

GAZETA LEKARSKA

I. W kwestyi t. zw. ziarnistej degeneracji czerwonych krążków krwi.

Podał

Dr Henryk Landau.

Jak wiadomo, ASKANAZY po raz pierwszy [1893] opisał zjawiska, dające się niekiedy spostrzegać w czerwonych krążkach krwi i polegające na tem, że w krążkach tych, zazwyczaj barwiących się barwikami kwaśnymi, występują nader drobne ziarenka o powinowactwie do barwików zasadowych. Zjawisko to otrzymało też nazwę ziarnistej degeneracji czerwonych krążków krwi. Ażeby uwydatnić ziarenka te, najlepiej jest preparat, wzięty w sposób zwykły, wysuszony na powietrzu, utrwalić przez przeciąg 20-u minut w absolutnym alkoholu, lub też w absolutnym eterze, lub wreszcie w mieszaninie obu tych płynów i zabarwić zasadniczym roztworem błękitu metylenowego ¹⁾). Krążek ich barwi się wtedy na blade-zielono, zawarte zaś w nim ziarenka mocno niebiesko.

Jakkolwiek ASKANAZY opisał ziarenka te przy *anaemia pernic. progr.*, niemniej okazało się wkrótce, że toż samo zjawisko występuje i w innych stanach anemicznych, np. w blednicy, a nawet w niedokrwistościach wtórnych, jak np. w ciężkich anemiach, wikłających zazwyczaj szpikowe postaci białaczki. Najczęstszem wszakże jest zjawisko owo [występuje one tu w 30% wszystkich przypadków], jak to stwierdzili pierwszy BEHREND, następnie zaś

¹⁾ Do tego celu nadaje się najwięcej t. zw. błękit metylenowy LOEFFLER'a, którego skład jest następujący: 100 ctm. sz. 0,01% KHO+30 ctm. sz. stężonego roztworu wysokiego błękitu metylenowego (*Met. bl. officinale*). Po zabarwieniu preparatu w przeciągu 1/2—1 min., należy opłukać silnym strumieniem wody, wysuszyć, tudzież utrwalić w balsamie kanadyjskim. Równie dobrze uwydatniają się będące tu w mowie ziarenka przy barwieniu zapo-
czą płynu GIEMSA'y.

GRAWITZ i BOELLKE, w niedokrwistości, wywołanej przewlekłym zatruciem ołowiem. Można nawet twierdzić, że jest ono dla tej postaci anemii swoistem, stanowi tu bowiem częstokroć jedyną dającą się stwierdzić we krwi zmianę; prócz tego zaś występuje bardzo wczesnie, wyprzedzając niejako wszystkie inne objawy zatrucia tym metalem ¹⁾.

Co się tyczy znaczenia pomienionego zjawiska, to ASKANAZY pierwotnie wypowiedział mniemanie, że ziarenka owe są to resztki rozpadającego się jądra (*karyorrhexis*) czerwonego krążka krwi. Pominąwszy już wszakże, że resztki te przedstawiają się zazwyczaj w postaci tworów o wiele większych, niż będące tu w mowie ziarenka, przemawiają jeszcze przeciw mniemaniu A. liczne inne dowody, a mianowicie: 1) niekiedy spostrzegać można w krążku zawierającym ziarenka obok tych ostatnich nietknięte jądro; 2) pomienione zjawisko występować może we krwi, nie zawierającej wogóle erytroblastów czyli jądrowych krążków krwi, wreszcie 3) w szpiku kostnym, zawierającym wszak przeważnie erythrocyty i w którym przeto odbywa się głównie rozpad jąder czerwonych krążków krwi, zjawisko pomienione [obecność ziarenek w krążkach] prawie nigdy nie występuje.

To też mniemanie owo zostało obecnie prawie powszechnie porzucone [pomiedzy innymi i przez ASKANAZY'ego], natomiast występujące w erythrocytach ziarenka uważane są za produkty protoplazmatyczne. Co do bliższego wszakże znaczenia owych tworów, ścierają się obecnie głównie 2 poglądy. Gdy jedni, z EHRLICH'em na czele uważają owe ziarenka za produkt zwyrodnienia czerwonego krążka, skąd też nazwa „ziarnistego zwyrodnienia“ ²⁾, inni [np. ASKANAZY] uważają występowanie ziarenek tych w krążkach za wyraz regeneracji krwi. Ci ostatni opierają się głównie na tem, że ziarniste krążki nader często widzieć się dają we krwi pewnych młodych zwierząt [królików], jako też we krwi zarodkowej innych [białe myszy], gdzie przecież trudno przypuścić, by odbywały się jakiekolwiek sprawy degeneracyjne.

Mając sposobność w przeciągu ostatniego roku zbadać szereg przypadków [mianowicie dwa przypadki zatrucia przewlekłego ołowiem ³⁾, 1 przy-

¹⁾ Z tego też względu niektórzy zalecają spożytkować zjawisko to w celach profilaktycznych, a to w ten sposób, by badać peryodycznie krew robotników pracujących z ołowiem, tudzież usuwać tych, w których krwi ukaże się zjawisko pomienione, jako takich, którzy zagrożeni są innemi następstwami zatrucia.

²⁾ Tak więc EHRLICH tłumaczy sobie powstawanie tych ziarenek skutkiem pewnych zmian w dyskoplazmie czerwonych krążków, przypominających koagulacyjną nekrozę, natomiast inni (GRAWITZ) upatrują w nich wyraz oddziaływania jądów (ołów i in.) na krążki czerwone.

³⁾ Dotyczyło to 24-letniego garniarza oraz 26-letniego pilnikarza, przedstawiających zresztą wszystkie inne klasyczne objawy zatrucia ołowiem, a więc: obwódka na dziąsłach (*lisiere*), napięte tętno, kolka ołowiana, tudzież porażenie *n. radialis* na obu kończynach górnych. (Obadwa przypadki pochodzą z oddziału kol. GAJKIEWICZA).

padek ostrego zatrucia tymże metalem ¹⁾, tydzień i przyp. leukanemii], w których pomienione zjawisko występowało we krwi w sposób nader wybitny, wyrobiłem sobie pewien pogląd własny na sprawę tę, który to pogląd chciałbym na tem miejscu możliwie dokładnie wyluszczyć.

Tak więc przy przy studyowaniu odnośnych preparatów uderzyło mię przedewszystkiem to, że będące tu w mowie zjawisko nie występuje nigdy w krążkach zupełnie prawidłowych, lecz przedstawiających już skądinąd pewne zmiany, dotyczące stosunku ich do barwików. Krążki owe przedstawiają się zabarwionymi o wiele mocniej [przy zabarwieniu błękitem metylenowym LOEFFLER'a na ciemno-zielono, niekiedy nawet na niebiesko] od innych. Okoliczność ta, na którą zresztą zwrócili już uwagę inni autorowie, pozwala już na pierwszy rzut oka rozeznąć te krążki, które zawierają ziarenka, zanim jeszcze ziarenka te stają się widoczne. Innemi słowy—krążki krwi zawierające ziarenka posiadają jeszcze własność, znaną w hematologii pod nazwą polichromatofilii ²⁾. Niemniej uderzającą jest ta okoliczność, że będące w mowie ziarenka nie są nigdy widoczne w świeżych niebarwionych preparatach krwi, jakkolwiek inne, niemniej drobne twory we krwi się znajdujące, jak np. ziarnistość neutrofilna leukocytów [ziarenka erytrocytów bywają niekiedy nie tylko nie mniejsze, lecz nawet większe od owej ziarnistości], dają się widzieć bardzo wyraźnie w świeżych niebarwionych preparatach krwi.

Należy z tego wnosić, że ziarenka, w czerwonych krążkach zawarte, nie są to twory z góry w krążkach tych istniejące [„preformowane“], lecz powstają dopiero po zetknięciu się owych krążków z barwikiem, czyli że t. zw. ziarniste zwyrodnienie przedstawia jedynie odmianę nieprawidłowego zachowania się czerwonych krążków krwi względem barwików, innemi słowy—odmianę polichromatofilii. Istotnie proces barwienia [zarówno w przemyśle, jak i w technice mikroskopowej] jest procesem chemicznym; polega on jedynie na odczynie chemicznym, następującym pomiędzy ciałem barwionem a barwiącem. Jeżeli skład chemiczny jednego z ciał owych [barwionego] ulegnie zmianie, zmieni się tem samem jego powinowactwo do barwików. Tem się też tłumaczy spostrzegane w pewnych stanach anemicznych zmienione powinowactwo niektórych krążków do barwików czyli t. zw. polichromatofilia. Biorąc dalej pod uwagę znaną, tudzież nader prawdopodobną teorię WEIDENREICH'a, według której wewnętrzna część czerwonego krążka, zawierająca hemoglobinę, jest płynna i otoczona jest tylko na zewnątrz stałą nieprzepuszczającą wody błoną, to nie wyda się nam wcale nieprawdopodobnem, że wskutek dalszych zmian, zachodzących w składzie chemicznym czerwone-

¹⁾ Przypadek ten [pochodzący z oddziały kol. SAWICKIEGO] dotyczył kobiety, która w celu wywołania sztucznego poronienia najadła się śrutu ołowianego i po upływie kilku tygodni przy objawach ciężkiej niedokrwistości zmarła. Wspomniane zjawisko stanowiło tu podobnie, jak w obu przypadkach powyższych, jedyną dającą się stwierdzić we krwi zmianę.

²⁾ Wogóle zaś powiedzieć należy, że preparat krwi, w którym znajdują się krążki ziarniste, zawiera zazwyczaj liczne krążki polichromatyczne. Dotyczy to zwłaszcza przypadków przewlekłego zatrucia ołowiem.

go krążka, ten ostatni, posiadając powinowactwo zmienione do barwików i będąc przepojony barwikiem zasadowym, zaczyna strącać pojedyncze cząsteczki tegoż w postaci ziarenek. Tem też tłumaczy się, że ziarenka owe — czego zazwyczaj w innych produktach degeneracyjnych zauważyć się nie daje — są wielopostaciowe i przedstawiają się już to w postaci nader drobnych prawidłowych ziarenek, już też w postaci większych o konturach nieprawidłowych kępek. Tym sposobem t. zw. ziarniste zwyrodnienie jest tylko modyfikacją polichromatofilii w najściślejszym znaczeniu tego wyrazu. Też same warunki [zmiana składu chemicznego], które powodują zmiany w powinowactwie czerwonego krążka do barwików, są też przyczyną tego, że w przepojonym barwikiem krążku krwi pojedyncze cząsteczki pierwszego wydzielają się w postaci ziarn lub kępek.

Co się tyczy pytania, czy zwyrodnienie ziarniste czerwonych krążków [nazwę tę należałoby właściwie stosownie do wyrażonego tu poglądu zarzucić] należy uważać jako objaw zwyrodnienia, czy też regeneracji krwi, to sądzę, że obie te możliwości dają się dość łatwo pogodzić. Toż samo dotyczy, zdaniem mojem, polichromatofilii, której ziarnista degeneracja stanowi wszak tylko odmianę ¹⁾.

Istotnie, zarówno w krążkach młodocianych niedojrzałych, jak i w krążkach zwyrodniałych i obumierających zachodzą też same warunki, mogące powodować nieprawidłowe zachowanie się ich względem barwików, względnie wydzielanie się w nich ziarenek barwika. Warunkiem tym jest ich odmienny skład chemiczny, mianowicie też zmniejszona zawartość hemoglobiny, komórki bowiem młodociane jeszcze nie zdążyły wytworzyć hemoglobiny w ilości dostatecznej, komórki zaś zwyrodniałe już ją utraciły. Wytwarzanie się zatem ziarenek może być, podobnie jak i polichromatofilia sama, zarówno wyrazem niedojrzałości, jak i zwyrodnienia czerwonego krążka krwi. Gdy pierwsze ma miejsce w tych przypadkach, w których ziarniste krążki występują we krwi zwierząt młodych [króliki] lub też we krwi zarodkowej [mysz biała], to w niektórych stanach anemicznych, jak np. w przewlekłym zatruciu ołowiem, mamy do czynienia niewątpliwie ze sprawami degeneracyjnymi, brak tu bowiem zazwyczaj jednej z najważniejszych cech regeneracji krwi, mianowicie obecności we krwi krążków jądrowych [erytoblastów].

Pozostałoby jeszcze rostrzygnąć pytanie, czy „zwyrodnienie ziarniste“ przedstawia stopień wyższy, czy też niższy polichromatofilii. Sądziłbym, że ta okoliczność, że w szpiku kostnym krążki ziarniste prawie nigdy [a przynajmniej nader rzadko] spotkać się dają, pomimo mnóstwa zawartych w nim krążków polichromatycznych, przemawia za tem, że „wydzielanie się ziarenek stanowi stopień wyższy, do pewnego stopnia następstwo polichromatofilii.

¹⁾ Gdy jedni, jak wiadomo [EHRlich], uważają polichromatofilię za sprawę degeneracyjną, inni znów, opierając się na tem, że szpik kostny zawiera liczne krążki polichromatyczne, uważają zjawisko to za objaw regeneracji krwi.

Przed bardzo niedawnym czasem ASKANAZY ogłosił wyczerpującą pracę o ziarnistym zwyrodnieniu czerwonych krążków [krwi [praca owa pojawiła się w ostatnim zeszycie Zeitschr. f. klin. Med. ¹⁾] i dostała się w moje ręce już po zbadaniu moich przypadków i urobieniu się moich poglądów na będącą tu w mowie sprawę]. Autor rozwija tu teorię do pewnego stopnia przypominającą pogląd wyłuszczonej w artykule niniejszym. Wychodzi on mianowicie z założenia, że wytwarzanie się ziarenek w czerwonych krążkach krwi jest zawsze sprawą regeneracyjną. Bliższy mechanizm sprawy tej przedstawia on sobie w sposób taki, że szpik kostny wskutek wzmożonego zapotrzebowania, wysyła do krążenia liczne krążki polichromatyczne, te zaś po zetknięciu się z osoczem o składzie chemicznym zmienionym [*hedraemia*, zmieniona zawartość soli, wymiana gazów] zaczynają wytwarzać pomienione ziarenka.

Pogląd ASKANAZY'ego zgadza się zatem o tyle z moją teorią, że i on również uznaje wytwarzanie się ziarenek jako odmianę polichromatofilii. Gdy wszakże A. wraz z innymi uważa ziarenka te za twory protoplazmatyczne, ja utrzymuję [a to na zasadzie przyczyn wyłuszczonych powyżej], że ziarenka nie są to produkty z góry wytworzone, lecz powstają dopiero po zetknięciu się zawartości krążka z barwikiem, czyli że sprawa wytwarzania się ziarenek jest odmianą polichromatofilii w znaczeniu o wiele ściślejszem. Podobnie nie mogę zgodzić się z ASKANAZY'm, upatrującym w sprawie wytwarzania się ziarenek w krążkach zawsze oznakę wzmożonej regeneracji krwi, gdy mojem zdaniem należy uznać, że w pewnych razach przynajmniej [p. wyżej] zarówno sprawa ta, jak i sama polichromatofilia są to zjawiska degeneracyjne.

Warszawa d. 22 stycznia 1908 r.

II. O wycieku samoistnym płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos.

Napisał

Dr med. L. E. Bregman,

ordynator szpitala na Czystem.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 11).

BERG po otwarciu przedniej ściany zatoki sfenoidalnej, osiągnął silny odpływ płynu mózgowo-rdzeniowego, który zapełnił cały oczodół. Czy jednak i przedtem płyn ten tą drogą się wydobywał, niewiadomo.

¹⁾ T. 64, zesz. 3, i 4.

A priori wobec przypuszczenia w tych przypadkach nowotworu mózgu z następczem wodogłowiem, a choćby nawet i pierwotnego wodogłowia, ubytek kości na podstawie czaszki i wytworzenie się tą drogą komunikacji z jamami szkieletu twarzowego, a specjalnie z nosem, nie przedstawia się bynajmniej nieprawdopodobieństwem. Właściwie, dziwiłoby się tylko należało, że fakt ten nie następuje częściej. U osobników młodych, pod wpływem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego następuje rozejście się szwów czaszkowych, które przedtem już były całkowicie zrośnięte. Fakt ten spostrzegaliśmy już niejednokrotnie u dzieci małych i większych z nowotworami. ANTON widział to nawet u 15-letniej dziewczynki. W danych przypadkach trudniej jest coś podobnego przypuścić, gdyż dotyczą one prawie wszystkie osób dorosłych. Zresztą, w szwach powierzchownych i w całej konfiguracji czaszki zmian nie notowano.

Nowotwór sam przez się powodować może ucisk na sąsiednią kość i w następstwie zmiany jej kształtu lub ubytek. Pierwsze mamy w naszym przypadku w postaci znacznego rozszerzenia *sellae turcicae*, które dowodzi niewątpliwie powiększenia przysadki. Pozatem ubytek kości skutkiem nowotworu obserwowano najczęściej na wypukłości czaszki; byłoby jednak możliwem, że przy nowotworze zrazu czołowego nadżarte zostało dno przedniej jamy czaszkowej, *resp.* tak cienka blaszka sitowata (*lamina cribrosa*). To samo wreszcie, w pewnych warunkach nastąpiłoby też mogło i w następstwie wzmożenia ogólnego ucisku wewnątrzczaszkowego. Tak np. REICHARDT, który szczegółowo badał stosunek czaszki do nowotworów mózgowych, u mężczyzny 29-letniego z nowotworem zrazu potylicowego, oprócz zmian pokrywy czaszkowej, zwłaszcza kości potylicowej, stwierdził jeszcze wybitne zcieńczenie dachu oczodołów i kości sitowych, które wyginały się nawet pod uciskiem palca.

Z drugiej strony należy zwrócić uwagę na komunikację naczyń limfatycznych nosa i sąsiednich części z wnętrzem jamy czaszkowej.

SCHWALBE, KEY i RETZIUS, zastrzykując płyn kolorowy pod słabem ciśnieniem, wykazali istnienie takiej komunikacji i to nie tylko przez naczynia limfatyczne, towarzyszące pochwkom nerwowym, lecz nawet przez oddzielne kanaliki w blaszce sitowatej.

NAUNYN i SCHREIBER, zastrzykując w dużej ilości roztwór fizyologiczny soli kuchennej do przestrzeni pajęczynowej u psa [do 400 ctm. sz. w $1\frac{3}{4}$ godziny], otrzymali wyciek płynu przez nos, równocześnie z *protrusio bulbi* i *chemosis*. Natomiast ZUCKERKANDL przeczy tej anastomozie, utrzymując, że powstała ona sztucznie przez pęknięcie *pię* pod ciśnieniem płynu zastrzykiwanego. Pozatem u człowieka istnienie takiej komunikacji nie zostało jeszcze przez nikogo dowiedzione. Bądź co bądź NOTHNAGEL na zasadzie danych powyższych sądzi, że płyn dostawał się do nosa [i do oczodołu] drogą naczyń limfatycznych, zwłaszcza wzdłuż po-

chewek *n. olfactorii*, gdyż w przypadku jego powonienie było zniesione. Wbrew temu jednak w moim przypadku i w wielu innych pozostało ono zachowane.

Na korzyść przypuszczenia komunikacji limfatycznej, możnaby ewent. przytoczyć jeszcze powikłania ze strony nosa, które towarzyszyły w niektórych przypadkach wyciekowi płynu mózgowo-rdzeniowego i które stworzyć mogły warunki zmienionej cyrkulacji limfatycznej. W drugim przypadku tu podanym zasługuje na uwagę pojawienie się wycieku bezpośrednio po rózę twarzowej, która również we wskazanym kierunku wpływ okazać mogła.

L I T E R A T U R A.

- 1) MATHIESEN. Norsk Magazin. 1887 January p. 241 przytoczony według St. CLAIR THOMSON'a [z. n.].
- 2) VIEUSSE. Gaz. hebdomadaire de Medecine et de Chirurgie. 1879 Na 10, p. 298.
- 3) ST.-CLAIR THOMSON. The cerebro-spinal fluid, its spontaneous escape from the nose 1899.
- 4) BREGMAN u. STEINHAUS. Zur Kenntniss der Geschwülste der Hypophysis und Hypophysisgegend. Virchows Archiv. 1907. Tom. 183,
- 5) SCHUELLER. Die Schädelbasis im Roentgendilde im Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie. Hamburg 1905, und ERDHEIM. Ueber Hypophysenganggeschwülste und Hirncholesteatome 1904.
- 6) NAWRATZKI. Zeitschr. f. Physiol. Chemie. Tom 23, S. 532.
- 7) v. JAKSCH. Klinische Diagnostik innerer Krankheiten 5 wyd. s. 567.
- 8) FREUDENTHAL. Spontanes Entweichen von cerebrospinal Flüssigkeit aus der Nase. Virchows Archiv Tom 161, s. 328. r. 1900.
- 9) MERZBACHER. Ergebniss der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Centralblatt 1904. s. 448.
- 10) ROSSI. Contributo alle conoscenza della sostanza riducente contenata nel liquido cefalo-rachidiano Gaz. med. Lombarda 1903, Nr. 24.
- 11) LANNOIS u. BOULUD. Societé neurologique de Paris 5 Mai 1904 rep. Neurolog. Centralblatt 1905, S. 823.
- 12) ZDAREK. Zeitschr. f. Physiol. Chemie XXIV, 1902. s. 202.
- 13) SOLLMANN. The Chemistry of cerebrospinal fluids. The Journal of the Amer. med. Assoc. 1903. Tom 40. S. 1569.
- 14) DUBES. Annales Medico-psychologiques 1905. De l'absence de glycese dans le liquide cephalorachidien.
- 15) ACHARD. Gaz. hebdom. de Med. 1901 juli.
- 16) SCHOENBORN. Wanderversammlung der Südwest deutschen Neurologen in Baden-Baden 28 Mai 1904. Neurolog. Centralb. 1904. S. 634.
- 17) MATHIEU. Chromodiagnostic du liquide cerebro-rachidien. Thèse de Paris 1902.
- 18) MILIAN. Le liquide céphalo-rachidien hémorragique—Gaz. hebdomadaire de Med. et de Chir. 1902, Auf.
- 19) BARD. Des colorations de liquide cephalo-rachidien, d'origine hémorragique Semaine médicale 1903, Nr. 41.
- 20) SICARD. Chromodiagnostic de liquide cephalo-rachidien dans les hémorragies du Neuraxe Soc. de Biol. 1901.

- 21) NISSL. Centralbl. f. Nerwenheil. 1904, April 225.
- 22) SIEMERLING. Ueber den Werth der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerwen. und Geisteskrankheiten. Berliner klin. Wochenschrift 1904, Nr. 21. s. 549.
- 23) KOCHER. Hirnerschütterung, Hirndruk und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten, in NOTHNAGEL's Specielle Pathologie und Therapie. Tom IX. Część III.
- 24) SCHWYZER. A case of Cerebellartumor with escape of cerebrospinalfluid trough the nose. St.-Paul med. Journal 1902 November. Przypadek ten jest cytowany, ale nie referowany w Jahresbericht. W oryginale nie był mi dostępny, dlatego w przeglądzie literatury nie mógł być uwzględniony.
- 25) MACKENZIE. Trans Med. Congress. 1902. s. 500 Cytow. według St-Clair Thomson'a.
- 26) KOERNER. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. Tom XXXIII H. 1 Juli 1898.
- 27) BAXTER. Brain 1882, Jan. S. 525.
- 28) PRIESTLEY SMITH. Ophtalmol. Rewiew 1883, p. 4.
- 29) NOTHNAGEL. Wiener med. Blätter 1888, Nr. 6, 7, 8.
- 30) TILLAUX. Traité d'anatomie topographique 1877.
- 31) GUTSCHE. Central. f. Laryngologie 1895.
- 32) MERMOD. Annales de Medecine de l'oreille et de larynx 1896.
- 33) SCHEPPEGRELL. Journal American Med. Assoc. 1898, 26 Febr.
- 34) TOISON i LENOBLE. Comptes rendus de la Societé de biologie 1891.
- 35) PAGET. Trans. Clinic. Soc. XII. 1879.
- 36) EMRYS YONES. Ophtalm. Rewiew—1888.
- 37) BERG. Centralblatt für Laryngologie 1891.
- 38) LICHTWITZ. Archiv. clin. de Bordeaux 1892, Decembre.
- 39) REICHARDT. Deutsche Zeitschrift für Nerwenheilkunde. Tom 28. s. 315.

III. Z PRACOWNI DRA WŁ. PALMIRSKIEGO.

W sprawie etyologii dyzenterji i jej leezenie surowicą.

Podał

T. Gryglewicz.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 11).

Ze względów praktycznych bardzo ważne znaczenie ma zdanie autorów, którzy twierdzą, że surowica, przygotowana przez uodpornianie zwierząt szczepem dyzenteryjnym, posiada własności lecznicze w zakażeniu nie tylko tym szczepem, lecz także szczepami pseudodyzenteryjnymi. Ma się to dziać wskutek blizkiego jakoby pokrewieństwa tych szczepów. KRUSE przygotował surowicę uodpornianiem hodowlami laseczki typu „SHIGA—KRUSE“, i surowi-

ca ta miała własności ochronne w zakażeniu zarówno tym typem, jak laseczką typu „FLEXNER“. Surowica GAY'a, przygotowana uodpornianiem hodowlami laseczki FLEXNER'a, chroniła także zwierzęta od zakażenia laseczką dyzenteryjną „SHIGA—KRUSE“. Tego zdania KRUSE'go i GAY'a potwierdzić nie mogą. Surowica dyzenteryjna, przygotowana drogą uodporniania zwierząt hodowlami laseczki typu „SHIGA—KRUSE“, chroniła zwierzęta, jak oto: króliki, morskie świnki i myszy od zakażenia tylko tą laseczką w ilości setnych i tysięcznych części ctm. sz., natomiast na laseczki pseudodyzenteryjne nie wywierała żadnego działania. Działanie surowicy w sposób jaszkrawy uwidocznia się w jamie otrzewnej morskiej świnki. Badając pod mikroskopem płyn z jamy otrzewnej, brany co pół godziny zapomocą rurki włosowatej, widzimy różnicę wybitną w działaniu surowicy na szczep dyzenteryjny i pseudodyzenteryjny. Świnki, które dostały śmiertelną dawkę laseczki pseudodyzenteryjnej i surowicę dyzenteryjną nawet w dużej ilości [np. 1,0 ctm. sz.], wykazują wprawdzie nieznaczną fagocytozę, lecz fagocytoza nie zwiększa się, bakterye szybko się rozmnażają i zabijają zwierzę. Natomiast u morskich świnek, które otrzymały surowicę dyzenteryjną i szczep dyzenteryjny, działanie surowicy w dawkach zaledwie setnych i tysięcznych części ctm. sz. przejawia się bardzo wyraźnie już po godzinie, a nawet po półgodz.: fagocytoza występuje tu bardzo energicznie, rozwój bakteryi wstrzymany, część ich bardzo słabo się barwi; bakterye znajdują się zarówno w płynie, jak i wewnątrz leukocytów; po 2—3 godzinach w płynie otrzewnej zwykle już nie znajdujemy laseczek, a zaledwie cienie niezabarwionych i rozpadających się ciał bakteryjnych; laseczki ulegają powolnemu rozpuszczeniu zarówno w leukocytach, jak w płynie otrzewnej. Surowica, przygotowana drogą uodporniania zwierząt szczepami pseudodyzenteryjnymi, w otrzewnej świnki morskiej działała zabójczo tylko na szczepy pseudodyzenteryjne i zachowywała się zupełnie obojętnie względem szczepów dyzenteryjnych. Niektórzy autorowie w podobnych doświadczeniach widzieli powstawanie kulek podobnych do tych, które powstają z wibrio-
na cholerycznego w objawie PFEIFFER'a, lecz spostrzeżenia tego nie mogłem sprawdzić w moich doświadczeniach. W doświadczeniu KRAUS'a, przeprowadzonym na myszach, surowica dyzenteryjna działała ochronnie także tylko przeciw szczepom dyzenteryjnym, a względem szczepów pseudodyzenteryjnych zachowywała się obojętnie. Wreszcie i KRUSE w ostatniej swej pracy przypuszcza, że surowica przeciwdyzynteryjna nie wykaże własności leczniczych w pseudodyzenteryi.

W pewnym stosunku do omawianej tu sprawy znajduje się praca DOP-
TER'a z r. 1905 o substancji uczulającej surowicy dyzenteryjnej. W surowicy chorych zwierząt uodpornianych DOP-
TER wykazywał ciało uczulające meto-
dą BORDET'a—GENGOU'a. Z jego doświadczeń wynika, że ciało to wspólne jest dla szczepów dyzenteryjnych i pseudodyzenteryjnych: surowica zwierząt, uodpornianych szczepami dyzenteryjnymi, posiadała ciało uczulające zarówno te szczepy, jak szczepy pseudodyzenteryjne, i odwrotnie. Podobnie zachowywała się surowica chorych, u których wykrywano czyto laseczkę

dyzenteryjną, czy też laseczki pseudodyzenteryjne. Stąd autor wysnuwa ten wniosek, że wszystkie szczepy zarówno dyzenteryjne, jak pseudodyzenteryjne są w rzeczywistości tylko pojedynczemi rasami jednego szczepu swoistego, a różnią się zaledwie niektórymi własnościami biologicznymi, jak zdolnością rozkładania mannitu, wytwarzania indolu, aglutynowania się i t. p.

Twierdzenie DOPPER'a jest bardzo ważne zarówno dla kwestyi pokrewieństwa szczepów dyzenteryjnych i pseudodyzenteryjnych, jak dla charakterystyki surowic, otrzymanych drogą uodporniania zwierząt tymi szczepami, i dlatego powinno być sprawdzone.

Pracę w tym kierunku podjąłem niedawno; z góry jednak zastrzegam się, że wyniki jej obecnie zbyt są jeszcze szczupłe, by mógł wyprowadzić z nich wniosek stanowczy. W celu wykrywania ciała uczulającego posługiwałem się metodą BORDER'a-GENGOU'a i metodą WASSERMANN'a z wyciągami wodnymi ciał bakteryjnych. Surowice hemolityczne otrzymywałem od świnek uodpornionych czerwonymi krążkami krwi wołu. Doświadczenie przeprowadzałem jednocześnie obu metodami z hemolitycznymi surowicami: morską świnką—królik i królik wół, względnie z czerwonymi krążkami krwi królika lub wołu. Aleksyną była surowica morskiej świnki normalnej, używana zawsze w 24 godz. po upuście. Największe trudności spotkałem w uodpornianiu zwierząt, a mianowicie królików i konia szczepami dyzenteryjnymi. Wszyscy autorowie zgodnie zaznaczają, że zwierzęta, a szczególnie króliki, trudno dają się doprowadzić do wysokiego stopnia odporności, i pomimo bardzo ostrożnego postępowania, znaczna część ich pada. Tu dodać muszę, że trudności te niepomierne się zwiększają, jeżeli w surowicy królików chcemy otrzymać ciało uczulające. Ubocznie zauważę, że podobne trudności spotykałem przy próbach otrzymania ciała uczulającego laseczką dyfterytyczną. U całej seryi królików nie mogłem się doczekać powstawania ciała uczulającego, jakkolwiek własności bakteryobójcze i antytoksyczne surowicy wcześniej się ujawniały. Energiczniejsze uodpornianie zwykle zabijało zwierzęta. Próbné doświadczenie z surowicami królików, które przetrzymały 3—4-miesięczne uodpornianie, wykazało obecność ciała uczulającego względem szczepów homologicznych. Dotąd zbadałem dokładniej jedną z tych surowic. Pochodziła ona od królika, który w ciągu czterech miesięcy uodporniany był szczepem dyzenteryjnym i otrzymał pod skórę, do otrzewnej i do żyły w ogólnej ilości 18 hodowli agarowych tego szczepu. Próby hemolityczne wykazywały bardzo wyraźnie obecność w niej ciała uczulającego szczepy dyzenteryjne. Natomiast surowica tego królika nie uczulała zupełnie szczepów pseudodyzenteryjnych, co przeczyłoby twierdzeniu DOPPER'a, jakoby szczepy dyzenteryjne i pseudodyzenteryjne posiadały wspólne ciało uczulające.

Na pewne pokrewieństwo szczepów dyzenteryjnych i pseudodyzenteryjnych wskazywać ma także aglutynacja. Surowice, otrzymane uodpornieniem koni szczepami dyzenteryjnymi, posiadają zwykle tak zwane aglutyniny boczne dla szczepów pseudodyzenteryjnych. Z surowic tych szczepy dyzenteryjne wysalają zarówno swoje aglutyniny główne, jak aglutyniny boczne. Su-

rowice, przygotowane uodpornianiem szczepami pseudodzyzenteryjnymi, nie posiadają aglutyniny bocznej dla szczepów dzyzenteryjnych. Wprawdzie KRUSE wspomina o jednej takiej surowicy, posiadającej aglutyninę boczną dla szczepu dzyzenteryjnego, lecz nie zrobił z nią próby wysalania. Surowice królików, z których każdego uodporniałem jednym ze szczepów pseudodzyzenteryjnych typu „FLEXNER“, aglutynowały zarówno szczep homologiczny, jak inne szczepy tego typu i wcale nie aglutynowały szczepów dzyzenteryjnych. O wysalaniu z tych surowic aglutyniny wspomniałem wyżej. Natomiast surowica, otrzymana od konia, uodpornianego tylko szczepami dzyzenteryjnymi i aglutynująca te szczepy w rozcieńczeniu $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{2000}$, aglutynowała także szczepy pseudodzyzenteryjne w rozcieńczeniu $\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{150}$. Szczepy dzyzenteryjne wysalały z niej wraz z aglutyniną główną aglutyninę boczną szczepów pseudodzyzenteryjnych.

Uogólniając wyniki, otrzymane na drodze doświadczalnej, stwierdzić musimy, że w przypadkach pseudodzyzenteryi nie możemy oczekiwać leczniczego działania surowicy przeciwdzyzenteryjnej. Przygotowania zaś surowicy przeciwpseudodzyzenteryjnej zaniechałem z tego powodu, że znaczenie przyczynowe laseczek pseudodzyzenteryjnych, a także istota choroby przez nie wywoływanej nie wydaje mi się dostatecznie zbadaną.

Surowica zakładu dra PALMIRSKIEGO pochodzi od konia, uodpornionego trzytygodniowymi bulionowymi hodowlami laseczki dzyzenteryjnej. Ciał bakteryjnych nie oddzielałem przez filtrowanie z tego względu, że niektórzy autorowie wymagają, aby surowica przeciwdzyzenteryjna posiadała własności zarówno antytoksyczne, jak bakteryobójcze. Koń uodporniał się bardzo ciężko. Na miejscu wstrzykiwań powstawały rozległe nacieczenia, waga spadała o kilka pudów, temperatura wznosiła się do 39—40°C. Często z tego powodu trzeba było przerywać wstrzykiwania na 3 tygodnie i dłużej. Koń ten otrzymał w ciągu 9-u miesięcy w ogólnej ilości 1,5 litra trzytygodniowych hodowli bulionowych, surowica jego posiadała wybitne własności antytoksyczne, bakteryobójcze i aglutynacyjne. Siłę surowicy określałem na królikach sposobem, zalecanym przez ROSENTHAL'a. Sposób ten polega na tem, że określamy w ctm. sz. minimalną ilość surowicy, zobojętniającej w mieszaninie 10-krotną dawkę śmiertelną jadu, a stąd obliczamy ilość surowicy na 300 gr. żywej wagi królika. Innemi słowy, jeżeli królik ważył 1500 gr., to minimalną ilość surowicy, zobojętniającą 10-krotną dawkę jadu, dzielimy przez 5; jeżeli ważył 2100 gr., to dzielimy przez 7 i t. d. Otrzymane liczby, podług zasady, przyjętej dla określania surowicy przeciwbłoniczej, wskazują nam na ilość jedności antytoksycznych w 1 ctm. sz. surowicy. Podług tego sposobu surowica nasza zawiera od 80--100 jedności antytoksycznych w 1 ctm. sz. Jednak sposób ROSENTHAL'a nie wydaje mi się dokładnym, i posługiwałem się nim do pewnego stopnia tylko z konieczności, ponieważ używany jest do określenia surowicy przeciwdzyzenteryjnej i w innych instytucjach. Przedewszystkiem 10-krotna dawka jadu dla królika, który waży np. 3000 gr. nie jest dwa razy większa od 10-krotnej dawki dla królika wagi 1500 gr.; przeciwnie, dawki te są prawie równe, a stąd wynika, że do zobo-

jętnienia ich wystarczają jednakowe prawie ilości surowicy. Przez obliczanie ilości surowicy na 300 gr. żywej wagi królika popełniamy błąd: surowica będzie jakoby tem mocniejsza, im królik więcej ważył i odwrotnie. To też przy tej metodzie trzeba używać zawsze króliki jednakowej wagi, lub też, moim zdaniem, byłoby lepiej zaniechać obliczania na 300 gr. wagi, a w celu określenia siły surowicy przeciwdzwenteryjnej posługiwać się liczbami, wykazującymi ilość surowicy w ctm. sz., wystarczającą do zobojętnienia 10-krotnej dawki śmiertelnej.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. G. Winter [Królewiec]. Próby ujednostajnienia statystyki raka macicy.

Prof. WINTER, który już od lat kilku nawołuje lekarzy do zajęcia się sprawą ujednostajnienia statystyki raka, powraca raz jeszcze do tej sprawy. Obecnie, gdy metoda brzuszna operowania raka macicy [przez laparotomię] coraz częstsze zyskuje uznanie i zastosowanie, potrzeba dobrej statystyki wstępującej coraz jaskrawiej, tylko bowiem taka statystyka może nam dać pewne wnioski o wartości operacji doszczętej w ogóle, a w szczególności o wartości metod operacyjnych. Pytanie, jakie przypadki nadają się do operowania przez ścianę brzuszną, a jakie przez pochwę—rozstrzygnąć ostatecznie może jedynie statystyka, oparta na zasadach jednostajnych, przez ogół przyjętych. Dlatego też W. zaprasza kolegów, a zwłaszcza ordynatorów klinik i szpitali¹⁾, do starannego rozpatrzenia jego projektu statystyki raka macicy i przysłania mu swej opinii o projekcie rzezonym. Nadesłane przed 1-ym kwietnia odpowiedzi, zbierze razem i rozpatrzy w zestawieniu krytycznem.

A oto projekt WINTER'a statystyki raka macicy:

I. Bezpośrednie wyniki operacji [odsetki śmiertelności].

II. Za nadający się do operacji (*operabilis*) uważany będzie ten przypadek raka macicy, na którym operacja, przedsięwzięta jako doszczętna, została doprowadzona do końca; wniosek o nadawaniu się do operacji opierać się musi nie tylko na badaniu klinicznem, lecz może być wydany dopiero po operacji, bo często dopiero otwarcie jamy brzusznej wyjaśni prawdziwy stan rzeczy. Operacja radykalna brzuszna polega na:

- 1) usunięciu macicy i jej przydatków,
- 2) usunięciu górnej części pochwy,
- 3) usunięciu z obu stron tkanek przymacicza (*parametria*), o ile dosięgnąć ich można,

¹⁾ Trudno pojąć, dlaczego autor zwraca się wyłącznie do lekarzy niemieckich?

(Przyp. spraw.)

- 4) usunięciu leżących w bliskim sąsiedztwie gruczołów limfatycznych t. zw. I-go etapu (*glandulae hypogastricae et iliacaе*).

III. Za podstawę do obliczenia wyniku trwałego operacyi służy okres 5-letni, wolny od nawrotu raka.

IV. Obliczenie wyniku trwałego operacyi dokonywa się według liczby operacyi radykalnych, po odliczeniu:

- 1) zmarłych wskutek operacyi,
- 2) tych, które usunęły się od obserwacyi,
- 3) zmarłych w ciągu 5-letniego okresu obserwacyjnego na chorobę przypadkową.

V. Liczbę absolutną wyleczeń obliczać się będzie po odliczeniu:

- 1) nie nadających się do operacyi,
- 2) zmarłych wskutek operacyi,
- 3) nawrotów raka po operacyi radykalnej.

(*Zentralblatt f. Gynäk. 1908. N. 6.*)

Zweygbaur.

28. Kurt Schulze. O wprowadzaniu tlenu do jamy otrzewnej w gruźliczej puchlinie brzusznej.

Technika tego zabiegu jest bardzo prosta. Jeżeli obecność wysięku w jamie brzusznej nie ulega żadnej wątpliwości, wbijamy trójkąt, przez który płyn zostaje usunięty. Nie czekając na wylanie się całkowitej ilości cieczy, z chwilą, gdy ta zaledwie wycieka, łączymy trójkąt ze zbiornikiem tlenu, którego napuszczamy do jamy otrzewnej w takiej ilości, aby brzuch był równie wzdęty, jak przed zabiegiem. Wtedy wyjmujemy trójkąt i ranę zasłaniamy plasterm lepkiem. Autor używał zwykle 500—1800 ctm. sz. tlenu, średnio—po 1500 ctm. sz. Obserwacye i wnioski autora opierają się na 7-miu przypadkach klinicznych. Otoż okazuje się, że wdmuchiwanie tlenu w gruźliczej puchlinie brzusznej chorzy wogóle znoszą dobrze. Mniej więcej w połowie przypadków występują przemijające lekkie objawy podrażnienia w postaci bólów i wymiotów, ewentualnie biegunki. Wkrótce po zabiegu wysięk ulega stopniowemu wchłanianiu, tylko w rzadkich wypadkach (1:7) koniecznym jest powtórzenie zabiegu. Możliwe są, oczywiście, późniejsze nawroty, co autor widział w jednym tylko przypadku. Po uwzględnieniu tego faktu, że wszystkie obserwowane przypadki bez różnicy były poddawane leczeniu, i że wszyscy chorzy pó 1½—2 latach są zdolni do pracy, autor czuje się zadowolonym z otrzymanych wyników. Co się tyczy objaśnienia, na czem polega działanie tlenu w danym razie, to, oczywiście, może tu być mowa jedynie o hipotezach, już od dawna znanych. W każdym bądź razie przez napełnienie brzucha tlenem wywołujemy pewne podrażnienie otrzewnej, na co wskazują niekiedy skargi chorych. Jakim jest bliższy mechanizm działania tego podrażnienia, czyto przekrwienie otrzewnej, czy też działanie chemiczne na wysięk, *resp.* laseczniki, pozostaje niewyjaśnionem. Tak czy owak, samo tylko wypuszczenie wysięku nie może wywrzeć silnego działania leczniczego, na co wyraźnie wskazuje doświadczenie kliniczne.

(*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., t. 18, z. 1.*)

W. Dobrowolski.

29. Umberto Carpi. O niedokrwistości w przebiegu gruźlicy.

Zależnie od rozmaitych okresów gruźlicy autor odróżnia kilka postaci niedokrwistości: 1) W początkowym okresie gruźlicy mamy do czynienia z niedokrwistością, dającą obraz podobny, jak przy blednicy: niewielka liczba białych ciałek wogóle, zmniejszona liczba ciałek wielojądrowych, pokaźna natomiast—limfocytów, brak komórek eozynofilowych, brak oddziaływania na jod. 2) W cokolwiek dalej posuniętym okresie rozwoju gruźlicy znajdujemy normalną, albo prawie normalną liczbę czerwonych ciałek i hemoglobiny. Objawia się to prawdopodobnie ogólnem zmniejszeniem ilości krwi, na co wskazuje też niskie ciśnienie krwi i niedokrwistość wszystkich narządów w tym okresie gruźlicy. Samo zaś zmniejszenie ogólnej ilości krwi łatwo sobie uprzytomnić, jeżeli przyjmiemy pod uwagę, iż osobniki gruźlicze tracą dużo płynów [pot, płwocina, biegunka, gorączka]. Liczba ciałek białych w tym okresie również jest prawie normalna, zato ciałka wielojądrowe znajdują się w większej liczbie; znajdują się również komórki eozynofilowe. Reakcyja na jod, jeżeli wogóle bywa, jest bardzo słaba. 3) W okresie ostrej gorączki przedewszystkiem można zaznaczyć zwiększenie się ciałek wielojądrowych, następnie zmniejszenie leukocytów. Liczba komórek eozynofilowych znajduje się w stosunku odwrotnym do stopnia nateżenia gorączki. 4) W przypadkach daleko posuniętej gruźlicy zawsze mamy do czynienia z ciężką niedokrwistością. Prawie stale widzimy tutaj znaczne zwiększenie ogólnej liczby ciałek białych, oraz zwiększenie liczby ciałek wielojądrowych. Reakcyja na jod daje wynik dodatni.

(*Wraczebnaja Gazeta*. 1907. N. 47).

W. Breszel.

Przegląd bibliograficzny.

GIEDROYĆ FR. DR. Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Warszawa. 1908. 8-o, str. 132.

Autor, „gromadząc materyały do dziejów sztuki lekarskiej Polsce, zapi-sywał również wiadomości o szpitalach, o ile napotykał je w źródłach dotąd niedrukowanych, mało komu znanych i niezawsze dostępnych.” Wiadomości w ten sposób zebrane stanowią uzupełnione opisów historycznych zapoczątko-wanych przez prof. GIRSZTOWTA i prowadzonych w dalszym ciągu przez dra MĘCZKOWSKIEGO. Taki opis historyczny szpitali, rozrzuconych ongi po zie-miach dawnej Polski, nie może być dziełem jednego człowieka; dlatego każdy, mający dostęp do odpowiednich materyałów, powinien je zbierać i drukiem ogłaszać, a znaczną przyniesie korzyść dla pracowników i dla dziejów kultury naszej, bo rozświetli ciemne dotąd dzieje dobroczynności publicznej w da-wnych wiekach. Wdzięczną tę pracę przedsięwziął autor i w znacznej mie-rze dobrze ją wykonał, za co słusznie należy mu się podziękowanie. Żeby

zaś czytelnik nie miał wątpliwości, o jakich to szpitalach mówi autor, objaśnienie podano na str. 13: „Obok szpitali istniały towarzystwa i zakłady udzielające pomocy w potrzebie, w nędzy, niedoli i chorobie. Rzecz ta przekracza atoli zakres niniejszego szkicu.” Powinniśmy przeto zapamiętać sobie to zastrzeżenie autora, że nie będzie mówił o przytułkach, ochronach, żłobkach i innych tego rodzaju instytucjach miłosiernych, a tylko o zakładach leczniczych, lazaretach.

Według sprawozdania „Deputacyi ogólnej do wejrzenia w stan i fundusz wszystkich w kraju szpitalów, ustanowionej dnia 4-go listopada 1791 r. przez Komisję Policyi”, wszystkich szpitalów było w Polsce 497; mianowicie: w Wielkopolsce 90, w Małopolsce 213, w W. Ks. Litewskiem 194 [str. 3]; ta cyfra wydaje się autorowi nieścisłą, albowiem niektóre szpitale nie weszły do lustracji, bo już podupadły, niektóre powstały później. Autor podał 542 miejscowości, gdzie były szpitale, a między niemi były takie, które miały ich po kilka, np. Kraków, Warszawa, Wilno i t. d. Spis autora nie jest również kompletny, albowiem sprawozdawca, stosując się do nomenklatury autora, „szpitali” takich naliczył znacznie więcej, przeglądając te dzieła, które autorowi służyły za źródło, a których spis przedrukowano na str. 2-iej, jak np.: Bąkowo, Brzesk, Iwanowice, Lubraniec, Łysa Góra, Pińczów, Soborzyce i t. d., i t. d.

Takie dzieło, jak obecne, posłużyć może i powinno za wiarogodne źródło dla przyszłych historyków szpitalnictwa w Polsce przy zachowaniu przez autora elementarnych prawideł ściśle przestrzeganych w pracach naukowych: każdy fakt powinien być poparty dokumentem, aby dać możność czytelnikowi sprawdzenia tego faktu, czyto rozpatrzeniem się w źródłach, z których czerpał autor, czy też dla porównania ze źródłami, jakimi rozporządza czytelnik; jeżeli zaś autor podaje ogólnikowo spis dzieł, któremi się posiłkował i na tem tylko poprzestaje, jak np. w obecnym wypadku, w takim razie czytelnik musi z konieczności polegać na sumiennosci autora i dopóty mu wierzyć, dopóki nie natrafi na jakieś bałamuctwo, z tych lub innych względów wynikłe.

Winienem zaznaczyć, że autor pominął drogę naukową i zmusza czytelnika, aby mu wierzył na słowo; jedynie wyciągi z Metryki Koronnej, stanowiące część trzecią omawianej pracy, są wszędzie przytoczone, ale, niestety, nie wszędzie te wyciągi, owe „zapiski” wspierają tekst, niekiedy są mu nawet przeciwne. To ostatnie można w ten sposób, w imieniu naturalnie autora, tłumaczyć: chcecie wyciągów z oryginałów to je macie; możecie im wierzyć lub nie; co do mnie—nie przywiązuję do nich większej wagi, niż do innych źródeł. Sprawozdawca uzasadnia powyższe kilku przykładami: na str. 33 autor pisze: „Kraków, szpital Ś-go Ducha założony w r. 1244 przez Jana PRANDOTĘ i oddany pod opiekę zakonnikom *de Saxia*.” Na str. 86 w zapisie 50 czytamy: „Item, post fundacionem et dotacionem hospitalis et conventus sancti Spiritus per prelatum Rmum dominum Jowonem Episcopum...” Któż więc założył ów szpital? Które źródło jest prawdziwe, a które bałamutne? Sprawozdawca sądzi, że Metryka jest źródłem pewnym, o drugim źródle sprawozdawca nie wie, bo go autor nie podał; z konieczności przeto zagląda sprawozdawca do Długosza Liber Beneficiorum tom III str. 38 i tam znajduje potwierdzenie tego co Metryka podaje. Na str. 34: „Szpital Panny Maryi z roku 1588 [BALIŃSKI i LIPIŃSKI—1628 [Zap. 61].” Sprawdzamy owe zapiski pod Nr. 61 i dowiadujemy się, że przywilej erekcyjny podpisał dnia 6 października 1628 r. Marcin SZYSZKOWSKI biskup krakowski. Ponieważ odtąd wierzymy Metryce, więc zapytujemy się autora co oznacza ta data 1588. Czy to o niej wspomina BALIŃSKI i LIPIŃSKI w „Starożytnej Polsce”. Dlaczego autor nie dopisał, który tom, stronica i które wydanie? Zapewniam autora że w pracy naukowej podobne

nawiasy nie nie objaśniające sprowadzają zamęt w umyśle czytelnika, gdyż nie wie, która z podanych dwu dat jest prawdziwa; więcej cierpliwy, naśladowując sprawozdawcę, przejrzy pierwsze wydanie „Starożytnej Polski, tom II, artykuł „Kraków“ i przekona się, że to czego szuka, nie znajduje się. Takie cytowanie źródeł jest bałamuctwem, na szczęście dla czytelnika więcej nie powtarzającym się, bo autor z zasady nie podaje źródeł, oprócz zapisek. Dowiadujemy się od autora że Krobia miała dwa szpitale, a o jednym z nich mówi wizyta Happa z r. 1610, i autor przywodzi w cudzysłowie opis tej wizyty, ale przyjętym przez siebie zwyczajem, o czym wyżej, nie podaje źródła [str. 34]. Opisując szpital w Lubawie, autor mówi: „Znalazłem wiadomość, że szpital w Lubawie fundował...“, gdzie tę wiadomość znalazł i czy ona jest wiarogodną, nie dowiaduje się czytelnik i musi na słowo wierzyć autorowi. Streszczając się zaznaczamy, że autor często podaje dłuższe lub krótsze wyciągi opatrzone cudzysłowami, lecz nigdy nie wskazuje skąd je zaczerpnął. Ta metoda pisania pracy historycznej, opartej „na źródłach dotąd niedrukowanych, mało komu znanych i niezawsze dostępnych“, nie jest nauką. Na takiej pracy polegać nie można, jako na pracy źródłowej—co sprawozdawca ze smutkiem zaznacza. Zapewne, autor może się tem zaślaniać, że wyrobiwszy sobie imię sumiennego pracownika na niwie historycznej, nie spodziewał się ze strony sprawozdawcy podobnego zarzutu; nie podawał cytat potwierdzających każdy fakt, bo to zepsułoby książkę, pstrząc ją nawiasami, a taka pstrocizna uwłaczałaby względem estetycznym.

Sprawozdawca o brak sumiennosci nie posądza autora, lecz o niedopuszczalną w pracach naukowych metodę. O dalszych konsekwencyach z takiej metody pisania wypływających mówić nie będziemy, a przechodzimy do jednej jeszcze sprawy zaledwie zaznaczonej. Wyżej była mowa, że autor ściśle odróżnia zakłady lecznicze od innych zakładów dobroczynnych i że w omawianej pracy tylko o pierwszych mówi. Gdyby to było prawdą, że w dawnej Polsce mieliśmy tyle zakładów leczniczych, ile ich spisał autor, mielibyśmy wyraźny dowód, żeśmy przodowali Europie, która, zapewne nie miała tylu zakładów leczniczych; żeśmy kulturalnie bardzo nisko upadli, bo ileż dzisiaj mamy szpitali? Niestety, to nieprawda! Dziś, mamy szpitali bardzo mało; sto lat temu było ich znacznie mniej; dwieście zaś, trzysta lat temu, prawie, że nie mieliśmy szpitali. A owe 512 szpitali autora, są to—owe zakłady udzielające pomocy w potrzebie, w nędzy, w niedoli i chorobie, o których na str. 13-ej autor wspomina i zarzeka się, że o nich mówić nie będzie, a wyłącznie tym zakładom miłosiernym książkę swą poświęcił, wyjątkowo tylko wspominając o zakładach leczniczych, gdyż wyjątkowo je spotykał. Czy książka autora traci przez to na wartości? Bynajmniej. Wartość jej jest znaczną, ale tytuł nie odpowiada treści dzieła. Naszem gorącym życzeniem jest, aby autor cenną swą pracę uzupełnił podaniem we właściwym miejscu właściwych źródeł, zmienił tytuł, stosownie zmodyfikował część pierwszą i tak uzupełnione i poprawione dzieło przedrukował na świadectwo dzisiejszemu pokoleniu, jakie to były zabiegi ojców naszych, aby ulżyć niedoli i nędzy bezdomnych, kalek i sierot.

JÓZEF BIELIŃSKI.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 29-go listopada 1907 r.

STANKIEWICZ CZESEAW przedstawił:

1) Kobieta, u której przed 10 $\frac{1}{2}$ miesiącami wykonał z powodu *adenocarcinoma corporis uteri incipiens* [rozpoznanie drobnowidzowe] operację wycięcia macicy i przydatków drogą brzusznią, sposobem JONNESCO'a. W trzecim tygodniu po operacji wytworzyły się ze stron obu przetoki moczowodo-pochwowe, jak się zdaje—w następstwie zbyt ścisłego trzymania się przepisów JONNESCO'a przy izolowaniu moczowodów. Przetoki te zamknęły się samodzielnie w 4, *resp.* 10 miesięcy po operacji. Z operacją przetok nie śpieszono, gdyż, jak wiadomo, przetoki moczowodo-pochwowe pooperacyjne, o ile zgorzeli ulega tylko część ściany moczowodu, często goją się dobrowolnie. W danym przypadku stosowano w celach rozpoznawczych cystokopię i cewnikowanie moczowodu.

Preparat anatomiczny przedstawia macicę, znacznie powiększoną, bez zmian złośliwych, widocznych makroskopowo; przydatki obustronne w moczonych zrostach pomiędzy sobą i z macicą.

2) Dwa preparaty wyrostków robaczkowych, operowane nowym sposobem KOCHER'a [zmiążdżenie wyrostka u nasady, przewiązanie w miejscu zmiążdżenia, przecięcie również w miejscu zmiążdżenia, wpochwienie malutkiego kikuta w ścianę кишки ślepej zapomocą szwu kapciuchowego). Chore wyzdrowiały.

3) Dwa preparaty macicy i przydatków, otrzymane drogą pochwową z przypadków *exochorionoma malignum (chorion-epithelioma)*. Obydwa przypadki rozwinęły się po zaściadzie groniastym; w obydwu były przerzuty w pochwie, które również usunięto. Chore zniosły dobrze zabieg operacyjny. Obydwa przypadki zostaną szczegółowo opisane.

RYLEKO przedstawił wycięty przez siebie drogą cięcia brzusznej ciąży jajowód w 3 godziny po pęknięciu do wolnej jamy brzusznej. Jajowód ten, lewostronny jest mocno rozdęty, koniec jego zewnętrzny niedrożny; na górnym biegunie nadpęknięcie długości około $\frac{1}{2}$ ctm. Po przecięciu jajowodu znaleziono w głębi płód, długości około 1 ctm.

Dokładnie określić, jak daleko była posunięta ciąża, trudno, gdyż chora nie miała wcale zatrzymania peryodu, a pęknięcie nastąpiło w parę dni po ostatnim peryodzie, który się zjawił na czas. Korzystając z omawianego przypadku, R. wspominał, że w roku bieżącym, na czerwcowym posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Ginekologicznego ORTHMANN wystąpił z propozycją, aby ciążę jajowodową, nawet w okresie świeżego pęknięcia, operować wyłącznie drogą pochwową w celu uniknięcia wstrząsu, późniejszych przepuklin i t. d. Biorący udział w dyskusji przeważnie zaznaczyli, że o ile chętnie posługują się metodą pochwową w przypadkach następczych (*haematocoele*, zropienie) lub wrzecz dokładnego określenia ciąży jajowodowej przed pęknię-

ciem, o tyle nie bardzoby się pisali na tę drogę w przypadkach świeżego pęknięcia. Jako motywy podawali niektórzy, że objawy wskutek pęknięcia jajowodu ciężarnego, jak oto: omdlenie, zapaść, wzdęcie brzucha, wymioty i t. d., bardzo często istnieją i przy innych ostrych sprawach, jak przy przedziurawieniu wrzodu żołądka, przy *appendicitis* i t. d. tak, iż w niektórych przypadkach stawia się rozpoznanie tylko prawdopodobne, a nie pewne. R. sądzi, iż z powodów powyższych, jak również, specjalnie u nas, z powodu niedość jeszcze rozpowszechnionej techniki pochwowej, cięcie brzuszne przy świeżych pęknięciach będzie miało długo jeszcze wyższość, gdyż daje możliwość łatwiejszego oryentowania się.

KARCZEWSKI pokazał 2 preparaty, uzyskane z przypadków następujących: Przypadek I dotyczył chorej, skierowanej do K. przez NEUGEBAUER'a, który dostarczył następujących danych anamnestycznych: Panna M. S. lat 20, skierowana do szpitala ewangelickiego przez dra TALHEIM'a, zapisała się dnia 4-go VI. 1904 r. Rozpoznano torbiel jajnika lewego wielkich rozmiarów i po trzech dniach dokonano laparotomii w celu usunięcia torbieli. Operował JANCZEWSKI. Torbiel okazała się ściśle zrośniętą tak ze ścianą brzuszna, jak i ze siecią i kiszka. Ściany torbieli były tak krucho, że się rwały, gdzie tylko je uchwycono. O wydobyciu guza w całości nie mogło być mowy; wobec takich warunków JANCZEWSKI zmuszony był część ścian guza pozostawić w jamie brzusznej; poszesywał brzegi pozostawionej części torbieli z brzegami rany brzusznej—dokonał t. zw. marsupializacji guza. Otrzewna usiana była gruzelkami tuberkulicznymi. Cięcie brzuszne przewyższało pępek. Jamę powstałą wypełniono workiem MIKULICZA, górną część rany brzusznej zaszyto.

Szwy usunięto 14. VI. W następstwie traktowano jamę pozostałą, jak ropień. Po miesiącu — dla przyspieszenia ukończenia kuracji, okrwawiono brzegi szerokiej jeszcze bardzo przetoki, pozostawiając tylko u dołu otwór, przez który wprowadzono sączek z gazy jodoformowej. Okrwawienia dokonał JANCZEWSKI d. 5. VII, zaś dnia 12-go szwy usunął. *Prima reunio vulneris consuti*. Chora wypisała się d. 23. VII, wyjeżdżając na wieś. W końcu roku, mianowicie d. 8. XII. 1904 r., chora powróciła do szpitala, ponieważ przetoka nie tylko się nie zamknęła, lecz powstała *sponte* jeszcze druga przetoka w górnym końcu blizny. Zgłębnik, wprowadzony do dolnej przetoki, wychodził na zewnątrz przez przetokę górną. Dnia 13. I. 1905 r. rozłupano długi most pomiędzy dwiema przetokami, całą jamę wyskrobano; w następstwie stosowano *adstringentia*. Rana posiadała bardzo mało tendencji do zamknięcia się, co przypisywano gruźlicy. Chora d. 15. IV. powróciła do domu z ropiejącą przetoką.

Dnia 10. III. 1907 r., czyli po trzech latach, chora, której stan ogólny znacznie się poprawił, ponownie zapisała się do szpitala. Tym razem skonstatowano na terytorium kooperacyjnym aż cztery przetoki, z których trzy prowadziły wgląb. Stosowano wyskrobania, *adstringentia*, wstrzyknięcia rozczyну lapisu do głębi przetok, zastasowano tlen pod ciśnieniem sposobem zalecanym przez THIRIAR'a, lecz wszystko daremnie. Chora wtedy wyjechała do Druskienik na czas dłuższy. Obecnie, w październiku 1907 r. chora ponownie się zgłosiła, opowiadając, że od jakiegoś czasu podczas miesiączkowania z jednej z przetok wydziela się krew i że czasami gazy uchodzą przez przetoki. Przy dwuręcznym badaniu wycmano guz, wielkości mniej więcej pięści, ściśle złączony ze ścianą brzuszna, którego charakteru nie sposób było bliżej określić na razie. Przypuszczano komunikację środkowej przetoki z jajowodem z powodu krwawienia, o którym mówiła chora, dalej z po-

wodu wyglądu samej przetoki, w której sterczał twór, przypominający wyglądem *morsus diaboli*. Były to jednak tylko przypuszczenia.

Zobaczywszy chorą po raz pierwszy 18-go października 1907 roku, KARCEWSKI stwierdził, że wszystkie przetoki prowadziły włąb do jednego ogniska, które czyniło wrażenie guza, wychodzącego z przydatków macicznych i przyklejonego do przedniej ściany brzusznej, nacieczonej na znacznej przestrzeni. Ze względu na istnienie gruzłków, stwierdzonych podczas operacji, dokonanej przez JANCZEWSKIEGO, jak również—na uporczywość ropienia, którego źródłem nie mogły być tkwiące w głębi podwiązki, [ponieważ J. podczas operacji nie pogrążył ani jednego szwu], K. przyszedł do wniosku, że guz niewątpliwie był natury gruźliczej. Uchodzenie gazów przez przetoki wskazywało na połączenie ogniska ropiejącego ze światłem kiszki. Powikłanie to było dość niepomysłne, można było bowiem tłómaczyć je, jako rozszerzenie sprawy gruźliczej na jelita. Ponieważ jednak pozatem w organach wewnętrznych, przedewszystkiem zaś w płucach, nie wykryto zmian wybitnych, a ogólny stan chorej był stosunkowo niezły, K. postanowił dokonać operacji doszczętniej. W tym celu w d. 20. X. chora zapisała się do szpitala Dzieciątka Jezus. Do operacji przystąpiono w dniu 28. X. 1907 r. Dookoła nacieczenia w ścianie brzusznej wykonano cięcie w kształcie podłużnego owalu, poprzez skórę i tkankę tłuszczową; brzegi skórne podminowano i zeszyto w linii pośrodkowej; tym sposobem zakryto całkowicie powierzchnię owrzodziłą. Podczas dokonywania cięcia owalnego nie chcąc otworzyć z lewej strony u góry jamę brzuszną, na długości 1-go ctm. Dziurę tę tymczasowo zatkało gazą. Po okrajaniu i zeszytciu brzegów skóry, poczynając od miejsca mimowolnego otwarcia jamy brzusznej, dookoła nacieczenia okrajano powięź i otrzewną i guz wyłoniono na zewnątrz. Guz był położony z tyłu i z lewej strony macicy i ściśle z nią spojony, wielkością dosięgał pięści. Kiszki cienkie, które były zupełnie wolne, pokryte błyszczącą zdrową otrzewną, odsunięto ku przeponi i ochroniono serwetami. Od tyłu do guza była przyklejona sieć, którą podwiązano w trzech porcyach i odcięto. Pod siecią znaleziono przyklejoną do guza kiszkę grubą (*S. romanum*), którą oddzielono na tępo. Po oddzieleniu kiszki znaleziono w miejscu przerostu dwie dziurki w kiszce, wielkości grochu, rozdzielone mostkiem szerokości 1-go ctm. W celu zamknięcia dziurek, na kiszkę nałożono szew trzypiętrowy [2 piętra z jedwabiu, 3-e z katgut] w kierunku poprzecznym do osi kiszki. Następnie oddzielono guz od macicy. Okazało się, że były to zmienione przydatki lewe [jajowód], których szypułkę podwiązano katgutem w kilku porcyach i przecięto. Prawy jajowód był zlepiony z jajnikiem, zarosnięty w końcu brzuszny i przylepiony z przodu do pęcherza. Jajnik oddzielono od jajowodu, koniec przymaciczny jajowodu przecięto i odłuszczone jajowód od pęcherza. Po odłuszczeniu jajowodu okazało się, że w pęcherzu istnieje otwór wielkości grochu. Otwór zamknięto szwem trzypiętrowym z katgut [pierwsze piętro—szew kapciuchowy, dwa następne—ciągłe]. Do zagłębienia DOUGLAS'a wprowadzono worek z gazy jodoformowej i wyprowadzono go przez dolny kąt rany. Górną część rany zaszyto szwem dwupiętrowym [na powięź i otrzewną szew ciągły z katgut, na skórę węzełkowy z fil de Florence].

St. Cykowski.

[D. n.].

Wiadomości bieżące.

— Wyszło z druku Sprawozdanie z posiedzeń naukowych w sekcjach X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, wydane przez Komitet Gospodarczy pod redakcją prof. dra WŁODZIMIERZA SIERADZKIEGO. Cena księgarska 10 koron. Lwów. Nakładem Wydziału Gospodarczego X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich 1907/8, str. 287 dużej 4—i.

Wydawnictwo to, zawarte w 35-u arkuszach druku, przedstawia się co do formy wytwornie, a pod względem treści posiada niezaprzeczoną wartość teoretyczno-naukową i praktyczną. Sprawozdanie to przynosi prawdziwy zaszczyt naszym przedkolegom sekretarzom oddzielnych sekcji, a częściowo i gospodarzom sekcyjnym, którzy włożyli dużo trudu i starań, aby nagromadzony materiał rozsegregować, ułożyć, a nawet odtworzyć całość z oddzielnych myśli i zdań, wypowiedzianych podczas rozpraw, powtórę—sprawozdanie to daje wymowne świadectwo o umiejętności redakcji w osobie prof. W. SIERADZKIEGO, która miała do przezwyciężenia niemałe trudności przy układaniu tak złożonego, na tyle zbiorowego dzieła, gdyż wzięło w niem udział kilkuset autorów. Nawet trudności natury technicznej sprzymierzyły się, aby redakcji rzecz utrudnić, gdyż, jak to czytamy we wstępie, brak papieru w drukarni, wywołany brakiem wagonów na kolejach austriackich powstrzymał druk sprawozdania na cały miesiąc.

Sprawozdanie niniejsze odzwierciedla w całości ten ruch naukowy, który panował podczas X Zjazdu, a przez treść swą uważane być może za dzieło naukowe poważniejszego znaczenia z zakresu wiedzy przyrodniczo lekarskiej.

Jest ono także miłą i drogocenną pamiątką dla uczestników niezapomnianych dni X Zjazdu, który dzięki Komitetowi Gospodarczemu, na czele ze swym Przewodniczącym, oraz Gospodarzom oddzielnych sekcji zasłużył sobie na wdzięczne wspomnienie u biorących w nim udział.

— Pierwsza krajowa wystawa w drojowa.

Od Komitetu wystawy zdrojowej w Ciechocinku otrzymujemy następującą odezwę:

Spółceństwo nasze od szeregu miesięcy ugina się pod ciężarem przesilenia ekonomicznego, panującego na wszystkich niemal polach wytwórczości rodzimej. Różne odłamy sfer intelligentnych dokładają możliwych starań, aby podźwignąć chylący się do upadku przemysł krajowy, wskazując źródła swojskie, gdzie możemy zaspokajać nasze potrzeby kulturalne, troszcząc się wreszcie, aby handel i przemysł polski uwolnić od hańbiącej zależności od Niemców.

Jednem z poważnych źródeł bogactwa narodowego stać się mogą źródła ojczyznie przy racjonalnym ich rozwoju i eksploatacji, a przede wszystkim przy gorącym poparciu ogółu.

Przed kilku laty dzięki nawoływaniom prasy zdawało się, że nastąpiła nowa era dla zdrojownictwa polskiego. W zdrojowiskach i uzdrowiskach naszych zaroiło się od gości, którzy dotychczas w obcych „badach“ szukali zdrowia i wypoczynku.

Niestety, ogień słomiany zgasł wkrótce...

A przecież nie ulega żadnej wątpliwości, że tylko stała, serdeczna opieka i współdziałanie ogółu mogą postawić zdrojowiska nasze na stopie, czyniącej wartość wszystkim wymaganiom kulturalnego człowieka.

Zarząd Towarzystwa przyjaciół Ciechocinka, chcąc przypomnieć znowu społeczeństwu o zdrojowiskach ojczyznych, zwrócić uwagę na ich obecny stan rozwo-

ju, a jednocześnie wykazać, co wytwarzamy sami w dziedzinach, związanych z leczeniem kąpielowem, urzęda w Ciechocinku, tym najwspanialszym z leczniczych źródeł polskich, dzięki uprzejmej pomocy ze strony Komitetu ciechocińskiego, pierwszą krajową Wystawę zdrojową na początku sezonu leczniczego r. b.

Wystawa obejmować będzie następujące działy:

I. Ekspozyty zdrojowisk i uzdrowisk krajowych.

II. Urządzenia balneotechniczne [maszyny, wanny, urządzenia elektro hydro-mechano-terapeutyczne, inhalatory, termometry, zegary, wagi, urządzenia łaźnienek].

III. Przetwory lecznicze, służące do przyrządzania i wzmacniania kąpeli [ekstrakty, ługi, szlamy, sole mineralne].

IV. Środki odżywcze, stosowane w leczeniu kąpielowem [kumys, kefir, mleko bułgarskie i ich przygotowanie, przetwory chemiczne, mączki, ekstrakty, wina lecznicze i t. d.].

Oraz wody mineralne, naturalne i sztuczne i ich przygotowanie.

V. Mieszkania [wzorowe urządzenie wili (w planach i modelach): pokojów, kuchni, ustępów, ogrzewanie, kanalizacja, wodociągi, umeblowanie i t. d.].

Odżywianie kuracuszów [restauracje, kuchnie pensjonackie, kuchnie higieniczno-dyetyetyczne i t. d.].

VI. Środki przewozowe ogólne i specjalne [wózki do przewożenia chorych, welo-cypedy, lektyki, karetki i t. d.].

VII. Sport i rozrywki kąpielowe.

VIII. Literatura balneologiczna, dotycząca Ciechocinka i innych zdrojowisk. Wystawa otwarta będzie dnia 7-go czerwca [pierwszy dzień Zielonych Świąt].

Na czele wystawy stoi komitet, do którego grona wchodzi członkowie zarządu Towarz. przyjaciół Ciechocinka: dr. W. BIESIEKIEWSKI, dr. K. CIAGLIŃSKI [wice-prezes], dr J. GRUDZIŃSKI, dr H. LUBOWSKI [prezes], dr A. PYRZ [skarbnik], dr med. H. RÜPPERT, oraz pp. dr F. ARNSTEIN, dr J. BANDROWSKI, redaktorem Zdroju ciechocińskiego, inż. R. BOJARSKI, St. GĘBOZYŃSKI, ks. kan. MIRBCKI, inż. Sz. NEBELSKI, J. WOLMAN.

Wszelką korespondencję dotyczącą wystawy przyjmuje członek zarządu Tow., sekretarz dr L. LORENTOWICZ [Warszawa, Marszałkowska 110].

— Konkurs na pracę naukową z dziedziny badań nad rakiem.

Komitet do badania i zwalczania raka przy Warszawskim Towarzystwie Higienicznym ogłasza niniejszem konkurs na oryginalną pracę naukową z dziedziny badania lub leczenia raka na warunkach następujących:

1) Za najlepszą pracę [z uznanych przez sąd konkursowy za kwalifikujące się do nagrody] wyznacza się nagroda pieniężna w ilości rub. 300.

2) Przedmiotem pracy konkursowej mogą być:

- a) Badania anatomo - patologiczne raka i innych nowotworów złośliwych.
- b) Doświadczalne badania nad szczepieniem raka i uodpornianiem zwierząt.
- c) Badania przemiany materii u chorych dotkniętych rakiem.
- d) Statystyczne opracowanie przypadków raka w jednym ze szpitali pod względem klinicznym i sekcyjnym.
- e) Badania nad leczeniem raka wogóle, oraz poszczególnych narządów.

- 3) Praca powinna być napisana w języku polskim i opatrzona godłem.
- 4) Nazwisko i adres autora powinny być dołączone w zapieczętowanej kopercie z godłem.
- 5) Praca nagrodzona, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich.
- 6) Termin ostateczny nadsyłania prac oznacza się na dzień I marca 1910 r.
- 7) Wynik konkursu będzie ogłoszony w przeciągu miesiąca, a po ogłoszeniu wyniku bezzwłocznie nagroda zostanie wypłacona.
- 8) Sąd konkursowy składa się z następujących lekarzy: J. JAWORSKI, Fr. KIJEWSKI, prof. E. PRZEWOSKI, M. REJCHMAN i S. SERKOWSKI.
- 9) Prace konkursowe nadsyłać należy do Komitetu do badania i zwalczania raka. Warszawa, Towarzystwo Hygieniczne [Krakowskie-Przedmieście 66].

— Dnia 17-go b. m. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie obchodziło uroczyste 50-lecie sekretarza administracyjnego p. JANKOWSKIEGO. Przemawiali prezes Towarzystwa kol. KAMOCKI i zarządzający Kasą Wsparcia kol. JAKOWSKI, który wręczył pamiątkę od członków Towarzystwa. Gazeta Lekarska składa Czcigodnemu Jubilatowi wyrazy głębokiego uznania za Jego wysoce pożyteczną półwiekową działalność dla dobra naszego Towarzystwa.

NEKROLOGIA.

— * — * —

Ś. p. Józef Kuniewicz.

Smutnem nadwyraz echem odbiła się wśród kolegów i przyjaciół żałobna wieść o nagłej śmierci JÓZEFA KUNIEWICZA. „Zmarł wzorowy lekarz i zacny człowiek” powtarzano dokoła, uprzytomniając sobie sympatyczną i poważną postać zmarłego. Cicho, skromnie, bez rozgłosu, lecz w pracy ciężkiej i uczciwej zbiegło życie całe KUNIEWICZOWI: idąc za głosem swego szczytnego powołania, niósł pomoc lekarską matkom i noworodkom w najkrytyczniejszych chwilach ich życia. Pojmując zawód swój jako kapłaństwo, usług swych nigdy chorym nie odmawiał, śpiesząc zawsze na pierwsze wezwanie z chętną pomocą. To też prędko zjednał sobie uznanie i dużą wziętość u publiczności warszawskiej, jako lekarz sumienny i nadzwyczaj bezinteresowny. Uczynność zaś Jego dla kolegów, których rodzinom śpieszył chętnie z pomocą lekarską, była przez nich wyróżniana z wdzięcznością. Ciężko pracując i nie oszczędzając wcale sił swoich, KUNIEWICZ wcześniej zaczął podu-

padać na zdrowiu, rozwinęła się choroba serca, której też w krótkce uległ, dożywszy lat 57.

Ś. p. JÓZEF KUNIEWICZ urodził się w r. 1850; do szkół uczęszczał w Warszawie, wydział lekarski ukończył w roku 1877; następnie jako lekarz brał udział w wojnie rosyjsko-tureckiej. Po opuszczeniu służby wojskowej wyjechał na studia do Paryża i Pragi czeskiej, gdzie przez lat kilka zajmował się specjalnie ginekologią i akuszeryą. Po powrocie do kraju został w r. 1884 mianowany ordynatorem kliniki położniczej i na tej posadzie pozostawał przez 3 lata, poczem był przez czas pewien ordynatorem ambulatoryum szpitala Św. Rocha i wreszcie zostawszy współwłaścicielem warszawskiego Zakładu Ginekologicznego, pracował w nim bez przerwy do ostatniej chwili. Na wszystkich tych posterunkach odznaczał się KUNIEWICZ pracowitością i nadzwyczajną w spełnianiu swych obowiązków sumiennością.

Wstępnego do kliniki położniczej przypadł na te smutne czasy, kiedy gorączka połogowa zbierała tam wśród położnic dość pokaźne jeszcze dla siebie żniwo. Zasady metody przeciwnilnej, aczkolwiek już poznawane, nie zdołały jednak jeszcze zapuścić głębszych korzeni wśród personelu lekarskiego kliniki; to też wiele jeszcze grzechów przeciwko antyseptyce popełniano. Młody, pełen zapału ordynator z całą gorliwością i wiarą w skuteczność antyseptyki jał się ciężkiej pracy nad poprawą warunków higienicznych kliniki, wciąż więc przekonywał o wartości metody zapobiegawczej i nauczał procedur metody przeciwnilnej. Słowem i piórem starał się zaszczepić metodę tę u nas w położnictwie, wykazując całą doniosłość i zbawienność prostych a skutecznych jej zasad. Drukował więc w tym czasie w „Zdrowiu” kilka prac z zakresu higieny i profilaktyki połogu [„Jak zabezpieczyć rodzaje od chorób połogowych“. *Zdrowie* 1885, Nr. 2.—„Dom przedporodowy“. *Zdrowie* 1886, Nr. 11.—„Korek, pozwalający każdą większą butelkę zamienić na irygator“. *Zdrowie* 1887, Nr. 27]; wziął też udział w I Wystawie Hygienicznej w Warszawie, przedstawivszy poglądowo całe urządzenie wzorowej izby porodowej. Jako nowość, urządzenia KUNIEWICZA bardzo się naówczas podobały, a usiłowania jego pozyskały sobie uznanie powszechne.

Oddawszy się pracy zawodowej, praktyce lekarskiej, nie porzucił jednak wcale badań naukowych. Zostawszy współwłaścicielem Zakładu Ginekologicznego, stale i z zamiłowaniem zajmował się studjami nad anatomią patologiczną w pracowni Zakładu, śledząc wciąż postępy nauki specjalnej, przez siebie umiłowanej. W notatach KUNIEWICZA znalazłby się nie jeden przyczynek do badań naukowych, nie jedno potwierdzenie lub sprostowanie dotychczasowych poglądów anatomo-patologicznych, lecz wrodzona skromność powstrzymywała Go stale od ogłaszania swych badań. Z wynikami ich jednak zapoznawał chętnie współtowarzyszów Zakładu, którzy wiedzę Jego w tym względzie wysoko cenili.

Z usposobienia łagodny i pogodny, w życiu powszedniem uprzejmy, wyrozumiały i koleżeński, pozyskał sobie KUNIEWICZ serca tych wszystkich, z którymi w bliższych pozostawał stosunkach. To też z wielkim żalem odprowadziliśmy tłumnie w dniu 14 b. m. zwłoki Jego na miejsce wczesnego spoczynku.

Cześć Jego zacnej pamięci!

Zweygbaum.

SPROSTOWANIE. W Nr. 1 str. 4 w odnośniku po słowach „ARNETH. Die neutr. weis. Blutk. str. 18“ opuszczono: „przypadek Dr R. i EIM“.

- Nr. 2, str. 37, wiersz 14-ty od góry zamiast: ZEISSNER'a powinno być: ZEISS'a.
" " " 19-ty " " " ciałek " " nitek.
Nr. 3, " 56 w nagłówku tablicy " J. K. " " J. R.
Nr. 4, " 71 wiersz 5-ty od dołu " 10⁰/₀ " " 15⁰/₀.
" " 72 na tablicy w rubryce z dnia 20. V. 07, pod II klasą 2K opuszczono cyfrę 2.
Nr. 6, " 119 wiersz 4-y od góry zamiast: 25⁰/₀ powinno być: 27⁰/₀.
" " 121 na tablicy w rubryce z d. 1. IV, 07 zamiast:
23⁰/₀—59⁰/₀—15⁰/₀—3⁰/₀ powinno być:
12⁰/₀—44⁰/₀—34⁰/₀—9⁰/₀.
Nr. 8, str. 169 wiersz 3-i od góry zamiast: stają, powinno być: stoją.
" " 171 " 9-ty " " PETRUSCHKY'ego winno, powinno być:
PETRUSCHKY'go. Winno
" " 171 " 4-ty od dołu zamiast: dwie, powinno być: duże.
" " 172 " 7-y od góry zamiast: GOETZEL'a powinno być: GOETSCH'a.
Nr. 9, " 191 na tablicy zamiast: 9¹/₂ z rana naczczo, 9-te wstrzyknięcie tuberkuliny,
powinno być: 9-ta godzina, wstrzyknięcie tuberkuliny.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, będzie przyznana przez Towarzystwo w dniu 15-m października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra KONITZA, nagroda pieniężna w kwocie 500 rub., za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszerji, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1-go kwietnia 1905 r. do dnia 31 marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzielona, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31-go marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia KONITZA. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa Lekars., zwraca się na własność autorowi.

Sekretarz Stały, *A. Sokołowski.*

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.