u—12-u godzin brzegi tkanki usiane bywają nowymi komórkami; z pośród nich pewna część o konturach nieregularnych przenika do otaczającego osocza. Komórki pierwotne przedstawiają się wtedy jakoby bardziej przezroczyście. Liczba nowowytworzonych komórek zwiększa się z każdą godziną, budowa tkanki pierwotnej staje się mniej zbita, a brzegi przechodzą niepostrzeżenie w powrózki promieniste komórek, wzajemnie złączonych lub całkiem odosobnionych.

Po utrwaleniu preparatu na skrawkach przy silniejszym powiększeniu okazuje się, że komórki, przenikające do osocza, przedstawiają dwa zupełnie odmienne typy. Jeden typ — są to komórki długie wrzecionowate z wyrostkami, przenikającymi do osocza. Jądro leży po środku komórki, bywa owalne lub wrzecionowate.

Drugi typ komórek cechuje się niby nóżkami, które się wydłużają lub kurczą; komórki te wskutek ruchów ameboidalnych coraz bardziej oddalają się od tkanki pierwotnej.

Te dwa typy komórek nie dadzą się ściśle od siebie odgraniczyć; są to raczej odmiany patologiczne.

W hodowlach świeżych trudno zauważyć karyokinezę, która spotyka się na preparatach ustalonych; często natomiast zdarzają się komórki o dwu jądrach.

Cytoplazma komórek wędrujących bardzo wczesnie zawiera przezroczyście ziarenka, które, jak okazuje barwienie sudanem III i szkarłatem R, są kropelkami tłuszczu obojętnego. W miarę wzrostu hodowli zwiększa się liczba kropeł w komórce. Są one według L. i H. objawem sprawy syntetycznej, a nie objawem zwyrodnienia. Na preparatach ustalonych występuje nieraz inny typ ziarenek, a mianowicie ziarnistość ALTMANN'a; komórki te posiadają też własności fagocytów i cheilwie chwytają ziarenka karminu z otaczającego osocza.

Podobne wyniki otrzymali CARREL i BURROWS (14) przy hodowaniu mięsaków i raków u szczurów.

Udoskonalona technika hodowli pozwoliła na przeprowadzenie badań nad czynnością tkanek żyjących poza ustrojem.

W celu przekonania się, czy tkanka, hodowana *in vitro*, zachowuje własność oddziaływania przez wytwarzanie niweczników na antygen, CARREL i INGBRIGTSEN (15) starali się otrzymać ze szpiku kostnego i gruczołu limfatycznego świnki morskiej substancję, hemolizującą czerwone krwinki kozy.

Szpicz kostny i kawałeczki gruczołu limfatycznego świnki morskiej hodowano na płytkach GABRYCZEWSKIEGO w osoczu krwi świnki morskiej. Do podłoża, składającego się z 20-u kropeł osocza i 5-u—6-u kropeł płynu RINGERA, dodawano jako antygen 2 krople krwi koziej; jednocześnie przygotowywano dla kontroli taką samą odżywkę bez antygeny, lub też mieszaninę osocza krwi świnki morskiej z krwią kozią lub wreszcie mieszaninę osocza z krwi świnki morskiej, z krwi koziej i rdzenia, uprzednio poddanego działaniu wysokiej ciepłoty. Badania te okazały, że ciecz otrzymana z 4-dniowej hodowli, zawierającej krew kozią, posiadała wysokiego stopnia własności hemolityczne względem czerwonych krwinek kozy bez dodatku dopełniacza.

Niezależnie od CARREL'a i INGBRIGTSENA w szerszym jeszcze zakresie przeprowadził badania nad powstawaniem niweczników w tkankach hodowanych *in vitro* H. LÜDKE (16) w klinice lekarskiej w Würzburgu. Autor ten mianowicie wykazał, że w szpiku kostnym i śledzionie wytwa-

rzają się poza ustrojem aglutyniny przeciw prątkom duru i czerwoncem; w tychże narządach (świnki morskiej, królika) wytwarzają się również hemolizyny dla krwi zwierzęcia innego gatunku (barana, wołu). Ciała te powstają dopiero w kilka dni po wyjęciu narządów z ustroju zwierząt, szczepionych zabitymi prątkami duru i czerwonki, resp. krwią barana lub wołu.

Dla otrzymania hodowli z serca zarodka kurzego, BURROWS posługiwał się dwiema metodami: 1) wiszącą kroplą osocza, 2) metodą nową, polegającą na stałym omywaniu preparatu świeżą surowicą, przezco tkanka otrzymywała nową pożywkę przy jednoczesnym usuwaniu produktów przemiany materii.

Do hodowli autor ten brał albo całe serce zarodka, albo też część serca świeżo wyklutego kurczęcia.

Serce całe 60—80-godzinne zarodka dawało w hodowli 80 do 120-u prawidłowych uderzeń na minutę. Kawalki serca wyciętego pulsowały lub nie dawały skurczów w zależności od części serca i wieku zarodka. Skurcze rytmiczne okazywały kawalki komór, przedsionków, zwłaszcza z pobliza ujścia żył u zarodków 60-godzinnych do 10-dniowych. Dla utrzymania czynności kawalków serca zarodków starszych potrzeba szczególnych warunków hodowlanych. Częstość uderzeń zazwyczaj była większa w przedsionkach (150—220) niż w komorach (50—150 uderzeń na minutę); rytm prawidłowy utrzymuje się przez 3—4 dni, poczem pulsacje stają się przerywane. Stan taki trwać może 17 dni, a przy odpowiednim dopływie i odpływie świeżej surowicy skurcze prawidłowe udaje się nieraz zachować nawet w ciągu dni 30-u.

Objawy rozwoju hodowli rozłożyć można na dwa okresy: 1) żywej wędrowki komórek z tkanki pierwotnej do otaczającego osocza, 2) podziału i różniczkowania komórek.

Okres pierwszy rozpoczyna się przy końcu pierwszego dnia i trwa od dnia piątego do 2-u tygodni. Cechuje się wytwarzaniem otoczki syncytywnej, oraz wędrowką znacznej liczby komórek mięśnia sercowego. W okresie drugim następuje powolne rozmnażanie komórek i ich różniczkowanie, o czem świadczy podział jąder i zwiększanie się protoplazmy w komórkach.

Te komórki zróżnicowane okazywały skurcze rytmiczne w jednym przypadku po 5-u dniach, w innych po 15-u dniach hodowli. Leżą one w rusztowaniu włóknikowym, zawierają protoplazmę przezroczystą z kropelkami tłuszczu. To nadzwyczaj ciekawe zjawisko udało się zauważyć tylko 3 razy na 15 preparatów hodowli przy odnawianiu stałym odżywki, a w kropli wiszącej osocza tylko 2 razy na 150 preparatów.

Komórki odosobnione są wrzecionowate; jeden ich koniec jest zaokrąglony, z drugiego wychodzą dwa wyrostki, które ściśle przyczepiają się do grubszych nitek włóknika. Jądro, leżące w końcu zaokrąglonym, otaczają ziarenka przełamujące światło.

Okres skurczu jest o wiele dłuższy niż okres rozkurczu, który bywa zazwyczaj nagły, prawdopodobnie wskutek elastyczności nitek włóknika. 14-go dnia pulsuje cała tkanka syncytywialna, od 16-go—18-go dnia *syncytium* dzieli się na dwie części, pulsujące nie jednocześnie.

Według BURROWS'a doświadczenia te stanowią mają bezpośredni dowód słuszności myogenetycznej teorii uderzeń serca.

Z badań, zapoczątkowanych przez uczonych amerykańskich, wynika, że tkanki zwierzęce dadzą się utrzymać poza ustrojem w stanie żywym, nawet, jak twierdzi CARREL (18), mogą być konserwowane dla celów transplantacji. Z drugiej zaś strony tak tkanka normalna, jak i no-

wotworowa mogą *in vitro* rozrastać się, zachowując własności wrodzone lub nabyte tkanki żywej.

Zdjęcia fotograficzne, dołączone do prac nad kontrolą tkanek zwierzęcych, są tak przekonujące, że zasadnicze wyniki można uważać za dowiedzione; wiele jednak wniosków wymaga sprawdzenia.

Będzie to wdzięczne pole dla dalszych badań, które mogą przyczynić się do rozwiązania wielu zagadnień tak biologicznych, jak i terapeutycznych.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) J. WENTCHER. Berl. klin. Wochenschr. 1894. 979; Ziegler's Beitr. XXIV. 2) LJUNGREN. D. Zeitschr. f. Chir. 1898. XLVII. 609. 3) RANVIER. Traité technique d. Histologie. Paris 1889. 4) JOLLY. Compt. rend. soc. de biol. 1903. LV. 1266. 5) BEEBE and EWING. British med. Journ. 1906, II 1559. 6) L. LOEB. Ueber die Entstehung von Bindegewebe, Leukozyten und roten Blutkörperchen aus Epitel und über eine Methode isolierte Gewebs-teile zu züchten; Arch. f. Entwicklungsmechanik d. Organ. 1902. XIII. 487. 7) HARRISSON. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1907. Anat. Record. 1908. II. 385; Harvey Lectures Philadelphia. 1907—1908; Journ. Exper. Zool. 1910. IX. 787. 8) M. T. BURROWS. Comt. rend. Soc. de biol. 1910. LXIX. 291. Journ. Exper. Zool. 1911. X. 63; Journ. Am. Med. Ass. 1910 LX 9) ALEXIS CARREL i MONTROSE T. BURROWS. Hanb. der biochemischen Arbeitsmethoden t. 5, z. 2, str. 838. — Cultivation of tissus in vitro and its technique. Journ. of Experim. Med. V. 30. № 3. 1911. 10) ALEXIS CARREL. Die Kultur der Gewebe ausserhalb des Organismus. Berl. kl. Woch. № 30. 1911. 11) S. HADDA. Die Kultur lebender Körperzellen. Berl. kl. Woch. № 1. 1912. 12) CARREL. Rejuvenation of cultures of tissus. Journ. of the Med. association, 1911, V. 57 p. 1611. 13) ALEXIS CARELL. Neue Fortschritte in der Kultiwierung der Gewebe ausserhalb des Organismus. Berl. kl. Wochenschr. № 12. 1912. 14) ROBERT A. LAMBERT i FREDERIC A. MANES. Characteristics of Growth of Sarcoma and Carcinoma cultivated in vitro. Journ. of Exp. Med. XIII. № 5. 1911. 15) A. CARREL i M. T. BURROWS. Cultivation in vitro of malignant tumors. Journ. of Exper. Med. V. XIII, 1912. № 5. 16) CARREL i INGEBRIGTSEN. Journ. of Experim. Med. March. 1912. 17) HERMANN LÜDKE. Ueber Antikörperbildung in Kulturen lebender Körperzellen. Berl. kl. Wochenschr. № 22. 1912. 18) S. HADDA i F. ROSENTHAL. Ueber den Einfluss der Hämolytine auf die Kultur lebender Gewebe ausserhalb des Organismus. Berl. kl. Wochenschr. № 35. 1912. 19) MONTROSE T. BURROWS. Rhythmische Kontraktionen des isolierten Herzmuskelzelle ausserhalb des Organismus. Münch. med. Wochenschrift. № 27. 1912. 20) A. CARREL. Journ. of Am. Med. Assoc. 17 august 1912.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

204. Pool. Leczenie ran serca.

Autor szczęśliwie zoperował jeden przypadek rany klutej serca u 24-letniego osobnika, z racyi czego zastanawia się szerzej nad wskazaniami do zabiegu chirurgicznego w ranach serca i nad techniką tego zabiegu. Poglądy autora dadzą się streścić w następujący sposób:

Nawet w przypadkach wątpliwych, gdzie rozpoznanie rany serca jest tylko prawdopodobne, należy dokonać zabiegu eksploracyjnego. Pole operacyjne winno być odkażone możliwie najlepiej, ponieważ bardzo często niepomysłne zejście zależy od zakażenia. Operację należy wykonywać w lekkim uśpieniu, najlepiej pod eterem, jeżeli raniony jeszcze zachował czucie. W wielkiej liczbie przypadków ran serca opłucna jest otwarta, a więc *cardiorraphia extrapleuralis* rzadko jest możliwa. Stosowanie przyrzadów do wzmoczonego ciśnienia jest nader pożyteczne, ponieważ zmniejsza niebezpieczeństwo bezpośredniej odmy piersiowej i następczej, z drugiej zaś strony znakomicie ułatwia operację, dając dostęp do serca przez opłucną. Jednakowoż należy tu być bardzo ostroż-

nym, aby przez nieogłędne zwiększenie ciśnienia nie zwiększyć zarazem krwotoku z rany serca. Torowanie sobie drogi przez opłucną zapomożą długiego cięcia międzyżebrowego, daje najlepszy dostęp do serca i jest wskazane przy zastosowaniu wzmożonego ciśnienia, lub gdy chodzi o wielki pośpiech lub wreszcie wobec znacznej odmy piersiowej. Jeżeli zaś stan ogólny chorego jest względnie dobry, jeżeli opłucna nie została zraniona, jeżeli ma się dobrą asystę, wtedy należy się starać o wykonanie operacji wewnątrzopłucnej, przyczem płat winien mieć nóżkę zewnętrzną. Niekiedy w przypadkach wątpliwych można wykonać *pericardiotomiam extrapleuralem explorativam* po rezeceyi chrząstki 6-go żebra. Wreszcie, może być wskazanym i zabieg nietypowy. Szyć należy cienkim jedwabiem wazelinowanym, nawleczonym na krzywe igły jelitowe, osierdzie — szwami węzłkowemi z katgut. Co do sączkowania osierdzia, to należy założyć sączek, jeżeli przypuszczamy, że istnieje zakażenie. Całkowite zaszcycie osierdzia możliwe jest tylko wtedy, jeżeli operacja była natychmiastową i uraz stosunkowo niewielki. Zapobiegawcze sączkowanie opłucnej często jest bezużyteczne, a może być — niebezpieczne; lepiej w razie potrzeby wykonać wtórną *thoracotomiam*.

(*Annals of Surgery*. 1912, Nr. 4).

W. Dobrow.

205. Kostió. Szew naczyńowy i jego zastosowania kliniczne.

Na podstawie obszernego już dziś piśmiennictwa szwu naczyń w jego rozmaitych zastosowaniach klinicznych, autor daje przegląd otrzymanych na tej drodze wyników.

Szew żylny w kilku przypadkach zastosowany był z wynikiem pomyślnym, stosowano go jednak tam tylko, gdzie wykonanie tego szwu było łatwe.

Szew tętnic daje najlepsze wyniki w leczeniu tętniaków (*aneurysma*). Wyższość *aneurysmorrhaphiae* jest ogólnie uznawana; HELLER zebrał 13 przypadków szwu tętnic z powodu tętniaków, z 2-ma zakrzepami, poczem w 4-ch przypadkach była wznowa.

Operacje, mające na celu wydobycie skrzepu, dały złe wyniki: metoda TRENDELENBURGA w zatorach płucnych nie posiada ani jednego trwałego wyniku, któryby na jej korzyść przemawiał.

Zachwalana przez DELBET'a *anastomosis sapheno-tibialis* w leczeniu silnie rozwiniętych żyłaków dolnych kończyn dała mu dobre wyniki. Zresztą HESSE i SCHAACK, którzy ją stosowali w 26-u przypadkach, mieli 25 zejść pomyślnych i 1 śmiertelne wskutek zakażenia. Natomiast operacja TRENDELENBURGA lub MADELUNGA w tem cierpieniu daje często nawroty.

Zespolenia tętniczo-żyłne, stosowane w leczeniu zgorzeli na tle miażdżycy tętnic (metoda WIETING'a) dały wyniki niezadowolające. Śmiertelność w tym zabiegu wynosi 40%; liczne niepowodzenia WIETING tłómaczy złem stosowaniem jego operacji, sam bowiem na 5 przypadków miał 3 zejścia pomyślne.

Operacje, mające na celu usuwanie puchliny brzusznej w marskości, posiadają dotychczas nieliczną kazuistykę. Wykonanie przetoki ECK'a na żywym osobniku jest możliwe i to z wynikiem pomyślnym, lecz wobec trudności, powstających podczas obnażenia żyły wrotnej i zespalania jej z żyłą główną, autor uważa za bardziej racjonalne postępowanie FRANKEGO, które polega na wszczepianiu grubej żyły krezkowej górnej w żyłę główną.

W rzędzie innych zastosowań szwu naczyniowego u człowieka należy jeszcze wymienić operację RUOTTE'a (zespolecie pomiędzy żyłą podskórną odpiszczelową a otrzewną—*anastomosis sapheno-peritonealis*) dla sączkowania puchliny brzusznej i operację PAYR'a w wodogłowie (sączkowanie komór mózgowych do grubej żyły szyjnej). Na 18 przypadków, operowanych przez PAYR'a, istnieją dotychczas wyniki trwałe w 4-ch przypadkach. Wreszcie, zespolecie tętniczo-żyłne znajduje nowe pole zastosowania w przelewaniu krwi.

Przeszczepiania naczyń dały dotychczas, naogół biorąc, wyniki ujemne.

(*Wien. klin. Woch.*, 1912, Nr. 19)

W. Dobr.

206. Yamanoüchi. Szew okrężny naczyń, zespolecie tętniczo-żyłne i przeszczepianie naczyń.

Doświadczenia swoje wykonywał autor na psach, szyjąc według sposobu CARREL'a-STICH'a. Za materyał do szycia używał bardzo cienkich nici jedwabnych parafinowanych, do czasowej hemostazy — zaciskadeł, podobnych do HÖPFNER'owskich. W badaniu drobnowidowem wyciętych naczyń stosował technikę, która pozwalała na określenie stanu prężności ścian tętniczych.

Ogółem autor wykonał 43 doświadczenia ze szwem okrężnym tętnicy, z tego 31 doświadczeń dało wynik znakomity (w nieudanych: 1 pies zdechl następnego dnia po operacji, u 10-u nastąpił zakrzep tętnicy, u jednego wreszcie rozwinął się tętniak rzekomy na linii szwu).

Przy badaniu drobnowidowem okazało się, że zazwyczaj światło naczynia nie było zwężone, linia szwu tworzyła nieznaczną brózdę, nitki nie wpuklały się do światła naczynia i były pokryte nowopowstałą błoną wewnętrzną. Co do przyczyn powstawania zakrzepu w tych warunkach, to, zdaniem autora, ani operacyjny uraz śródbłonka, ani zakażenie, ani obecność drażących nitok nie są bezpośrednią przyczyną tego powikłania — najłatwiej powstaje zakrzep, jeżeli szew silnie zwęży światło naczynia. Sama linia szwu składa się z tkanki łącznej, wśród której rozsiane są w niewielkiej liczbie włókna mięsne i elastyczne.

Co do wartości zespolenia tętniczo-żylnego, w celu wyrównania trudności obiegu krwi w razie zatkania odpowiedniej tętnicy, to autor powstrzymuje się od wszelkich ściślejszych wniosków, pomimo szeregu doświadczeń, w tym kierunku wykonanych. Najdłużej wreszcie autor zastanawia się nad sprawą przeszczepiania naczyń.

Najlepsze stosunkowo wyniki daje przeszczepianie odcinka, wziętego u tego samego osobnika, któremu zamierzamy dokonać wszczepienia, przyczem cała operacja zostaje wykonaną jednocześnie. Przeszczepiony odcinek tętnicy lub żyły żyje w dalszym ciągu. O ile na przebiegu tętnicy została wszczepiona żyła, to ów odcinek podlega sprawom zastosowania histologicznego i ściana jego grubieje.

Zjawisko to ma wielkie znaczenie praktyczne dla chirurgii operacyjnej, łatwiej bowiem wyciąć dla przeszczepienia kawałek żyły, aniżeli tętnicy.

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy dla przeszczepienia bierzemy odcinek od innego osobnika, lub zgoła od innego gatunku: w tych razach przeszczepiony odcinek ulega stopniowemu całkowitemu wchłonięciu, a na jego miejscu powstaje ściana naczynia wyłącznie z tkanki łącznej, tak iż przeszczepiony odcinek odgrywa rolę tylko bierną. Następstwem

tej sprawy histologicznej może być oczywiście powstanie tętniaka *loco operationis*. Dalej, autor badał, czy odcinek naczynia, będąc przechowywany czas pewien w roztworze LOCKE'a lub w wodzie wyjąłowanej przy ciepłocie od 1° do niżej 6°, zachowuje swoją energię życiową. Otóż, ze swych badań Y. wywnioskował, że w pomienionych cieczach naczynie wycięte nie podlega żadnym sprawom histologicznym, po wszczępieniu zaś go podziela los odcinków różnorodnych (*heterogen*) i stopniowo zostaje wchłonięty.

(*Deutsche Zeitsch. f. Chir. t. 112, z. 1—3*).

W. Dobrowolski.

207. Zesas. Przypadki nieoperacyjnego uszkodzenia przewodu piersiowego.

Zazwyczaj uszkodzenia przewodu piersiowego znajdują się w związku z zabiegami chirurgicznymi w okolicy nadobojczykowej lewej. Poza-tem jednak zdarzają się i nieoperacyjne urazowe uszkodzenia tego przewodu. Autor zebrał 24 takie przypadki. Cztery z nich zostały spowodowane przez ranę postrzałową, w dwu przypadkach miała miejsce rana cięta i kłuta. W sześciu przypadkach przewód piersiowy był rozdarty przez złamane żebro lub obojczyk i w jednym przypadku — przez złamanie kręgosłupa; w trzech przypadkach było jednoczesne złamanie żebra i kręgosłupa, siedm razy uszkodzenie powstało *par contrecoup*. 17 razy uszkodzenie przewodu piersiowego ujawniło się przez wylew mleczu do opłucnej (*chylothorax*), 1 raz przez wylew mleczu do jamy brzusznej (*ascites chylosus*); w jednym przypadku oba rodzaje wylewu zaszyły jednocześnie. Prawostronny *chylothorax* zanotowano 10 razy, lewostronny — 6 razy, 3 razy był obustronny. Rokowanie w tem uszkodzeniu jest poważne: na 24 przypadki było 12 zejść śmiertelnych. Co do leczenia, to najwłaściwszem wydaje się być postępowanie wyczekujące. Wcześniej stosowane i wielokrotnie powtarzane przekłucia, dają wyniki n. adowalające; to samo należy powiedzieć i o *thoracotomia*, która sprowadziła wyzdrowienie w 1-y m zaledwie przypadku.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. 105, z. 1—2*).

W. Dobr.

Zjazdy naukowe.

I-y Zjazd międzynarodowy pedyatrow w Paryżu

(od 6-go do 10-go października b. r.).

Zjazdy pedyatrow zorganizowano w taki sposób, że nie są one właściwie zebraniem się przypadkowym specjalistów, lecz są ogólnemi posiedzeniami Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrow, odbywającymi się co trzy lata. Biorą w nich udział wszystkie sekcye narodowe, które ze swej strony odbywają zjazdy coroczne. Tak przynajmniej funkcjonuje sekcya francuska, jako Stowarzyszenie pedyatrow francuskich i włoska; inne sekcye zorganizują się w podobny sposób. W Zjeździe międzynarodowym biorą więc udział członkowie sekcji narodowych, przyjeżdżający już przez prezydium swoich sekcji; członkowie luźni Zjazdu, stojący poza sekcjami narodowymi, mogą być dopuszczani dopiero po wydaniu opinii przez Komitet międzynarodowy, składający się z delegatów sekcji narodowych, a odbywający swe posiedzenia zawsze w przeddzień Zjazdu. Komitet ten decyduje również co do dopuszcze-

nia odczytów, zgłoszonych poza porządkiem dziennym, na który wchodzi przede wszystkim tematy ogólne, z góry wyznaczone i powierzone wybranym referentom. Odczyty wartości wątpliwej lub o charakterze reklamowym Komitet odrzuca, jak to uczynił i obecnie przed pierwszym Zjazdem, a to w celu utrzymania zjazdów na poziomie naukowym.

Komitet międzynarodowy zebrał się 6-go października, obecni byli delegaci prawie wszystkich sekcji narodowych. Świecili nieobecnością anglicy, którzy dotąd nie przystąpili wcale ani jako sekcyja, ani jako poszczególni członkowie do Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor, tak samo brak było pedyatrilor amerykańskich i przedstawicieli bułgarów, serbów, czechów, nie było również przedstawicieli finlandczyków.

Na porządku dziennym posiedzenia Komitetu międzynarodowego były sprawy—wyznaczenia miejsca i czasu następnego Zjazdu, wybór prezesa i sekretarza Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor na następne trzecie, wybór tematów głównych na następny Zjazd, potwierdzenie odczytów, zgłoszonych poza porządkiem dziennym, dopuszczenie członków Zjazdu, nie należących do sekcji narodowych.

Zjazd wyznaczono na koniec września r. 1915 w Brukselli. W myśl regulaminu, który wymaga, aby prezes i sekretarz Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor wybierani byli z łona sekcji narodowej, która gościć będzie członków Zjazdu, wybrano członków sekcji belgijskiej: dra JACQUES'a na przewodniczącego, dra DÉLCOURT'a na sekretarza generalnego na czas 1912—1915. W ich rękach spoczywają sprawy Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor do r. 1915 i zorganizowanie Zjazdu następnego. Przewodniczącym I-go Zjazdu był prof. HUTINEL, sekretarzem dr BARBIER, im należy się zaszczyt i zasługa zorganizowania Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor i zjazdów pedyatrycznych.

Jako tematy główne II-go Zjazdu wybrano: 1) Rozpoznawanie i leczenie spraw gruczołowych gruczołowych. 2) O roli nadnerczy w patologii wieku dziecięcego. 3) Zapobieganie chorobom ostrym zakaźnym w związku z budową nowych szpitali. Jako kwestye, polecone do odczytów, weszły: kurcz odźwiernika i guzy mózgowia (rozpoznawanie, leczenie). Referenci jeszcze nie zostali wybrani.

W sprawie dopuszczania odczytów poza porządkiem dziennym i luźnych, t. j. członków Zjazdu nie należących do sekcji narodowych, postępowano z przeczorną ostrożnością, ale dość surowo. Parę odczytów odrzucono dla treści, parę dlatego, że autorzy którzy je zgłosili, sami się nie stawili i polecili odczytanie komu innemu. O opinię co do uczestników Zjazdu, którzy się zgłosili poza sekcjami narodowymi, zwracano się do przedstawicieli odpowiednich sekcji narodowych. Utworzenie sekcji polskiej przyjęto do wiadomości tak, jak i innych bez żadnych zastrzeżeń. Istnienie sekcji polskiej utrwała się przez to na przyszłość, tembardziej, że podstawą Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor są Towarzystwa pedyatryczne narodowe, które właśnie u nas w postaci sekcji pedyatrycznej Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie i w Łodzi istnieją. Fakt istnienia organizacji pedyatrycznych u nas zdecydował o dopuszczeniu nas do Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor. Na przyszłość byłoby niezmiernie pożądanę, aby sekcyje pedyatryczne utworzyły się przy Towarzystwach Lekarskich w Krakowie i Lwowie, a następnie wszystkie cztery sekcyje razem utworzyły Towarzystwo Pedyatryczne Polskie, któreby było jednoznaczne z Sekcyją Polską Stowarzyszenia międzynarodowego pedyatrilor, już obecnie istniejącą.

Obrazy Zjazdu rozpoczęły się 7-go października z rana w École de médecine przemówieniem prezesa Zjazdu prof. HUTINEL'a i przedstawi-

ciela ministra oświaty. Oba przemówienia, każde w swym zakresie, od razu dały świadectwo wysokiej kulturze francuskiej. Poczem przystąpiono do referatów głównych. Pierwszym referatem była niedokrwistość wieku dziecięcego. Pierwszy odczyt w tej sprawie p. t. „Niedokrwistość wieku niemowlęcego“ wygłosił znany pracownik na niwie hematologii wieku dziecięcego, dr LEON TIXIER, kierownik laboratorium kliniki pediatrycznej paryskiej.

W obszernym swym, a przejrzystym i z wielką swadą wypowiedzianym referacie, omawia mowca badania cytologiczne, badania dotyczące hemoglobiny, badania biologiczne, badania fizyczne; zatrzymuje się specjalnie nad niedokrwistością złośliwą, porusza trudności klasyfikacji i szkicuje wskazania i wyniki lecznicze. Ogólnie charakteryzuje je jako „thérapeutique de tâtonnements“ w ciężkich stanach niedokrwistości i widzi racjonalne podstawy lecznicze głównie w leczeniu przeciwhemolitycznym, niestety dotąd będącym zaledwie w zawiązku.

JEMMA, profesor pedyatryi w Palermo, mówił o niedokrwistości, wywołanej przez pasożyta, nazwanego od odkrywcy „Leishmania“, postaci chorobnej identycznej z Kala-azar w Indyach. *Leishmaniasis* jest chorobą zakaźną, panuje głównie na wybrzeżach morza Śródziemnego. Przebieg cierpienia przewlekły; podlegają mu głównie dzieci w pierwszych latach życia. Cechuje to cierpienie gorączka, wybitna niedokrwistość, postępujące powiększenie śledziony, wychudzenie. Cierpienie to najczęściej kończy się śmiercią. Mowca spostrzegł 120 przypadków, demonstrował preparaty drobnowidowe i hodowle. W dyskusyi zabierali głos VALAGUSSA i CRISPIN.

Na posiedzeniu popołudniowym w nowej sali wykładowej najstarszego w świecie szpitala dziecięcego (Hôpital des enfants malades, rue de Sèvres) prof. CZERNY ze Strasburga mówił o niedokrwistości wskutek wadliwego odżywiania, to jest wyłącznego, przedłużonego karmienia mlekiem u pewnego typu dzieci — ze skazą wysiękową, z limfatyzmem. Charakterystyczną cechą tych dzieci jest otyłość, wywołana bogatym w tłuszcz pokarmem, jakim jest mleko. Otyłość i niedokrwistość stawia CZERNY w tak blizkim związku, że brak otyłości, zdaniem jego, w przypadku niedokrwistości podaje w wątpliwość jej pochodzenie pokarmowe. Charakterystyczna jest również u dzieci otyłych niedokrwistych ich skłonność do wybroczyn krwawych. Zaznacza CZERNY powiększenie śledziony i podnosi brak szmerów sercowych w tej postaci niedokrwistości. W leczeniu kładzie nacisk przedewszystkiem na zmianę diety z mlecznej wyłącznie na mączno-roślinną z dodatkiem jajek, a nawet mięsa; ilość mleka należy ograniczyć w przypadkach ciężkich niekiedy do 100—200 grm. dziennie. CZERNY podkreśla jako moment przeszkadzający przeprowadzeniu takiej diety — niechęć do nowych pokarmów, wypływająca ze stanu psychicznego dziecka, którą powoli zwalczać należy. Podawanie żelaza uważa za wskazane, ale jako leczenie pomocnicze. Twierdzi, że nie spostrzegł prędszego wyleczenia przy podawaniu żelaza, i że leczenie żelazem bez zmiany diety nie dawało wyników pomyslnych.

CZERNY przypuszcza, iż niedokrwistość powstaje wskutek tego, że mleko wywiera wpływ ujemny na czynność narządów krwiotwórczych u dzieci pewnego typu (limfatyzm, skaza wysiękowa), i że ten wpływ szkodliwy polega na zubożeniu organizmu w zasady wskutek tworzenia się mydeł wapiennych w jelitach u dzieci, wyłącznie mlekiem karmionych. Niedokrwistość ulega poprawie dopiero wtedy, gdy wskutek zmniejszenia ilości mleka i podania pokarmów mieszanych, organizm

rozporządzać zaczyna zasadowością dla zubożenia produktów kwasnych przemiany materji.

Zatrzymałem się dłużej nad odczytem CZERNY'ego, wywołał on bowiem dyskusję dość żywą ze względu na zawarte w nim oryginalne poglądy. W dyskusji zabierali głos: BARBIER, HALLÉ, FEER, TIXIER, D'ESPINE, NOBÉCOURT, BRUDZIŃSKI i na zakończenie CZERNY. Szkoła francuska podkreślała niezgodność jej doświadczeń z poglądami CZERNY'ego, zwłaszcza zarzucano mu nieuwzględnienie w klasyfikacji, podawanych przez niego stanów anemicznych, danych badania krwi; rzeczywiście badania autorów francuskich różnych postaci niedokrwistości dziecięcej są daleko głębsze i subtelniejsze, niemniej poglądy powyższe CZERNY'ego, może zbyt uogólniające, mają jednak dużą siłę przekonywającą.

Dnia 8-go z rana zwiedzano w „Hôpital Hérold“ (Place du Danube) pawilony z boksami; objaśnień udzielali: dr BARBIER i dr LESAGE, kierownicy oddziałów. Dr LESAGE zdał pokrótce sprawę z działalności swego oddziału boksowego, gdzie wszelkie choroby niezakaźne i zakaźne (oprócz ospy i ospy wietrznej) umieszczane są w boksach jedna obok drugiej, lekarze i pielęgniarki nie poddają się żadnej dezynfekcyi, przechodząc z boksa do boksa i pomimo tego, jak twierdzi LESAGE, odsetka zakażeń wewnątrzszpitalnych jest minimalna, np. na 1700 przypadków szkarlatyny było 12 przypadków, pochodzących z zakażenia wewnątrzszpitalnego. System boksów zaleca LESAGE i dla ambulatoryjów dziecięcych, jako przykład przytacza: z 307 przypadków, które przeszły w przeciągu 15. dni przez boks, w którym tego dnia była odra, nie było ani jednego zakażenia z tego źródła. Poglądy LESAGE'a wzbudzały wśród słuchaczy niekiedy zdziwienie, niekiedy niedowierzanie, faktem jest jednak, że ten odważny badacz epidemiologii chorób zakaźnych wieku dziecięcego przyczynia się znacznie, śladami GRANCHER'a, SEVESTRE'a i innych do rewizyi, poglądów, uważanych dotąd za ustalone, na szerzenie się chorób zakaźnych. Śmiałość umysłu francuskiego i tu, jak w wielu innych, dziedzinach, zapoczątkowuje nowe sposoby hospitalizacyi chorób zakaźnych, które może nie ostoja się całkowicie w praktyce, ale zmuszą do postępu.

Posiedzenie popołudniowe poświęcono sprawie choroby HEINE-MEDINA. Referentem głównym był MUELLER, profesor z Marburga. ZAPPERT, drugi referent, który miał mówić o anatomii patologicznej i patologii doświadczalnej choroby HEINE-MEDINA, był nieobecny, przeczytano więc tylko wnioski z jego referatu. Dyskusya była nie mniej ciekawa i poważna jak sam referat, gdyż zabierali głos tylko rozporządzający materjałem, zebrany w krajach własnych, przedstawiciele różnych krajów, a więc BOKAY o epidemii na Węgrzech, JOHANNESSEN — w Norwegii, GORTER — w Holandyi, BIEHLER'owa — w Polsce, VERNSTEDT — w Szwecyi, NETTER i SCHREIBER — we Francyi. Był to bardzo ciekawy wielogłos i jeden z lepszych momentów Zjazdu. Dla nas było bardzo ważne, że w tej sprawie rozbrzmiewał i nasz głos, co NETTER podkreślił słowami, że nawet kraje, które były dotąd niezapisaną przez tę chorobę kartą, jak Polska, zostały już przez nią nawiedzone. Stanowi niezaprzeczoną zasługę kol. BIEHLER'owej zarówno opracowanie tej kwestyi, jak i sposób jej przedstawienia, uwieńczony zupełnem powodzeniem. Nie zdaję sprawy szczegółowej z obrad nad *poliomyelitis* z tej przyczyny, że czytelnicy „Gazety“ mają świeżo w pamięci przedstawienie tej sprawy w doskonałym odczycie klinicznym kol. BYCHOWSKIEGO. Nic ponadto, oprócz stwierdzenia przez naocznych świadków szerzenia się epi-

demii i osiągnięcia zgodności w ocenianiu objawów i charakteru choroby, nie przytaczano.

W środę 9-go października prof. OMBRÉDANNE (chirurg szpitala Bretonneau) mówił o leczeniu chirurgicznym następstw porażenia nagminnego dziecięcego. Był to doskonały referat, obejmujący wszelkie kategorie zabiegów chirurgicznych, tem cenniejszy, że przeprowadzony przez przyzmat własnego doświadczenia, co się zaznaczało niejednokrotnie w ocenie metod, ostrożności postępowania i t. d. Na zakończenie posiedzenia wygłoszono luźne komunikaty: prof. CONCETTI z Rzymu o chorobie OPPENHEIM'a z demonstracją zdjęć fotograficznych seryi preparatów, DÉLCOURT z Brukselli o krzywicy doświadczalnej u świń, prof. RACZYŃSKI ze Lwowa omawiał ciekawe doświadczenia własne u młodych psów nad wpływem braku słońca na powstawanie krzywicy, z badaniem chemicznem kości. Na posiedzeniu popołudniowym wystuchano reszty luźnych odczytów, a część członków Zjazdu zwiędzała „Hôpital S-t Joseph“, właściwie nowy pawilon dla chorób zakaźnych, zbudowany na wzór Pasteur'owskiego szpitala Chambres-boxes z pewnemi ulepszeniami.

Zjazd zakończył się wspólną ucztą o bardzo miłym i zgodnym nastroju w środę wieczorem. Jedno nie ulega wątpliwości, że zbliżył i zespolił pracowników na niwie pedyatryi z różnych krajów, którzy nader skwapliwie zapoznawali się wzajemnie i życzliwie interesowali się warunkami, w jakich każdy z nich pracuje. Otarły się o siebie różne szkoły i przez to już nieco zbliżyły w swych, nieraz daleko od siebie odbiegających poglądach (CZERNY i szkoła francuska np.); przyjrzały się rzęszce pracowników wynikiom starej, nieprzerwanej pracy pedyatryów francuskich i olśnione dotąd zbyt wyłącznie postępami pedyatryi niemieckiej, przypomniały sobie o zasługach pedyatryi francuskiej, ponad którą i poza którą nigdy nie było innej, i schyliły głowy z szacunkiem przed świetnym zmysłem klinicznym francuskim.

J. Brudziński.

Przegląd bibliograficzny.

Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci przy ulicy Ogrodowej Nr. 17 w Warszawie. Opracował Dr J. BĄCZKIEWICZ.

Przyszły historyk medycyny polskiej, o ile zechce kiedyś po latach zobrazować obecny stan szpitalnictwa w Królestwie Polskiem, znajdzie się w nielada kłopotcie. Poza kilkunastoma artykułami, traktującymi w ogólnych zarysach braku szpitali, oraz poza pewną liczbą artykułów mniej lub więcej naukowych (przeważnie kazuistycznych) nie pozostawi mu innych materyałów, któreby mu wykazały, co tu robiono, jaki miano materyał kliniczny i jak tenże traktowano w szpitalach. Tak ważnych źródeł dla historii medycyny, a nawet dla obecnej nauki lekarskiej, jak sprawozdania szpitalne, my w Królestwie nie posiadamy prawie wcale. Zadałem sobie trud przejrzania Przeglądów piśmiennictwa od początku ich istnienia, t. j. od r. 1891 oraz czasopism z ostatnich lat paru. Okazało się, że z ogólnej liczby przeszło 70-u szpitali poza Warszawą zaledwie 18 w tym przeciągu czasu ogłosiło mniejsze lub większe sprawozdania ze swej działalności. Jest to tak uderzające, że uważam

za odpowiednie te szpitale wyszczególnić, a mianowicie: szpital Św. Aleksandra w Łodzi (DWORZAŃCZYK, HANDELSMAN i KRUSCHE), szp. fabr. SZAJBLERÓW w Łodzi (OLSZEWSKI), szp. Anny Maryi dla dzieci w Łodzi (BRUDZIŃSKI), szp. fabr. POZNAŃSKICH w Łodzi (świeżo ogłoszone sprawozdanie za r. 1911 oraz dawniejsze sprawozdanie z przytułku położniczego SACHSA), szp. starozakonnych w Kaliszu (RYMARKIEWICZ, a następnie BEATUS i MĘCZKOWSKI), szp. Św. Trójcy w Kaliszu (MĘCZKOWSKI), sz. Św. Piotra i Pawła w Suwałkach (RECHNIOWSKI), szp. Św. Stanisława w Skierniewicach (RYBICKI), szp. Św. Walentego w Kutnie (TROCZEWSKI), szp. Św. Tadeusza w Łowiczu (STANISŁAWSKI), szp. Św. Anny w Miechowie (PITASS), przyt. położ. w Częstochowie (PIETRASZEWICZ), szp. fabr. w Żyrardowie (TOKARSKI), szp. Św. Pawła w Sterdyni (JAROSIŃSKI), szp. Św. Błażeja w Olkuszu (OPOLSKI), szp. Św. Władysława w Opocznie (KOZŁOWSKI), szp. Św. Mikołaja w Busku (MAJKOWSKI), szp. w Milanowie (MĘCZKOWSKI). Do tego możnaby jeszcze dodać ogłoszoną przez STERLINGA statystykę gruźlicy płuc w szpitalach prowincjonalnych. Z powyżej wymienionych sprawozdań tylko jedno obejmuje dłuższy przeciąg czasu (Skierniewice—lat 19¹/₂). Inne sprawozdania w przeważnej liczbie dotyczą lat paru lub roku jednego, a niekiedy podają dane, dotyczące tylko pewnej części materiału szpitalnego (chorych chirurgicznych, położnic lub suchotników).

Nie lepiej pod tym względem przedstawia się Warszawa. W wyżej wymienionym przeciągu czasu, obejmującym lat 22, ogłosili sprawozdania: GIEDROYC ze szpitala Św. Łazarza, SZWAJCER, a później GUTOWSKI—szereg krótkich sprawozdań ze szpitali dla chorób zakaźnych, DĄBROWSKI—wynik spisu jedniowego, dokonanego w szpitalach warszawskich w d. 5. kwietnia 1900 r., RONTALER—sprawozdanie za 2 lata z ambulatoryum dla chorób gardła, nosa i uszu w szp. Ewangelickim, STARKIEWICZ—statystykę gruźlicy płuc w oddziale szp. CHEŁCHOWSKIEGO i wreszcie Magistrat m. Warszawy—Sprawozdanie za r. 1908 i 1800 w Księdze Pamiątkowej. Sprawozdanie to, obejmujące wszystkie szpitale i zakłady dobroczynne m. Warszawy, zbliża się znacznie do typu sprawozdań, wydanych przez wszystkie większe szpitale na Zachodzie i znaczną liczbą szpitali w większych miastach Cesarstwa. Na nieszczęście brak ścisłości, a nawet prawdziwości w materiałach, dostarczonych autorom statystyki w Księdze Pamiątkowej, ogromnie obniża znaczenie tejsze statystyki. Tu muszę dodać, że pod tym względem Magistrat nie jeszcze nie przedsięwziął, by przysłałe sprawozdania szpitalne uczynić lepszymi. O ile gromadzenie materiałów do nich nie ulegnie radykalnej zmianie, wartość tych Sprawozdań pod względem lekarskim i nadal pozostanie niewielka, a do układania ich wprost szkoda będzie tej pracy i zachodu, jaką włożono w statystykę Księgi Pamiątkowej.

Wszystkie powyższe uwagi nastęrczyły mi się, gdy m przeglądał Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci, świeżo wydany przez dra BĄCZKIEWICZA. Niewielka książka, zawierająca 120 stronic w ósemce, przedstawia bardzo dużo cennego materiału i poniekąd może służyć za wzór, jak się takie sprawozdanie powinno pisać. Jest to zdanie sprawy z 17¹/₂-letniej działalności prywatnego Zakładu dla dzieci, założonego i utrzymywanego sumptem p. MARYI SZLENKEROWEJ, a zarządzanego przez dra J. BĄCZKIEWICZA. Autor na wstępie podaje historję powstania Zakładu, jego opis wraz z planem sytuacyjnym i planem budynku, opis wewnętrznego urządzenia Zakładu oraz jego organizacyi pod względem administracyjnym. Następnie wymieniwszy wszystkich lekarzy, którzy w tym przeciągu czasu w Zakładzie pracowali w roli ordynatorów lub

asystentów, autor przechodzi do omówienia działalności instytucji. Przedewszystkiem zdaje sprawę z pracy w ambulatoryum. Z przytoczonych tu szeregów cyfr rzucają się w oczy następujące liczby: w ciągu 17½ lat istnienia lecznicy zgłosiło się do ambulatoryum ogółem 67502 chorych, którym udzielono 211206 porad, a w tem: wewnętrznych 89201, chirurgicznych—51455, ocznych—62624, usznych i gardlanych—5426, skórnych—1659, nerwowych—186 i zębów—655. Specjalna statystyka, przeprowadzona na 10-u tysiącach chorych, wykazała, że Zakład obsługiwał 191 ulic w Warszawie, 12 ulic na Pradze i 28 miejscowości poza Warszawą. Na dzieci do lat 2-u przypadało 64,7%; powyżej lat 2-u—35,3%. Z pomiędzy zgłaszających się dzieci 44% nie miało szczepionej ospy. Opierając się na swej statystyce, B. stara się wyprowadzić niektóre wnioski ogólniejszej natury, dotyczące naszych potrzeb społeczno-lekarskich.

Drużga część Sprawozdania dotyczy działalności internatu w Zakładzie. Internat ten powstał nieco później niż ambulatoryum i posiadał 20 łózek, z których 16 mieściło się na salach ogólnych i 4 w pokojach oddzielnych. W ciągu 14¼ lat istnienia internatu leczęło się w nim 1490 dzieci, które spędziły tam ogółem 75515 dni szpitalnych.

W dalszym ciągu sprawozdanie podaje opisy: organizacyi lekarskiej w internacie, opieki nad dziećmi, ich żywienia, leczenia, zabaw i t. p. Właściwą statystykę chorych, leczonych w Zakładzie, opracowali do omawianej książki poszczególni ordynatorzy (chirurgię—ŁAPIŃSKI, choroby oczu—CETNAROWICZ, choroby uszu, nosa i gardła—POLAŃSKI, choroby nerwowe—KOELICHEN, choroby skóry—WESOŁOWSKI, wreszcie działalność pracowni—PASZKIEWICZ).

Na uwagę zasługuje, że poza gołemi cyframi starano się tu podać szczegóły, dotyczące stosowanych metod leczniczych, oraz wnioski, które nagromadzony materiał nastęrczał. Uzupełnia tę część Sprawozdania opis działalności Zakładu pod względem naukowym, pedagogicznym i społecznym. Z tego opisu wynika, że ordynatorowie i asystenci Zakładu ogłosili prac i demonstracyi ogółem 57. Zakład z powodzeniem starał się szerzyć zasady higieny wśród ubogiej ludności, brał udział w 4-ch wystawach higienicznych, przedsięwziął wydawanie za darmo środków spożywczych dla biednych chorych dzieci. Największe atoli zasługi poza stroną leczniczą Zakład okazał pod względem pedagogicznym. W ciągu lat kilkunastu był on jedyną w Warszawie uczelnią pedyatrii, a jak się z tego wywiązywał, świadczyć o tem może cyfra 96-u młodych lekarzy, którzy tam swą wiedzę praktyczną czerpali. Poza lekarzami Zakład wykształcił spory poczet pielęgniarek i pomocnic chirurgicznych. Tę właśnie zasługę pedagogiczną Zakładu uważam za konieczne podkreślić, tem bardziej, że autor Sprawozdania z łatwo zrozumiałych względów nie mógł tego uczynić.

Ostatni dział stanowi budżet. W końcu książki pomieszczono dodatek, obejmujący ustawę Zakładu i szereg regulaminów dla lekarzy, dozorczyń służby i t. p. Następnie w tymże dodatku znajdujemy: wzory ksiąg oddziałowych, kart szpitalnych, relew, jadłospis potraw, wyniki ważenia dzieci, wykaz stosowanych leków, wykaz sposobów zarobkowania rodziców oraz miejsce ich zamieszkania, statystykę dzieci szczepionych (ospa), spis uczęszczających do Zakładu lekarzy, a wreszcie wykaz chorób, leczonych na oddziale wewnętrznym internatu. Cały ten dodatek przedstawia dużo ciekawego materiału; przytoczone regulaminy kierownik każdego Zakładu leczniczego przeczyta z zainteresowaniem, a to tem bardziej, że tak szczegółowo opracowanych nie posiada bardzo wiele nawet szpitali niemieckich.

Co się tyczy braków, które w omawianej książce zauważyłem, to przede wszystkim muszę wymienić niejednorodność w opracowaniu statystyki poszczególnych oddziałów. Pochodzi to w znacznej mierze stąd, że każdy taki dział opracowywał inny ordynator, co musiało się odbić na jednorodności pracy. Jeden, na przykład, opierał się przede wszystkim na materiale lekarskim internatu, ambulatoryum zaś opracował pobieżnie, inny natomiast wysunął na pierwszy plan swą statystykę ambulatoryjną. Następnie szkoda, że sprawozdanie nie wspomina o tem, czy wykonywano choć niekiedy sekcję zwłok zmarłych, czy próbowano pod tym względem wpływać na rodziców zmarłego i jaki to miało wynik (ustawa Zakładu wymagała zgody rodziców na sekcję). Język Pamiętnika naogół jest poprawny, niekiedy jednakże zdarzają się naleciałości, jak np. „zawiadywać“, „zawiadywanie“. Toż samo dotyczy korekty, która czasami przedstawia drobne usterki w cyfrach, a zwłaszcza w tytułach działów.

Kończąc niniejszą ocenę, muszę zaznaczyć, że Pamiętnik dra BĄCZKIEWICZA wyróżnia się korzystnie z pomiędzy szeregu znanych mi sprawozdań tem, że obok suchych cyfr daje nam żywy obraz całej działalności Zakładu. Książkę tę przeczyta z korzyścią nie tylko przyszły historyk naszej medycyny, lecz i dziś—pracujący w szpitalu lub w prywatnym zakładzie lekarz.

B. Sawicki.

Wiadomości bieżące.

— Prof. WICHERKIEWICZ ustąpił na własne żądanie ze stanowiska kierownika oddziału ocznego w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie; miejsce to objął prowizorycznie kol. WITALIŃSKI, dotychczasowy pierwszy asystent kliniki ocznej.

— Prof. A. WRZOSEK i prof. S. CIECHANOWSKI zostali mianowani członkami honorowymi Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

— A. CARREL, profesor chirurgii doświadczalnej w instytucie ROCKFELLER'a w Ameryce, otrzymał nagrodę im. NOBELA za prace z zakresu przeszczepiania tkanek i wzrostu ich w środowiskach sztucznych. Streszczenie prac tych, pióra kol. PRUSZYŃSKIEGO, zamieszczamy powyżej.

— W uzupełnieniu wiadomości, podanych w Nr. 43 naszej „Gazety“ o Zjeździe międzynarodowym pedyatrów w Paryżu nadmieniamy, że kol. JAN BĄCZKIEWICZ ofiarował temuż Zjazdowi wydany przez siebie „Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci w Warszawie“. Pamiętnik ten z krótkim streszczeniem i dedykacją w języku francuskim przesłany został na ręce prezesa Zjazdu, prof. HUTINEL'a, który nadesłał autorowi podziękowanie.

— W Szpitalu Ewangelickim zaprowadzono ambulatoryum chorób ocznych pod kierunkiem kol. BRONISŁAWA KOZIOROWSKIEGO, ambulatoryum zaś chorób nerwowych pod dobrowolnem ustąpieniem kol. KOELICHENA objął kol. WŁADYSŁAW JARECKI. Doniosłym faktem w rozwoju naukowym szpitala jest zorganizowanie prosektoryum i pracowni bakteriologicznej szpitalnej, których kierownictwo powierzono kol. KAZIMIERZOWI KULIGOWSKIEMU, byłemu asystentowi ś. p. prof. WYSOKOWICZA w Uniwersytecie Kijowskim.

— Otrzymaliśmy wiadomość ze Lwowa, iż zwołane tam Zgromadzenie internistów zaproponowało urządzenie III Zjazdu internistów polskich we Lwowie w lipcu 1914 r., zamiast proponowanej uprzednio daty 1913 r. Poruszono również sprawę utworzenia Towarzystwa internistów polskich, któreby nadal zajęło się urządzeniem zjazdów internistów, na wzór takiej samej działalności Towarzystwa chirurgów polskich.

— W Uniwersytecie odeskim z powodu braku środków ograniczono przyjmowanie chorych do kliniki, oraz wstrzymano dostarczanie studentom rękawiczek gumowych do zajęć w prosektoryum.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 6-go do 12-go października r. b. do szpitali warszawskich przybyło 139 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 1, odrą 5, płonicą 38, błonicą 5, różą 8, tyfusem brzuszny 25, tyfusem plamistym 6, grypą 8, zapaleniem płuc 42 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarły na choroby zakaźne w szpitalach 22 osoby, mianowicie: na ospę 1, płonicę 3, błonicę 2, tyfus brzuszny 3, zapalenie płuc 12 i na biegunkę krwawą 1; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarły 33 osoby, mianowicie: na ospę 1, odrę 3, płonicę 17, błonicę 2, tyfus brzuszny 4, koklusz 4 i na biegunkę krwawą 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 6-go października—2768, 12-go października—2859.

Zmarli.

W dniu 25 października zmarł we Lwowie w 61-ym roku życia ś. p. HENRYK KADYI, profesor anatomii i zasłużony organizator wydziału lekarskiego Wszechnicy Lwowskiej. Obszerniejszy życiorys zmarłego umieścimy w jednym z najbliższych numerów „Gazety”.

Dr EDMUND SACHS, naczelny lekarz szpitala wojskowego w Lublinie zmarł w Warszawie d. 21. października.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) HEINRICH HIGIER. Akute aufsteigende Landrysche Paralyse in Verlaufe von Lyssa humana. Odb. z Zeitsch. f. ges. Neurol. u. Psych. 1912.

2) Dr med. H. HIGIER. Zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe starcze. Odb. z Med. i Kron. Lek. 1912.

3) Dr Z. BYCHOWSKI. W sprawie utworzenia Zakładów dla chroników. Odb. ze Zdrowia 1912.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

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

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

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

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

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

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.