

# GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynek do rentgenoterapii grzybicy guzowatej (*mycosis fungoides*) oraz słów kilka o zmianach histopatologicznych w tkance naświetlanej.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza.

Tak zwana *mycosis fungoides* czyli grzybica guzowata do niedawna stała się jedną z najciemniejszych stron lecznictwa dermatologicznego. *Non possumus*—mówiły wiedza i sztuka lekarska, a niemoc swą rozszerzyła nawet na leczenie objawowe tej strasznej, zawsze śmiertelnej choroby. Z całego szeregu środków, różnymi czasy powoływanych do walki z wrogiem, tylko jeszcze z jednym, mianowicie z arsenikiem liczyć się można na seryo. Lecz i jego działanie jest w tej chorobie nazbyt niepewne, kapryśne, a w bardzo wielu przypadkach nawet zgoła zawodne tak, że polegać na tym leku bynajmniej nie możemy. Dopiero 1902 rok czyni doniosły przełom w dziejach leczenia choroby ALIBERT'a, ujawniając w pracy SCHOLTZ'a dodatnie działanie promieni ROENTGEN'a na twory *mycosis fungoides*. SCHOLTZ naświetlał 3 przypadki grzybicy guzowatej i stwierdził, że pod wpływem promieni X trwale znikły zarówno ogniska przedguzowe [premykotyczne], jak i same guzy.

Fakt był nazbyt doniosły, aby nie miał wzbudzić powszechnego zainteresowania. Do wszechstronnego zbadania kwestyi niezbędne jednak były dalsze a liczne spostrzeżenia, należało wypracować technikę, określić wskazania lecznicze i t. p. Niebawem też ukazał się cały szereg prac, poświęconych rentgenoterapii grzybicy guzowatej, a sprawa ta i po dzień dzisiejszy nie przestaje być nader aktualną. Z autorów [prócz SCHOLTZ'a]—WALKER



i BROOK, HYDE, MARSH, RIEHL, JAMIESON i HUIE, CARRIER, LUSTGARTEN, BRINKLEY, DUBOIS-HAVENITH, BROcq, BISSÉRIÉ, BELOT, KIENBOECK, SCHIFF, WINTERNITZ, GAUCHER, GASTOU, BOISSEAU, MARKLEY, WHEITE i BURNS, WERTHER, AUDRY i COMBELKRA, SCHOURP i FREUND, ZUMBUSCH, GEORGE T. JACKSON, HALLOPEAU, HERXHEIMFR i HUEBNER i wielu innych nie mało się przyczynili do wyświe tlenia rentgenoterapii *mycosis fungoides*. Prace te, jak dotychczas, uwydatniły dwa stanowczo stwierdzone fakty. Pierwszy z nich udowadnia, że rentgenoterapia nie jest zdolna wyleczyć ostatecznie grzybicy guzowatej, drugi podnosi tę ważną okoliczność, że w promieniach X zyskaliśmy potężny, niemal niezawodny sposób leczenia objawowego tej choroby. Tak więc pod wpływem naświetlania znikają wszelkie tak różnorodne wykwity okresu przedguzowego [premykotycznego], wchłaniają się guzy, oczyszczają się i bardzo szybko zablizniają rozległe nieraz i głębokie owrządzenia, grożące choremu posocznicą. Również znika wielce dokuczliwe swędzenie, które stopniem natężenia i ciągłości trwania nieraz doprowadza chorego do desperacji i wskutek tego stanowi jeden z najważniejszych — przynajmniej pod względem podmiotowym — objawów omawianej choroby.

Ten dodatni a wielce dobroczynny wpływ promieni ROENTGEN'a na tworzy grzybicy guzowatej jaskrawo uwydatnia się zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie uprzednio przeprowadzone leczenie arsenikowe zakończyło się najzupełniejszym niepowodzeniem. Tak się rzecz miała w przypadku RIEHL'a, a także w jednym ze spostrzeżeń WINTERNITZ'a. Tę samą okoliczność podnosi BELOT, a również ZUMBUSCH wyraźnie zaznacza, iż w jego przypadkach arsenik zawiódł pokładane w nim nadzieje. Mając więc na względzie takie fakty, sądzę, że leczenie każdego przypadku grzybicy guzowatej należy natychmiast rozpocząć od stosowania rentgenoterapii [bez względu na okres, w którym się choroba znajduje], arsenik zaś podawać później, albo co lepiej—jednocześnie. Tak właśnie postąpiłem w przypadku *mycosis fungoides*, którego opis poniżej podaję.

W. J., 54 lat, rzeźnik z Kutna, skierowany do mnie przez kol. SZYMAŃSKIEGO i TROCZEWSKIEGO, został zapisany do szpitala Św. Łazarza 31. XII. 1906 roku.

Przed 3—4 lata chory po raz pierwszy zwrócił uwagę na suche, łuską pokryte a silnie swędzące miejsca na skórze goleni i przedramion. Swędzenie było bardzo dokuczliwe, lecz znikło przy stosowaniu środków zewnętrznych, wskutek czego chory wkrótce przestał się interesować stanem swojej skóry. Obecne cierpienie, z którym chory zwrócił się do szpitala, rozpoczęło się mniej więcej przed rokiem. Początkowo chory zauważył obfite łuszczenie skóry, niebawem zaś wystąpiło bardzo silne swędzenie, zniewalające go do ciągłego i energicznego drapania. Po upływie kilku tygodni w rozmaitych okolicach ciała zjawily się „pryszczki“, „krosty“ i pęcherze. Przed 4—5 miesiącami w miejscach schorzałych poczęły tworzyć się brudne, grubym nalotem pokryte, a w głąb drążące owrządzenia, nie mające najmniejszej tendencji do gojenia się:



Chory leczył się maściami i okładami, a do wewnątrz przyjmował KJ i drożdże. Gdy to nie pomogło, dokonano w szpitalu kutnowskim dokładnego wylżeczowania, a nawet wycięcia [w granicach zdrowych tkanek] owrzodzeń i opatrywano środkami przeciwnilnymi. Jednocześnie podawano KJ + HgJ<sub>2</sub> [10,00+0, 10:200,00], a prócz tego w ostatnich czasach zrobiono jeszcze 3 śródmieśniowe wstrzykiwania sozodololanu rtęci. Jednak pomimo leczenia choroba robiła zatrważające postępy i stan chorego wogarszał się z dnia na dzień.

W chwili zapisania się chorego do szpitala stwierdzić mogłem co następuje. Skóra całego ciała uległa wybitnym zmianom. Występują one najwyraźniej na goleniach i udach, przedramionach i ramionach, przeważnie na powierzchniach wyprostnych. W tych miejscach skóra jest umiarkowanie nacieczona, twardawa, niekiedy z wyraźnymi oznakami t. zw. lichenizacji, sucha i łuszcząca się, barwy brudno-czerwonej, brudno-brunatnej. Łuski obfite, białoszarawe, na ogół drobne i cienkie, słabo przylegają. Łokcie i kolana wolne. Takież własności posiada też i skóra tułowia. Jednak tutaj nacieczenie jest bardzo nieznaczne, barwa zaś brudno-żółtawa, niekiedy więcej brunatnawa. Również mniej obfite jest łuszczenie, zato łuski są nieraz dosyć duże—do wielkości paznokcia, zwłaszcza w okolicy kości krzyżowej. Tu i owdzie widać także i uczestki pozornie zdrowej skóry, ostro odgraniczone liniami o kształcie festonowatym. Zupełnie analogiczne zmiany stwierdzić też można na szyi, tylko barwa skóry jest tutaj ciemno-czerwona. Na twarzy zajęte jest czoło, policzki, po części okolice skroniowe, przyczem zmiany skóry wyglądem swym wielce przypominają *eczema squamosum*. Na tak zmienionej skórze widać cały szereg guzów i owrzodzeń w ogólnej liczbie około 50—60. Guzy powstają w skórze właściwej jako płaskie wielkie grudki o twardej spistości i ciemno-czerwonej barwie. Powierzchnia ich niekiedy się łuszczy. Mieszczą się pojedynczo albo też układają się *en placard* lub w kształcie łuków. Guzy te w środkowej części mogą ulegać wstęcznemu rozwojowi, a jednocześnie szerzyć się obwodowo, tworząc w taki sposób figury o kształcie kółek. Poszczególne guzeczki dochodzą do wielkości 2-u groszy, oddzielne zaś placki do rubla srebrnego. Zarówno guzeczki, jak i placki znajdują się w różnych fazach rozwoju tak, że obok świeżo powstałych widać też zupełnie zanikłe, powodujące silne ciemno-brunatne zabarwienie skóry. Inne, mniej liczne guzy [na lewej bocznej powierzchni tułowia] zajmują nie tylko całą grubość skóry właściwej, lecz widocznie sięgają też i do tkanki podskórnej. Półkuliste, twarde, barwy ciemno-czerwonej dochodzą do wielkości orzecha włoskiego. Skóra nad nimi jest błyszcząca, napięta, nie zbiera się w fałdę. Guzy te są jednak zupełnie ruchome, niezrośnięte z głębiej leżącymi tkankami.

Co się tyczy owrzodzeń, rozsianych po całym ciele, to są one stosunkowo liczniejsze niż guzy. Wielkość ich waha się w szerokich granicach—od przekroju ziarna grochu do wymiarów 6:10 ctm. Największe znajdują się na bocznych powierzchniach tułowia i na przedniej powierzchni prawej goleni oraz lewego uda. Kształt ich jest okrągły, owalny lub nieprawidłowo



okrągły o brzegach festonowatych. Niektóre zdradzają właściwości pełzających. Drobne owrzodzenia widocznie powstają w środkowej części guzeczków. Płaskie dno tych owrzodzeń jest pokryte wątlą bladą ziarniną i dosyć skąpym szarawym nalotem, zaś brzegi są wywinięte, nieco wzniesione. Większe owrzodzenia, sięgające niekiedy 2 ctm. głębokości, są pokryte nader obfitym, brudnym, ciemno-szarawym lub zielonkawym, bardzo mocno przylegającym nalotem. Brzegi—wysoko wzniesione w kształcie wału, częstokroć ostro ścięte, twarde, nacieczone, barwy ciemno-czerwonej, czerwono-sinawej. Nacieczenie to jest niekiedy złożone jakby z oddzielnych ognisk-guzeczków. Dokoła owrzodzeń widać szeroką zapalną obwódkę, która się kończy bez ostrych granic. Jednak niektóre z większych owrzodzeń tylko w środkowej części bywają kraterowato wgłębione. Obwodowe ich części, pokryte obfitą wybujałą ziarniną oraz brzegi—częstokroć unoszą się w kształcie grzyba ponad powierzchnię otaczającej skóry. Niektóre znowu owrzodzenia, jak powiedziałem, posiadają właściwości pełzających: zablizniają się u jednego bieguna, szerzą zaś u drugiego. Inne zablizniły się już zupełnie [np. na plecach], pozostawiając różową miękką bliznę z silnie zabarwioną ciemno-brunatną obwódką.

Owrzodzenia umiejscawiają się jednak nie tylko na skórze, lecz i na błonach śluzowych. Ma to miejsce na lewej górnej powiece. Tutaj widać owrzodzenia wielkości orzecha laskowego guz, którego jedna połowa znajduje się na skórze, druga zaś na błonie śluzowej powieki. Ta jest wogóle zgrubiała, twarda, barwy ciemno-czerwonej. Odmykanie powiek jest tutaj wielce utrudnione.

Gruczoły chłonne powiększone. Pachowe i pachwinowe prawe w umiarkowany sposób, pachwinowe lewe w znaczny. Pierwsze są dosyć miękkie i nie zlewają się, drugie zaś są bardzo twarde, nieco bolesne, złane, tworząc razem guz wielkości jaja kurzego. Gruczoły szyjne—wyczuwalne.

Układ kostny i mięśniowy bez widocznych zmian. Przy badaniu narządów wewnętrznych stwierdzono ze strony płuc objawy przewlekłego nieżyty oskrzeli. Wątroba nieco powiększona. Śledziona widocznie nie jest zmieniona.

Mocz w ilości 950—1180 ctm. sz. na dobę, przezroczysty, kwaśny, o ciężarze właściwym 1.015—1.020 zawiera nikłe ślady białka. Cukru nie znaleziono. W osadzie kilka wałeczków szklanych.

#### Badanie krwi.

Czerwonych krążków	4.030.000	} stosunek 1 : 298.
Białych ciałek	13.500	

Hemoglobiny 76%.

Stosunek białych ciałek krwi przedstawiał się jak następuje:

Neutrofilnych 69%.

Limfocytów	{	większych	5	} 13%.
		mniejszych	8	



Przejsściowych 8.  
Eozynofilowych 10.

Ciepłota wahała się od 37° do 37,4° zrana i od 37,8° do 38,5° wieczorem.  
Waga 148 funtów.

Chory uskarżał się na wybitne swędzenie, uczucie zimna i bolesność niektórych owrzodzeń. Swędzenie było objawem stałym, podlegało jednak wahaniom. Niekiedy, zwłaszcza w nocy sięgało ono tak wysokiego natężenia, iż zmuszało chorego do ciągłego a energicznego drapania i pozbawiało go snu. Bywały jednak dni, kiedy swędzenie prawie że nie dokuczało.

Wobec powyższych danych rozpoznałem *mycosis fungoides* i niezwłocznie—bo już pierwszego dnia pobytu chorego w szpitalu—przystąpiłem do stosowania zabiegów rentgenoterapeutycznych. Prócz tego wyznaczyłem odpowiednią dietę pożywną, kąpiele, a miejscowo opatrunki z 5% maści bornej. Lecznicze działanie promieni ROENTGEN'a było w danym razie wprost zdumiewające. Nacieczenia skóry oraz guzy wchłaniały się bardzo energicznie i wkrótce znikły jak najdokładniej. Owrzodzenia szybko się oczyściły i poczęły się stopniowo zablizniać. Swędzenie znikło. Sen powrócił. Samopoczucie chorego znacznie się poprawiło. Wraz z oczyszczeniem się owrzodzeń i zabliznieniem pewnej ich liczby, ciepłota ciała powróciła do normy <sup>1)</sup>.

[D. c. n.]

---

## II. Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

---

### Kilka słów o t. zw. surowicy przeciwploniczej Marpman'a.

(Scarlatin-Marpman).

Podał

Alfons Malinowski,

Starszy ordynator tegoż szpitala.

---

W maju r. z. otrzymałem od naczelnego lekarza dra med. S. SIKORSKIEGO przyslaną mu surowicę MARPMAN'a Nr. II do wypróbowania u chorych na moim oddziale. Z powodów, o których wspomnę poniżej, podaję dziś dopiero do wiadomości lekarskiego ogółu uwagi o leczniczej surowicy MARPMAN'a, gdyż ani liczba przypadków, ani własności lecznicze tego preparatu

---

<sup>1)</sup> Chorego przedstawiłem dnia 7. II. 07. na posiedzeniu sekcji dermatologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.



nia są dostateczne do wyrokowania o jego wartości. Surowicy zapobiegawczej dotąd nie używałem u zdrowych osób.

Surowica MARPMAN'a nie jest właściwie surowicą. Przedstawia się ona jako płyn wodnisty, przezroczysty, z lekkim zapachem, ma smak słodko-słony. Przygotowuje się w jednej z fabryk chemicznych w Lipsku i ma zawierać antytoksynę, otrzymaną z królików uodpornionych moczem i hodowlami z naskórka chorych na czystą formę płonicy. *Scarlatin-Marpmann* Nr. I ma posiadać własności zapobiegawcze, Nr. II—lecnicze. Zaleca się używać tego płynu po 5 do 8 kropel wewnętrznie 3—4 razy na dzień u dzieci od lat 5-u, a u młodszych po tyle kropel, ile dziecko lat liczy.

*Scarlatin-MARPMAN'a* N II używałem w 8-u przypadkach rozwiniętej szkarlatyny u chorych, przybywających do szpitala.

Ponieważ własności lecznicze tego środka nie były mi znane, a stan ogólny chorych wymagał środków leczniczych podniecających, stan gardzieli środków dezynfekcyjnych w postaci płukań, zaznaczam, że zalecałem chorym wewnętrznie kamforę, a jednocześnie *Scarlatin-MARPMAN'a* Nr. II i płukania gardła odpowiednimi płynami. W trzech ciężkich przypadkach używałem podskórnie surowicy przeciwbłoniczej i przeciwploniczej, a wewnętrznie surowicy MARPMAN'a.

Z 8-u przypadków, leczonych surowicą MARPMAN'a, trzy zaliczyć należy do średnich, dwa do cięższych i trzy do bardzo ciężkich. Pięć pierwszych zakończyło się wyzdrowieniem, trzy ostatnie śmiercią. Z pięciu zakończonych wyzdrowieniem, trzy pierwsze były bez powikłań ze strony gardła i nosa, bez zatrucia mózgu, przebiegały przy małej gorączce i mogą być uważane za przypadki czystej płonicy średniego natężenia, wolne od zakażenia mieszanego. Z ich przebiegu nie mogłem jednak sądzić o działaniu surowicy. Przypadek IV i V przedstawiały przebieg cięższy tak z powodu silnej wysypki, wyższej ciepłoty [IV], jak również z powodu powikłań ze strony gardła, a mianowicie obecności nalotów na migdałach, a przedewszystkiem nasilenia objawów ogólnych na początku choroby, jak: dreszcze, ogólna niemoc, słabe tętno, a w dalszym przebiegu lekkie bredzenie, apatya, bezsenność i niepokój w ciągu dnia i nocy.

W przypadku V przy stosunkowo niskiej ciepłocie [37,6°—37,4°] wysypka była silna, osłabienie znaczne. W obu tych przypadkach jedynie możnaby przypisać pewne złagodzenie przebiegu, prędszą poprawę stanu ogólnego i szybsze znikanie nalotów [IV] użyciu surowicy MARPMAN'a. Jednoczesne podawanie środków podniecających uważałem za obowiązek z powodu cięższego stanu ogólnego chorych i nie sądzę, aby mogły one zacieśniać działanie jakiegokolwiek środka swoistego [antytoksyny].

Przypadki VI, VII i VIII były bardzo ciężkie i zakończyły się śmiercią: VI trzeciego dnia choroby po 36-u godzinach pobytu w szpitalu, VII czternastego dnia choroby, po siedmiu dniach pobytu w szpitalu, VIII przypadku dziewiątego dnia choroby po ośmiu dniach pobytu w szpitalu.

Ze względu na ciężki stan chorych, oprócz surowicy MARPMAN'a stosowanej wewnętrznie, czułem się w obowiązku zastrzykiwać podskórnie



w przypadku VI surowicę przeciwpłoniczą PALMIRSKIEGO, w VII i VIII—surowicę przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą; niestety—bez rezultatu.

Z powyższego sprawozdania widzimy, że surowica lecznicza MARPMAN'a wyraźnego działania na przebieg płonicy nie wywiera w tych zwłaszcza przypadkach, w których mamy powikłania ze strony gardła i nosa przy jednoczesnem zatruciu mózgu, utracie przytomności. przy silnem podnieceniu lub przy upadku sił, a zatem w przypadkach, w których zniszczenie toksyn wywołujących te objawy, jest najważniejszym zadaniem leczenia. Wprawdzie sam wynalazca surowicy MARPMAN nie przypisuje jej wielkiego znaczenia w przypadkach ciężkich przy zakażeniu mieszanem, ale zaleca ją raczej jako środek zapobiegawczy [Nr. I] zarażeniu się płonicą, lub też jako środek leczniczy [Nr. II] w początku choroby, którego użycie po 5 kropel 3 razy dziennie ma łagodzić przebieg choroby, jeżeli go zastosujemy w okresie wylegania. Gdyby dalsze próby stwierdziły wartość zapobiegawczą surowicy [Nr. I], i wartość łagodzącą przebieg i ochraniającą od zakażenia mieszanego przy płonicy [Nr. II], byłoby to ważnym krokiem naprzód w leczeniu tej choroby. Tymczasem jednak pozostajemy prawie bezsilni wobec ciężkich form płonicy. Surowica zaś MARPMAN'a, jako mająca zawierać antytoksynę otrzymaną z czystych form płonicy, mogłaby zaledwie znaleźć zastosowanie w formach czystych, a zatem łżejszych, które nie wymagają nigdy prawie leczenia i bez względu na nie przebiegają pomyślnie.

O surowicy MARPMAN'a pierwszą wiadomość podał kol. BĄCZKIEWICZ na jednym z posiedzeń listopadowych w Towarzystwie Lekarskiem, a następnie na posiedzeniu sekcji biologicznej Tow. Hyg. d. 11. XII. 1907.

Ponieważ w następstwie tego wiadomość o surowicy MARPMAN'a za pośrednictwem pism codziennych rozpowszechniła się wśród publiczności, która często żąda od swych lekarzy użycia tej nowej surowicy, to względy te jedynie skłoniły mię do ogłoszenia niniejszej notatki o tym środku, mało dotąd u nas wypróbowanym, aby przestrzedz lekarzy i publiczność przed zawodami, jakie ich spotkać mogą w cięższych przypadkach choroby.

Sądzę bowiem, że dopóki w szpitalach naszych nie zostanie zebrany dostateczny materiał kliniczny co do działania surowicy MARPMAN'a i dopóki nie przekonamy się na podstawie licznych doświadczeń, czy surowica ta ma istotnie jaką wartość leczniczą, dopóty nie mamy prawa używać jej w praktyce prywatnej. Obawiam się natomiast, aby publiczność, mogąc otrzymać ten środek w aptekach, nie zaczęła go używać bez wiedzy i polecenia lekarza ordynującego, zaniedbując jednocześnie środków przez niego zaleconych.

---

Surowicy, zapobiegać mającej zarażeniu się płonicą [Nr. I], dotąd nie używałem. Ponieważ środek ten jest nieszkodliwy i w użyciu łatwy, należałoby go wypróbować tam, gdzie oddzielenie zdrowych od chorych jest zu-



pełnie niemożliwą. Zwrócić tylko uwagę, że usposobienie do chorób zakaźnych nie u wszystkich jest jednakowe, a odporność osobnicza zdarza się dość często. Trudnoby więc było w każdym przypadku rozstrzygnąć, czy uniknięcie choroby zależne jest od surowicy, czy od tej osobniczej odporności. Jedynie szybkie ustanie epidemii w danej miejscowości przy użyciu surowicy u wielkiej liczby osób, mogłoby za jej działaniem ochronnym przemawiać.

---

III. Z PRACOWNI DRA WŁ. PALMIRSKIEGO.

---

## W sprawie etyologii dyzenterji i jej leczenia surowicą.

Podał

T. Gryglewicz.

Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 12).

---

Pewne utrudnienie w leczeniu dyzenterji surowicą stanowi ta okoliczność, że klinika nie posiada łatwych i prędkich sposobów odróżniania dyzenterji, wywoływanej laseczką „SHIGA — KRUSE“ od pseudodyzenterji. Dotąd jedynym sposobem jest analiza bakteryologiczna. Analiza jednak wymaga często dwu dni czasu, co wpływa na opóźnienie stosowania surowicy, a ma to szczególne znaczenie, jeżeli chory późno zgłosił się do lekarza. Laseczkę dyzenteryjną niezawsze łatwo udaje się wydzielić ze stolców chorego. W dużej ilości znajduje się ona od 3-go do 5-go, 6-go dnia choroby, i w tym czasie można często otrzymać prawie czystą jej hodowlę. Do wydzielenia laseczki najlepiej używać płytek CONRADI-DRYGALSKIEGO z cukrem mlecznym i równolegle z mannitem. Po uprzednim rozcieńczeniu stolców, które zawierają często bardzo dużo śluzu, w fizyologicznym roztworze soli kuchennej otrzymywałem mniej pewne wyniki. Zwykle postępuję w ten sposób, że ze stolców nierozcieńczonych przenoszę szczypczykami kłaczek ropy do podłoża, rozcieram go dokładnie pałeczką szklaną, zgiętą pod kątem rozwartym, na powierzchni agaru w pierwszej płytce i tą samą pałeczką pocieram powierzchnię agaru w drugiej i trzeciej płytce. W trzeciej, a często już w drugiej płytce po 24-ch godzinach wyrastają pojedyncze kolonie. Niebieskie kolonie przesiewam na agar i do bulionu, barwię metodą GRAM'a, próbuję ich zdolność aglutynowania się i ruch. Pewne ułatwienie w przygotowaniu podłoża barwnego daje nam zastosowanie azolitminy zamiast lakmusu płynnego. Azolitminę w celach rozpoznawczych przy badaniach bakteryologicznych



używał FICHTNER, jednak praca jego zupełnie niesłusznie poszła w zapomnienie. Jest to barwik krystaliczny, fioletowo-niebieski, rozpuszczalny w wodzie i nierozpuszczalny w alkoholu i eterze. Stanowi on część składową lakmusu. Jego wzór chemiczny = C, H, NO<sub>4</sub>. Cały szereg moich prób porównawczych nad rozkładaniem różnych cukrów i alkoholów wieloatomowych przez bakterye wykazały, że azolitmina, jako wskaźnik powstawania w podłożu kwasów lub zasad, zachowuje się zupełnie podobnie do lakmusu płynnego. Do analizy stolców dyzenteryjnych przygotowuję podłoże w sposób następujący: do 100 gr rozpuszczonego 2% agaru, zawierającego 2% peptonu WIRTE'go, dodają 1,5 gr. cukru mlecznego, rozpuszczonego w małej ilości wody i 0,04 gr. azolitminy, rozpuszczonej w 1 ctm. sz. wody; znikającą alkaliczność podtrzymuję przez dodanie 1—2 kropel normalnego roztworu ługu; nadto dodają jeszcze 1 ctm. sz. roztworu kryształowioletu [1:1000], a to w celu powstrzymania rozwoju innych drobnoustrojów z kiszek; jednocześnie przygotowuję podobne podłoże z mannitem.

Wobec tego, że bez analizy bakteryologicznej nie jest wskazane stosowanie surowicy przeciwdyzenteryjnej, w trudniejszym położeniu znajdują się lekarze na prowincyi. Dyzenteryę sporadycznie lub endemicznie panującą w niektórych miejscowościach wywołują często laseczki pseudodyzenteryjne, lecz i laseczka dyzenteryjna typu „SHIGA — KRUSE“ ma bez wątpienia duże znaczenie w epidemiologii naszego kraju. Gdyby surowica była środkiem obojętnym, możnaby proponować jej stosowanie we wszystkich przypadkach, rozpoznanych klinicznie, jako dyzenterya, uprzedzając, że dodatni wynik leczniczy otrzymamy tylko w przypadkach dyzenteryi, wywołanej laseczką „SHIGA — KRUSE“. Nie należałoby w tych razach zaniedbywać stosowania jednocześnie innych sposobów leczenia dyzenteryi. Każdy jednak z lekarzy praktyków, który stosował surowice lecznicze, przekonał się niejednokrotnie, że t. zw. choroba posurowicza wywołuje często ciężkie zaburzenia w organizmie. Miałem sposobność przypatrzeć się działaniu surowicy, szczepionej ochronnie czterdziestu zdrowym ludziom w ilości od 60 do 100 ctm. sz. Było to w przypadku zakażenia laboratoryjnego dżumą w Instytucie Medycyny doświadczalnej w Petersburgu i śmierci WYŻNIKIEWICZA. Na siódmy, dziesiąty, dwunasty dzień prawie trzecia część szczepionych ludzi zachorowała mniej lub więcej ciężko. Obraz chorobny w ciężkich przypadkach był następujący: gorączka niżej 39,0°C., brak apetytu, chęci do palenia, ból głowy, język obłożony czarnym nalotem, mocne bole i obrzmienie wszystkich stawów; chory musi leżeć nieruchomo, bo nieznaczny nawet ruch spowodza bardzo dotkliwe bole; często trzeba się uciekać do wstrzykiwań morfiny; wszystkie gruczoły znacznie obrzmiały: wielopostaciowa wysypka wysiękowa na całej skórze; skóra jakby obrzmiała, a zabarwienie jej ma odcień brunatny. Stosowaną tam była surowica przeciwdżumowa, bakteryobójcza, lecz podobne przypadłości ciężkie spostrzegano i po innych surowicach leczniczych. Choroba posurowicza nie jest nigdy śmiertelną i kończy się po 3—4 dniach. Z czterdziestu ludzi zachorowało zaledwie trzynastu, a z tych dwoje tylko ciężko. Stąd wynika, że indywidualność w tym względzie ma



pierwszorzędne znaczenie. Dodam jeszcze, że małe ilości surowicy nigdy nie wywołują bardzo ciężkich zaburzeń. Siła surowicy przeciwdyzenteryjnej obecnie pozwala nam określić dawkę leczniczą dla dorosłego na 20 ctm. sz., a z rozwojem techniki uodporniania w przyszłości otrzymamy zapewne siłę o wiele większą.

Streszczając wszystko, co tu powiedziałem, zaznaczę, że:

- 1) Dyzenteryja pochodzenia bakteryjnego nie jest jednorodną z punktu widzenia etyologii.
- 2) Laseczka dyzenteryjna „SHIGA — KRUSE“ wywołuje chorobę toksyczną. Co do laseczek pseudodyzenteryjnych nie mamy w tym względzie dokładnych wiadomości.
- 3) Laseczka dyzenteryjna „SHIGA — KRUSE“ wytwarza prawdziwy jad rozpuszczalny.
- 4) U królików laseczka ta, a również jej jad wywołuje obraz chorobny i zmiany anatomopatologiczne dyzenteryi ludzkiej.
- 5) Surowica przeciwdyzenteryjna ma własności głównie antytoksyczne.
- 6) Siła jej może być jak najdokładniej określona.
- 7) Surowica przeciwdyzenteryjna zajmie zapewne pierwsze miejsce po surowicy przeciwbłoniczej w leczeniu chorób zakaźnych.
- 8) Stosowanie surowicy przeciwdyzenteryjnej bez analizy bakteryologicznej nie jest wskazane.
- 9) Powinniśmy dążyć do wypracowania klinicznych sposobów szybkiego odróżnienia dyzenteryi od pseudodyzenteryi.

---

#### IV. O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego w błonie śluzowej jajowodu i histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej w świetle ostatnich badań.

Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej \*).

Napisał

Leonard Lorentowicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 11].

---

Przypadek II. K. J., lat 27. *Graviditas tubaria sinistra*. Op. dr STANKIEWICZ 10. XI. 1906 r.

---

\*) Rzecz wypowiedziana dnia 9-go kwietnia 1906 r. w Tow. Lekarskiem, a następnie powtórzona dnia 26-go tegoż miesiąca w sekcji ginekologicznej T. L.



Rodziła 2 razy, ostatnio przed 1½ rokiem. Ostatni peryod w połowie października trwał jeden dzień.

Preparat anatomo-patologiczny przedstawił lewy jajowód rozszerzony do wielkości mandarynki, wypełniony skrzepem krwi, ściśle zespolonym ze ścianą jajowodu. Pod drobnowidzem w odcinku domacicznym występują zrosty fałd, u podstawy tych fałd umieszczone, a także nieliczne przewody dodatkowe w warstwie mięśniowej, naogół mało zmienionej. Nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż naczyń. Torbiel podsurowicza wysłana wielowarstwowym nabłonkiem.

Przypadek III. G. H., lat 35. *Graviditas tubaria dextra*. Op. dr LORENTOWICZ 18. XI. 1906.

Rodziła 3 razy prawidłowo. Ostatni poród przed 9-iu laty. Od ostatniego porodu czuła się chorą; skarżyła się na bole w lewym boku i częste nieprawidłowe peryody, trwające po 6—8 dni. W grudniu 1904 r. poddawała się na oddziale operacji brzusznej z powodu lewostronnej ciąży trąbkowej i krwisteku zamacicznego. Jajowód ciężarny, wielkości gesiego jaja, posiada na tylnej powierzchni otwór przeżarcia o średnicy 1 cm., oblepiony skrzepami krwi. Wewnątrz jajowodu dobrze zachowany płód, długości 6½ cm.

Pod mikroskopem widzimy liczne zrosty fałd i śródmięśniowe przewody nabłonkowe zarówno w *pars fimbriata*, jak i w *pars intermedia*. Mięśniówka lekko obrzęknięta; nieliczne torbiele podsurowicze i kule nabłonkowe, jeszcze w związku z nabłonkiem otrzewnym będące. W odcinku domacicznym jajowodu, przylegającym bezpośrednio do worka płodowego, zrosty fałd występują w sposób tak wybitny, że światło jajowodu z wyjątkiem niewielkiej wolnej części środkowej składa się z labiryntu drobnych kanalików. Złogj zapalne na otrzewnej w stadium organizacyi. Lekki obrzęk mięśniówki. Oprócz głównego światła, w dolnej części preparatu widać przekrój drugiego kanału, poprzerzynany zrosniętymi fałdami na oddzielne uczestki, wypełnione czerwonymi ciałkami krwi i włóknikiem. Nieco dalej występują przecięcia kosmków i skupienia komórek płodowych. Torbiel ciałka żółtego.

Przypadek IV. H. M., lat 33. *Graviditas tubaria sinistra*. Op. dr BOGUSZAWSKI 14. XI. 1906.

Rodziła 6 razy; ostatni poród przed 8-u miesiącami. W czasie przedostatniej ciąży skarżyła się w ciągu 4-ch ostatnich miesięcy na silny ból w lewym boku. Zatrzymanie peryodu 6 tygodni. Jajowód wycięty przedstawia twór wrzecionowaty ze śladami zrostów na powłoce otrzewnej, zgrubiałej w części środkowej (*pars intermedia*); wewnątrz jajowodu duży skrzep, przyrośnięty do dolnej powierzchni ściany jajowodu, drugi—maleńki skrzep w pobliżu ujścia brzuszego.

Badanie histo-patologiczne: W *pars infundibularis* niewielka liczba zrostów fałd i wypukleń cewkowych nabłonka, a także torbieli podsurowicznych i kul nabłonkowych. Obydwa skrzepy znajdują się w stadium rozpoczynającej się organizacyi. Mięśniówka w stanie



obrzęku, jak również niektóre fałdy. Nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż naczyń.

Im bliżej macicy, tem objawy przebytego zapalenia w postaci rozległych zrostów fałd i obrazu „*salpingitis pseudofollicularis*“ występują wyraźniej, aczkolwiek bardzo nierównomiernie. Tak na przykład, w jednym preparacie widać dwa przecięcia poprzeczne kolankowo zgiętego jajowodu. Jedno światło jest wolne zupełnie od zrostów, gdy w drugim zrosty występują w sposób bardzo wybitny.

Na wierzchołku niektórych fałd wysepki komórek, bardzo podobnych do doczesnowych.

Przypadek V. A. P., lat 33. *Graviditas tubaria dextra. Haematocele peritubaria dextra.* Op. dr STANKIEWICZ. I. XII. 1906. Rodziła 5 razy, ostatni poród przed 7-u miesiącami.

Wycięta część jajowodu ma 4 ctm. długości; w końcu dośrodkowym ma wygląd normalny ze zgrubiałą błoną śluzową. Koniec brzuszny jajowodu cokolwiek rozszerzony, w środkowej części dolnej ściany skrzep, wielkości ziarnka grochu, mocno zrosnięty z podstawą. Na powierzchni jajowodu liczne zrosty taśmowe.

Badanie anatomo-patologiczne. Na powłoce surowiczej jajowodu liczne złogi zapalne w stadium organizacyi. Mięśniówka obrzęknięta z licznymi wynaczynieniami wgłęb tkanek. Skrzepik w stanie daleko posuniętej organizacyi. Zrosty fałd, szczególnie u podstawy. W jednym miejscu preparatu w głębi mięśniówki widać przekrój poprzeczny przewodów dodatkowego z rozległymi w nim zrostami fałd przeciwnych i tworzeniem wewnątrzmięśniowych wypukleń cewkowatych nabłonka. Wybitnie wyrażone nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż naczyń, których liczba jest znacznie powiększona.

Przypadek VI. W. K., lat 35. *Graviditas tubaria dextra. Ruptura tubae.* Op. dr SZYMAŃSKI 8. I. 1907 r.

Jajowód wycięty posiada zgięcia ostrokatne, zespolone zrostami pasmowymi, które przechodzą i na powierzchnię jajnika.

Pod drobnowidzem przy badaniu odcinka jajowodu, między workiem płodowym a macicą położonego, widać rozrost tkanki łącznej międzymięśniowej warstwy okrężnej, lekki obrzęk warstwy podłużnej, wynaczynienie krwawe wgłęb ściany. Naczynia rozszerzone i nabite czerwonymi ciałkami krwi; ani śladu nacieczenia drobnokomórkowego. Światło jajowodu przedstawia się w postaci labiryntu drobnych kanalików, powstałych wskutek bardzo rozległych zrostów fałd: właściwego światła nie można się nigdzie dopatrzeć.

W *pars isthmica* zrostów fałd niema; natomiast w warstwie podsurowiczej spostrzegać się dają przewody dodatkowe, wysłane nabłonkiem rzęskowym i komórkami kubkowatymi.

Przypadek VII. *Graviditas tubaria.* Ze zbiorów dr STANKIEWICZA, operowany przed 8-u laty, opisany w № 22 „Czasopisma lekarskiego“ z roku 1899.



Preparat przechowany w formalinie i dlatego w barwieniu szczegóły występują niezbyt jasno.

We wszystkich 3-ch zbadanych odcinkach jajowodu znajdują się liczne zrosty fałd, których liczba zwiększa się w miarę zbliżania się do macicy. W odcinku, najbliższym ujścia brzuszno-pojemnikowego, w pewnej odległości od głównego światła na przekroju poprzecznym widać jamę, przebiegającą równoległą do niego i wypełnioną komórkami płodowymi. Jak gdyby dalszy ciąg tej jamy, widać w innym odcinku jajowodu, z drugiej strony worka płodowego położonym, obok głównego światła, w głębi mięśniówki drugi dodatkowy kanał, podobnie jak i główny, aczkolwiek w mniejszym stopniu, posiadający zrosty fałd, przeważnie u ich podstawy umieszczonych.

Przypadek VIII. *Graviditas tubaria*. Z dawnych zbiorów kliniki, przechowany w formalinie.

Wycięty jajowód, długości 9 ctm. w części przymacicznej jest zgrubiałą kulisto do wielkości jabłka rajskiego; na górnej powierzchni posiada małe otwory przeżarcia. Zbadane były odcinki jajowodu między workiem płodowym a ujściem brzuszno-pojemnikowym. Fałdy zgrubiałe wybitnie; zrostów niema. W głębi mięśniówki przewody dodatkowe. W dolnej części ściany jajowodu znajduje się jama, wysłana komórkami, przypominającymi śródbłonek i wypełniona czerwonymi ciałkami krwi; w jednym miejscu ściana jamy wypukła się do wnętrza. Wypuklenie powyższe składa się z komórek, budową swoją zbliżonych bardzo do komórek doczesnych.

Przypadek IX. J. O. lat 30. *Graviditas interstitialis dextra*, oper. w styczniu 1904 r. Z dawnych zbiorów kliniki ginekologicznej.

Skrawek ze ściany macicy wraz z małym odcinkiem worka płodowego. Cała mięśniówka poprzeczna licznymi kanałami nabłonkowymi i rozmaitej wielkości, przebiegającymi już to oddzielnie, już też całymi grupami. Kanały wypełnione są czerwonymi i białymi ciałkami krwi z drobnoziarnistą masą włókniaka. Strona, zwrócona do worka płodowego, zawiera w sobie liczne skupienia komórek płodowych, a także komórki decydualne; nadto widać kilka dobrze zachowanych kosmków.

Przypadek X. A. Sz., lat 31. *Graviditas tubaria sinistra. Ruptura tubae*. Op. dr. BORZYMOWSKI. 10. III. 1907.

Rodziła raz przed 9-u laty normalnie; trzy poronienia przed 8-u, 6-u i 2-a laty, wszystkie w trzecim miesiącu. Po ostatnim poronieniu leżała 8 tygodni z objawami zapalenia otrzewnej miednicowej. Zatrzymanie peryodu około 2-u miesięcy. Preparat anatomiczny przedstawia odcinek lewego jajowodu długości  $6\frac{1}{2}$  ctm. Strzępki zgrubiałe, obrzękłe, drożność kanału ze strony brzusznej zachowana. W odległości  $2\frac{1}{2}$  ctm. od ujścia brzuszno-pojemnikowego owalne miejsce pęknięcia  $3\frac{1}{3}$  ctm. W domacicznym odcinku jajowodu w pobliżu miejsca pęknięcia skrzepek krwi, wielkości orzecha laskowego, zrosnięty ze ścianą. Jajnik i jajowód pokryty zrostami taśmowymi i nitkowatymi, łączącymi ze sobą dwa te narządy.

Usunięty jajowód pocięto na 10 kawałków, z każdego kawałka przygotowano skrawki mikroskopowe.



Kawałek I. W pobliżu ujścia brzuszego. Mięśniówka obrzękła, w kilku miejscach poprzerynana kanałami nabłonkowymi. Duża torbiel podsurowicza. We właściwym świetle, znacznie zwiężonem, zrostów fałd niema.

II. Obraz podobny do poprzedniego. Rozrost tkanki łącznej i nacieczenia drobnokomórkowe w okrężnej warstwie mięśniowej lekkie. W pobliżu osłony otrzewnej wielka torbiel wysłana wielowarstwowym nabłonkiem i otoczona cienką warstwą mięśni okrężnych. Kanał znacznie szerszy niż w pierwszym przypadku, fałdy zgrubiałe na wierzchołkach gruszkowato rozdęte. Zrostów niema.

III i IV. Ściana jajowodu pod workiem płodowym wraz z kawałkiem otrzewnej i przecięciami przewodów *epoophoron*. Obrzęk mięśniówki. Fałdy wydłużone. Wypuklenia nabłonkowe w stronę mięśniówki. Miejscami brak nabłonka.

V. Worek płodowy. Ściana jajowodu wraz z przyrośniętym do niej skrzepem krwi. U spodu skrzepu grupy komórek płodowych, a także wysepki komórek decydualnych. W wielu miejscach słupy komórkowe, wystrzelające ku środkowi światła. Ocalałe fałdy w licznych zrostach; wewnątrz mięśniówki kanał nabłonkowy. Torbiele podsurowicze.

VI. Budowa ściany ta sama, co i poprzednio; fałdy niezrośnięte. Obok głównego światła, dookoła niego, w pewnej odległości jego, w dolnej części jajowodu zjawia się kanał dodatkowy, mający przebieg koncentryczny, ze śladami licznych zrostów, fałd i rurkowatych wypukleń nabłonka.

VII. Rozległe zrosty fałd. Kanał okrężny, obejmujący główne światło jajowodu, zajmuje  $\frac{3}{4}$  obwodu jajowodu. Przecięcie dodatkowych przewodów, w mięśniówce pojedyncze ogniska nacieczenia drobnokomórkowego. Złogi zapalne na powłoce otrzewnej.

VIII. Zrosty fałd jak poprzednio. Kanał zredukowany do  $\frac{1}{4}$  poprzedniej długości. Wypuklenia nabłonka służówki sięgające niemal powłoki surowiczej, wysłane nabłonkiem rzęskowym.

IX i X. Zrosty fałd, jak poprzednio. Liczne rurkowate wypuklenia nabłonka wgłąb mięśniówki. Ogniska nacieczenia drobnokomórkowego nieliczne. Obrazy t. zw. *salpingitidis pseudo-follicularis*.

[D. n.].

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

30. Civatte. Poglądy obecne na pochodzenie liszaja rumieniowatego (*lupus erythematodes*).

Na mocy ankiety, rozesłanej w sprawie pochodzenia liszaja rumieniowatego autor dzieli poglądy różnych klinicystów na tę sprawę na 3 kategorie:



Według jednej lizsaj rumieniowaty jest pochodzenia gruźliczego. Za tem przemawiają dane następujące:

1) Daty statystyczne dowodzą, że lizsaj rumieniowaty spostrzega się tylko u osób, dotkniętych gruźlicą innych narządów, lub dziedzicznie gruźlicą obciążonych. FEHRMANN i DARRER stwierdzili u swoich chorych gruźlicę gruczołów szyjnych. HERXHERMER obserwował wiele przypadków, w których lizsaj rumieniowaty przeistoczył się na toczeń (*lupus vulgaris.*); przeistoczenie odwrotne zaznacza ROUX na mocy własnych spostrzeżeń.

2) Przy lizsaju rumieniowatym występuje, jak przy sprawach gruźliczych, dość często odczyn miejscowy pod wpływem tuberkuliny a nawet następuje wyraźna poprawa, jak to ma miejsce przy toczniu [wilku].

3) Badania drobnowidzowe wykazały w lizsaju rumieniowatym zmiany gruźlicze [ANDRY, LERODDE, DARRER]. Przyczyną wywołującą wysypkę jest albo sam lasecznik KOCH'a, albo, jak twierdzą niektórzy badacze, jego toksyny.

Druga kategoria autorów twierdzi, że lizsaj rumieniowaty jest chorobą zakaźną czyto gruczołów łojowych, czy też wogole skóry [MAX JOSEPH, JULIUSBERG i inni], przez nieznany dotąd zarazek powodowaną.

Rzadkie zresztą przeobrażanie się lizsaja rumieniowatego na wilka nie przemawia za pochodzeniem gruźliczem. Inne dane, jak oto: niestałość odczynu na tuberkulinę, brak dowodów innych oprócz komórek olbrzymich w przypadkach ANDRY'ego i LERODDE'a, wreszcie brak doświadczeń *in vivo*, gruźlicy nie stwierdzają.

Trzecia grupa autorów [NEISSER, MAC LEOD, BROCK i inni] jest zdania, że lizsaj rumieniowaty bywa rozmaitego pochodzenia, nawet gruźliczego. Według JACQUET'a i MILBERT'a, jest to angioneuroza. Słowem dotychczasowe nawet bardzo staranne poszukiwania istoty lizsaja rumieniowatego nie rozstrzygnęły.

(*Annales de Dermat. et syphilogr.*, 1907, tom VII, Nr 4): Springer

### 31. Sakurane. O leczeniu wrzodów goleni.

Trudność leczenia wrzodów goleni przeważnie zależy od dwu przyczyn: 1) dzięki niepomysłnym warunkom miejscowym krążenia tkanka ziarninowa rozwija się w niedostatecznym stopniu; 2) przez skurczenie się tkanki ziarninowej owrzodzenia, szczególnie większe, mało zmniejszają się. Stosowano najrozmaitsze środki [różne proszki, maści, okłady, przypalania i t. d.], aby wywołać rozwój tkanki ziarninowej, robiono również transplantację, ponieważ owrzodzenia na goleni bardzo trudno pokrywają się nabłonkiem. Ale po większej części wszystkie te zabiegi nie przynoszą korzyści. Prócz tego, jeżeli wrzód na goleni utrzymuje się długo, to brzegi jego, jako też dno przetwarzają się w masy kalotyczne. W tych razach NUSSBAUM radzi wyciąć dokoła tkankę bliznowatą, a następnie zrobić transplantację. Ale przy dużych wrzodach jest to dość trudne. W jednym przypadku wrzodu goleni, w którym inne środki nie pomagały, SAKURANE zastosował nowy zupełnie sposób: polega on na tem, że na powierzchni wrzodu, jako też i na brzegach, zachodząc na kilka ctm. do zdrowej tkanki, robimy poprzeczne i skośne cięcia, w odległości jedno od drugiego na 1—1½ ctm. i o tyle głęboko, że występuje dość znaczne krwawienie. Po zatakowaniu krwi autor opatrywał owrzodzenie borną wazeliną. Po kilku dniach powtórzył nacięcia na jednej połowie owrzodzenia i po zatakowaniu krwi nałożył opatrunek z bornej wazeliny; po 3-ch dniach nie oświeżając rany zrobił transplantację. Po 10-u dniach po-



wtórzył ten sam zabieg z drugą połową owrzodzenia. Po 3-ch miesiącach owrzodzenie zupełnie się zagoiło.

(*Archiv für Dermatol. und Syphil.* 1907, Tom LXXXV, zes. 1—3). Springer.

## Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

### Posiedzenie naukowe dnia 21-go lutego 1908 r.

I. SELZER M. przedstawia dziewczynkę 13-letnią z ciężką żółtaczką od 3-ch lat. Wątroba i śledziona znacznie powiększone, gruczoły macalne. Stolce acholiczne. Odczyn CALMETTE'a wybitny, podobnie po wstrzyknięciu tuberkuliny. Prelegent przypuszcza, że ma do czynienia z uciskiem gruźliczo zmienionych gruczołów około żyły bramnej na drogi żółciowe. Co do leczenia, dałoby się może połączyć woreczek żółciowy z jelitem.

II. MEIZELS wygłasza odczyt o odczynie skórny PIRQUET'a u dzieci. Sposób praktyczny, łatwy do przeprowadzenia, nie wywołuje objawów ogólnych, a może być stosowany także u dzieci gorączkujących. Przy znacznym stopniu gruźlicy odczynu brak. Dotychczasowe dane liczbowe, uzyskane przy stosowaniu tego sposobu, zgadzają się ze spostrzeżeniami sekcyjnymi. Odczyn występuje nawet przy bardzo małych zmianach, bywa jednak także przy gruźlicy zagojonej. Celem przekonania się, jak się będzie zachowywał ustrój po szczepieniu tuberkuliną ludzką i bydlęcą, przeprowadzono 70 szczepień i otrzymano zawsze oddziaływanie na jedną i drugą jednakie.

III. REICHENSTEIN MAREK przedstawia dotychczasowe swe doświadczenia nad odczynem ocznym w gruźlicy. W pierwszej grupie doświadczeń wkropłał Alttuberculin [Höchst], w drugiej Tuberculin-Test [Poulene-Frères].

Wnioski wysnuwa następujące:

1. Odczyn spojówkowy jest nieszkodliwy przy nieschorzłym narządzie wzrokowym.

2. Należy używać zawsze 1% tuberkuliny świeżo sporządzonej.

3. Wkraplać do jednego oka raz jeden, gdyż przy powtórnym wkropleniu występuje zawsze odczyn dodatni mimo braku klinicznej gruźlicy.

4. Przy daleko posuniętej gruźlicy odczynu może nie być.

5. Co do wniosków prognostycznych, to na razie trudno je wyciągać; być może, że w przyszłości z nasilenia odczynu można będzie rokować. Odczyn oczny spotyka się także przy durze brzuszny i kamicy żółciowej i innych zakażeniach. Naogół jest on dodatnim w 60%.

6. Brak odczynu spojówkowego przy braku objawów znacznej gruźlicy, względnie prosówkowej ostrej wyklucza gruźlicę aktywną.

W dyskusji zaznacza LESZCZYŃSKI pewną wartość omawianych odczynów w tych chorobach skórnych, które w pewnym związku z gruźlicą pozostają.

MOHL podaje cyfry niektóre i spostrzeżenia nad odczynem PIRQUET'a i CALMETTE'a, uzyskane z doświadczeń przeprowadzonych na klinice dermatologicznej wspólnie z LESZCZYŃSKIM. Wyniki z obu odczynami były zgodne; w 7-u tylko przypadkach wystąpił odczyn PIRQUET'a tam, gdzie CALMETTE był początkowo ujemny.



Prelegent zauważa nadto, że ma wrażenie, jakoby jodek potasu usposobił błony śluzowe do występowania odczynu CALMETTE'a.

SELZER w kilku słowach skreśla dotychczasowe swe spostrzeżenia nad odczynem CALMETTE'a. Do wkraplań używał 1% tuberkuliny. Zauważył, że chore z odczynem nie przedstawiały się ani co do rozwoju choroby, ani co do rokowania gorzej niż chore, u których odczynu nie było. W niektórych przypadkach odczyn utrzymywał się nawet dni 14. Z 3-ch chorych, u których zastosowano sposób CALMETTE'a, a którzy zmarli, u dwóch za życia nie było odczynu; na sekcji gruźlicy nie znaleziono.

REICHENSTEIN przypaszcza, że silniejszy odczyn po jodku potasu trzeba odnieść do zaostrzonej postaci gruźlicy. BLUMENFELD odnośnie do owrzodzeń, które po sposobie ocznym miał widzieć dr LESZCZYŃSKI, zauważa, że mogły być następstwem z działania samej tuberkuliny.

Prof. RACZYŃSKI zaznacza, że PIRQUET potwierdził dawne spostrzeżenia co do dużego rozpowszechnienia gruźlicy. Dla praktyki to samo ma znaczenie co tuberkulina, tylko bezpieczniejszy; dla leczenia zaś jest bez znaczenia. Prof. BIERNACKI: Odczyny CALMETTE'a i PIRQUET'a nie pokazują nam, a raczej nie odróżniają gruźlicy „aktywnej” od „inaktywnej”—a zatem nie rozstrzygają sprawy, która dla klinicy jest pierwszorzędno znaczenia. Prym. PIASEK zwraca uwagę na wartość omawianych odczynów, gdy chodzi o badanie stanu zdrowotnego ludności na większą skalę. Dla celów prognostycznych nie mają dużej wartości.

WITOLD NOWICKI.

## Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

### SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 29-go listopada 1907 r.

[Dokończenie.]— Patrz Nr. 12].

Przebieg pooperacyjny był dość ciężki. Nazajutrz po operacji ciepłota 39° i tętno 140; zastrzyknięto 600 ctm. sz. fizyologicznego roztworu soli. W ciągu dni 7-u ciepłota wieczorami osiągała 39° [dwukrotnie nawet 39,8°], tętno utrzymywało się powyżej 100. Szew skórny w części średniej zropiał i trzeba było rozpruć tę część rany. 10-go dnia po operacji zauważono, że w rozprutej części rany z głębi wydostaje się nieco ropy. Zgłębnikiem stwierdzono istnienie zatoki wśród zlepionych pętlic kiszki. Do zatoki tej wprowadzono pasek gazy jodoformowej. W ciągu następnych dni 10-u ciepłota wieczorami osiągała jeszcze 38°. Od 22-go dnia po operacji ciepłota stała się prawidłową i rozpoczęło się prawidłowe gojenie się rany.

Pokazany preparat przedstawia guz, wielkości sporej pięści, kształtu mniej więcej kulistego, zrosnięty z kawałkiem skóry kształtu owalnego. Powierzchnia guza miejscami jest gładka, miejscami pokryta strzępami. Na przekroju guz nie jest jednolity, lecz zawiera jamę, wypełnioną masą tworów



brodawkowatych, których tkanka jest wiotka, częściowo wyglądająca na nekrotyczną. Na skórze, z którą guz jest zrosnięty, widać 4 głębokie owrzodzenia [dwa wielkości srebrnej złotówki i 2 mniejsze] wypełnione tkanką, podobną do granulacyjnej. Pod mikroskopem tkanki, któreby pozwalała wnosić o pochodzeniu guza, nie znaleziono zupełnie. Stwierdzono zaś obecność tkanki granulacyjnej, po części nekrotycznej, zawierającej w wielu miejscach ograniczone ogniska z komórkami olbrzymimi.

Zdaniem K., w danym przypadku rzekoma torbiel, wycięta częściowo przez JANCZEWSKIEGO, była ograniczonym gruzliczem zapaleniem otrzewnej, którego punktem wyjścia była gruzlica lewego jajowodu. K. sądzi, iż po operacji doszczętniej chora ma szanse zupełnego wyzdrowienia, aczkolwiek nie tai obawy, że szew jedwabny, założony na otwór w kiszce, może dać powód do pozostania przetoki.

Przypadek II dotyczył kobiety 22-letniej, która miesiączkować zaczęła w 16-tym roku życia, według typu  $\frac{3-5}{4}$ . Przed rokiem zaczęła doznawać podczas peryodów bólu w dole brzucha, przeważnie z prawej strony. Przed 10-u miesiącami wyszła za mąż. W parę tygodni po zamążpójściu zauważyła w dole brzucha guz twardy, niebolesny. Miesiączkowała w dalszym ciągu prawidłowo, bólu przez pewien przeciąg czasu wcale nie miała. Dopiero na wiosnę r. b. dostała napadu mocnego bólu podczas peryodu, który trwał przez tydzień. Drugi napad bólu miała chora w przeszłym miesiącu, co ją zniewoliło do wstąpienia do szpitala Dz. Jezus. Chora prawidłowej budowy, umiarkowanego odżywienia. Przez powłoki brzuszne wyczuwa się guz twardy, nierówny, sięgający na 4 palce ponad spojenie łonowe. Przy badaniu podwójnem okazuje się, że guz leży z prawej strony i z przodu macicy; przylega on dość ściśle do macicy, lecz jest od niej wyraźnie oddzielony. Przydatki lewostronne prawidłowe. Na zasadzie danych powyższych rozpoznano guz twardej przydatków, prawdopodobnie natury złośliwej i w d. 14. XI. 1907 r. przystąpiono do operacji. Cięcie wykonano pomiędzy pępkiem a spojeniem. Po otwarciu jamy brzusznej ukazał się guz wielkości dwu pięści, barwy białawej, o powierzchni nierównej, nie dający się wytoczyć na zewnątrz. Guz ten był położony z prawej strony macicy i osadzony na szerokiej szypule. Do tylnej powierzchni guza była przyklejona sieć, którą podwiązano w kilku częściach i przecięto. Wiąz szeroki, stanowiący szypułę guza, zaczęto przecinać od strony macicy, przyczem śródmięszową część jajowodu wycięto w kształcie klina, a powstałą wskutek tego klinowatą ranę w macicy zaszyto szwem ciągłym z katgutu. Od macicy oddzielono guz, podwiązując i przecinając kawałkami jego szypułę. W przymaciczu prawem guz tak głęboko wrósł w wiąz szeroki, że całkowicie rozsunął jego listki. Trzeba było naciąć każdy listek tego więzu z osobna, wyluszczyć guz z luźnej tkanki łącznej i po podwiązaniu naczyń krwawiących zeszyć oba te listki. Ścianę brzuszną zaszyto całkowicie szwem trzypiętrowym. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Rana zagoiła się doraźnie; w trzy tygodnie po operacji chora wypisała się ze szpitala.

Pokazany preparat stanowi guz wielkości dwu pięści, kształtu nieprawidłowego, o powierzchni nierównej, pokrytej wyniosłościami. Wśród twardej wypukłości znajdują się niewielkie torbiele o cienkich ścianach. Z jednej strony widać na guzie maciczny koniec jajowodu, po stronie przeciwległej koniec jego brzuszny. Przebieg jajowodu po części daje się wysledzić w pobliżu górnej powierzchni guza, po części zaś jajowód zława się z masą guza, która jest dość jednolita, niezbyt miękka, barwy blade-żółtawej. Z powierzchni guza z jednej strony zrosnięty jest spory kawałek sieci. Pod



mikroskopem stwierdzono, że masę guza stanowi tkanka łączna włóknista, usiana drobnymi okrągłymi komórkami; wśród tej tkanki stanowiącej tło, występują pojedynczo, lub w większych i mniejszych grupach komórki o dużych, mocno zabarwionych jądrach, otoczonych względnie niewielką ilością protoplazmy.

St. Cykowski.

## AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE.

### Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 3 lutego 1908 r.

Przewodniczący: Dyrektor K. OLSZEWSKI.

Czł. K. KOSTANECKI przedstawia pracę własną p. t.: *Podział mitotyczny jąder bez podziału plazmy w jajkach Mactry, rozwijających się partonegenetycznie.*

Czł. K. KOSTANECKI przedstawia pracę p. J. MŁODOWSKIEJ p. t.: *Z histogenezy mięśni szkieletowych.*

Autorka badała rozwój mięśni szkieletowych grzbietnych na zarodkach kur, myszy, królików i świń. Zarodki były barwione przeważnie hematoksyliną żelazową HEIDENHAIN'a, podbarwiane Bordeaux R.

Wyniki badań są następujące: 1) Włókno mięsne u zwierząt wyższych kręgowych jest tworem równowartościowym wielu zlanym w syncytium komórkom. 2) Włókno mięsne może być pochodne komórek, należących do kilku myomerów. 3) Zatarcie metamery tkanki mięsnej polega na zlaniu się myoblastów sąsiednich myomerów zapomocą plazmatycznych, coraz mocniej się rozszerzających mostów, po których biegną włókienka. 4) Do zatarcia metamery układu mięsnego przyczyniają się komórki mezenchymatyczne. 5) Włókienka kurczliwe są produktem albo jednego myoblastu [i wtedy przerastają samodzielnie przez myoblasty], albo mogą powstawać w dwóch lub więcej oddzielnych myoblastach [i wtedy następowo zespalają się w jedno długie włókienko]. 6) Jedno włókienko może być produktem komórek mięsniotwórczych, należących do dwóch myomerów sąsiednich. 7) Włókienko utworzone w jednym myomerze może swobodnie przerastać na terytorium komórkowe sąsiednich myomerów, posługując się jako przejściem mostami plazmatycznymi wprzód wytworzonymi. 8) Włókienkom można przypisać pewną indywidualność, która się objawia: a) zdolnością przerastania na terytorya, leżące poza miejscem ich powstania; b) zdolnością samodzielnego wzrostu w długość i grubość; c) zdolnością do samodzielnego rozmnażania się drogą rozszczepiania [HEIDENHAIN, MAURER]. 9) Procesy organogenetyczne prowadzą do hiperprodukcji tkanki mięsnej embryonalnej. Część włókien mięsnych zarodkowych ulega degeneracji. Druga część ulega metaplazji w tkankę łączną. 10) Źródłem tkanki łącznej są nie tylko ogniska, gdzie mezodermalna tkanka wprost przechodzi w mezenchymę, ale tkanka ta powstaje także drogą meta-



plazy tkanki mięsnej w tkankę łączną. 11) Przerost ilości włókien mięsnych odbywa się nie tylko przez podłużne rozszczepienie włókien [FELIX] już istniejących, ale także przez udział komórek mezenchymatycznych, które tworzą nowe włókna.

Czł. L. MARCHLEWSKI przedstawia pracę p. J. BROWIŃSKIEGO p. t.: *O obecności kwasów proteinowych we krwi.*

Ażeby przekonać się, czy kwasy proteinowe, wykryte przez BĄDZYŃSKIEGO i współpracowników w moczu ludzkim, jako też w moczu psów, a opisane szczegółowo przez BĄDZYŃSKIEGO, ST. DĄBROWSKIEGO i K. PANKA, znajdują się także we krwi człowieka i zwierząt, autor postanowił zbadać co do zawartości tych związków krew końską. Krew tego zwierzęcia autor wybrał w przewidywaniu, że związki te znajdują się przedewszystkiem w surowicy krwi, a wiadomo, iż odwłókniona krew koni, łatwiej niż krew innych zwierząt wydziela surowicę wskutek szybkiego opadania czerwonych ciałek.

Wpierw jednak musiał być zbadany co do zawartości kwasów proteinowych mocz tych zwierząt. W moczu końskim wykryto w samej rzece, i to w ilości dosyć znacznej, związki, które zawierały azot i siarkę, strącalne octanem rtęci, niestrącalne octem ołowiowym, które dawały sole barowe łatwo rozpuszczalne w wodzie, a nierozpuszczalne w wysokoku o charakterze soli kwasu oksyproteinowego i antoksyproteinowego, wśród których nie brakło i związku strącalnego octanem miedzi o charakterze urochromu [DĄBROWSKI].

Stwierdziwszy zawartość wymienionych kwasów w moczu końskim, poddano badaniu surowicę krwi końskiej. Po usunięciu z surowicy białka przez zakwaszenie kwasem octowym i ogrzanie do punktu wrzenia zapomocą znanych już odczynników i metod, wykryto w niej obecność kwasów zawierających azot i siarkę, należących do obu wymienionych grup. Z ciał otrzymanych zdołano poddać rozbiorowi na razie tylko związek strącalny octanem miedzi. Sól miedziawa tego związku, który tak względem chlorku żelazowego, jako też kwasu jodowego zachowywał się zupełnie jak urochrom, nadto przy destylacji z wapnem wydzielał pary pyrrolu, która wszakże nie była jeszcze czysta, wykazała zawartość N: 75%, S: 1.27%.

Wstępne próby określić ilościowych pozwalają wnosić, że kwasy proteinowe z urochromem łącznie zawarte są w surowicy krwi końskiej w ilości najmniej 0.25 g, na 1 litr surowicy.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Projekt statutu Komisji Przemysłowo-Lekarskiej, przedstawiony przez J. JAWORSKIEGO w dniu 21-go b. m. na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie.

Aby poprzeć przemysł krajowy, względnie przemysł wogóle polski, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie uznaje za potrzebne popieranie wyrobów krajowych, jak: narzędzi, preparatów leczniczych, środków opatrunkowych i t. d. o ile te będą równej dobroci i ceny z zagranicznymi.

Aby skuteczniej w tym kierunku działać:



1) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie w myśl wniosku kol. J. Jaworskiego, złożonego w d. 18. II. r. b. Zarządowi Stowarzyszenia, ustanawia stałą komisję Przemysłowo - Lekarską z łona stowarzyszonych oraz zawiera umowę z kilkoma pracownikami rozbiorowemi w Warszawie, a to w celu ochrony i popierania przemysłu krajowego w zakresie przetworów i wyrobów w praktyce lekarskiej używanych.

2) Zadaniem Komisji będzie wyszukiwanie, ocenianie, utrzymywanie w powadze i popieranie tych krajowych przetworów chemicznych, aptekarskich i dyetetycznych, narzędzi dyagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych i do pielęgnowania chorych, które przez Komisję uznane zostaną jako dobre i celowi odpowiednie.

Wszelkie leki o nieznanym składzie chemicznym, jak niemniej wszelkie tak zwane środki uniwersalne, a także przetwory, które jako objęte farmakopeą, każda apteka sporządzać według przepisu lekarza winna, Komisya do oceny nie przyjmuje.

3) Komisya składać się będzie z 9-u członków Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, którzy z pośród siebie wybierają Biuro, t. j. przewodniczącego, zastępcę i sekretarza.

Po ustąpieniu jednego z członków, Stowarzyszenie Lekarzy wybiera na jego miejsce innego członka na przedstawienie Komisji.

4) Komisya na lat 3 wybrana składa sprawozdanie na dorocznem zebraniu ogólnem, a po 3-ch latach złoży ogólne sprawozdanie, od którego zależeć będzie dalsze pozostawienie i jej wybór, lub rozwiązanie.

5) Ocenianiem przyrządów lub przetworów zajmować się będą specjaliści bądźto w łonie samej Komisji, bądź też członkowie Stowarzyszenia Lekarzy do Komisji nie należący, a nawet specjaliści z poza Stowarzyszenia Lekarzy przez Komisję uproszeni.

6) Wnioski przez Komisję przedstawione na podstawie referatów, Zarząd Stowarzyszenia w porozumieniu z Biurem Komisji zamienia w uchwały. Uchwały te drukowane są w pismach lekarskich, a wytwórcy są uprawnieni do ich rozpowszechnienia w formie określonej. Komisya ma prawo wybierać sposób, w jaki przetwór oceniony popierać można, lub należy. Komisya władną jest cofnąć, gdy znajdzie potem powody, poświadczenie swoje.

— W sprawie ubezpieczenia lekarzy na życie. Na innym miejscu piszemy dziś o przedwczesnej śmierci z tyfusu płamistego kolegi naszego, lekarza szpitala Dzieciątka Jezus. Wypadek ten, jeden z wielu, jakie się przytrafiają dość często, nasuwa ponownie myśl o ubezpieczeniu lekarzy na życie, stawia znów sprawę tę na porządku rozpraw.

Wprawdzie społeczeństwo ma prawo żądać pomocy od lekarza w razie epidemii, ma prawo wymagać od niego usług nawet podczas najbardziej srożącej się zarazy, z drugiej jednak strony i rodzina po lekarzu, zmarłym na polu swej działalności, wśród pracy dla zdrowia ogółu, ma prawo dopominać się o opiekę nad sobą, o zastąpienie ojca, lub syna. Działaniem lekarza nie może kierować wyłącznie poświęcenie; stan lekarski, jak każdy inny, wytworzyła i utrzymuje potrzeba zobopólna. Najprostsza przeto sprawiedliwość, wprost interes nawet, nakazują, aby społeczeństwo, ewentualnie instytucje odnośne, otoczyły lekarzy równą opieką, jak innych pracowników, z których zajęciem połączone jest niebezpieczeństwo. Niebezpieczeństwo dla lekarzy ze strony szerzącej się epidemii jest o wiele gorsze, niż inne niebezpieczeństwo dla ludzi odmiennych zawodów, ponieważ nie znamy często istoty jego, oraz środków ochronnych.

Lekarz jednak naprzeciw niebezpieczeństwu, wprost na spotkanie jego iść musi. Uniknięcie jego, wyjście cało, lub śmierć, stanowi rzecz czystego przypadku. Z tych względów uważać musimy za prosty obowiązek ubezpieczenie przez miasto,



przynajmniej na razie wszystkich t. zw. lekarzy miejscowych szpitali, a także lekarzy, służby i felczerów szpitali, oraz oddziałów dla zakaźnych chorych.

Rzecz ta właśnie obecnie, wobec srożącej się w mieście epidemii tyfusu plamistego, nie cierpi zwłoki, powinna być podjęta i przeprowadzona przez Magistrat m. Warszawy. Dogodne warunki, jakie daje ubezpieczenie za pośrednictwem państwowych kas oszczędnościowych — rzecz tę ułatwia i upraszcza.

Niech lekarze wiedzą, że gdy przy spełnianiu obowiązków śmierć poniosą, rodzina po nich pozostała nie zazna głodu i niedoli.

— Prymaryuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie mianowany został doc. dr RUTKOWSKI.

— Dnia 18-go marca r. b. w Domu lekarskim w Krakowie odsłonięty został portret ś. p. dra ALEKSANDRA KREMERERA, założyciela i pierwszego prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

— XV Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się na pewno w połowie lipca w Warszawie albo w Krakowie. Uprasza się o wczesne zgłaszanie wykładów pod adresem c. k. Rady Dworu prof. dra LUDWIKA PYDYGIERA, Lwów, Ul. Mickiewicza Nr. 8.

— Ś. p. EMIL MŁĘCZŃSKI, były dyrektor i prymaryusz szpitala Św. Zofii we Lwowie, zmarł dnia 8-go b. m. w Krakowie. Był to lekarz o wielkich zaletach, człowiek prawy, zacny obywatel. Jego zabiegom zawdzięcza Lwów powstanie szpitala dla dzieci Św. Zofii, w którym przy jego pomocy wykształciło się wielu lekarzy w pedyatryi. Zakładał kolonie lecznicze dla dzieci w zdrojowiskach galicyjskich. W r. 1889 był prezesem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego; gdy powstał wydział lekarski, jako zastępca profesora przez szereg lat wykładał pedyatryę.

## NEKROLOGIA.

### Ś. p. Zygmunt Koronkiewicz.

Wśród ciężkich chwil, jakie przeżyliśmy i przeżywamy—śmierć spowzedniała nam i jakby straciła swą grozę. Zbyt często i zbyt boleśnie targana struna głucho już rozbrzmiewa w naszej świadomości. Nie długo zatrzymujemy się przy jednej mogile, bo tuż obok nowa, niemniej ciężka i niemniej żałobna — odciąga nas ku sobie.

A jednak nad mogiłą ś. p. Z. KORONKIEWICZA musimy zatrzymać się nieco dłużej: pod stosem wieńców i świeżo zamazłą grudą, złożono mło-



dą jeszcze głowę, znękaną szarym codziennym trudem i troską, mimo to chciała postępu i wiedzy, pełną jasnych planów na przyszłość; złożono dwoje rąk, miłośnie wyciągających się ku ludziom biednym i chorym, a zastygłych w chwili, gdy potrafiły już nieść im ulgę skuteczną; złożono wreszcie serce, które mocno odczuwało niedolę ludzką i żywo wobec niej biło. Gdy w skupieniu rozważamy kontrast między tem, co być mogło i tem, co się stało, napływa na nas fala serdecznego żalu, jako wyraz uznania dla przedwcześnie zgasłego towarzysza pracy.

Ś. p. ZGUMUNT KORONKIEWICZ urodził się w Przysusze, miasteczku ziemi Opoczyńskiej w dniu 27-go kwietnia 1875 r. Jako syn oficjalisty rolnego o środkach b. skromnych, początkową naukę pobierał w miejscowej szkółce; w r. 1885 wstąpił do gimnazjum w Radomiu, tu dość wczesnie musiał zarabiać na siebie lekcjami; jako uczeń 8-ej klasy wydalony został za to, że ujął się za swym kolegą, któremu władza szkolna chciała wyrządzić krzywdę; świadectwo dojrzałości otrzymał w r. 1895 w Piotrkowie. Bezpośrednio potem wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Jako student IV i V kursu uczęszczał w chwilach wolnych na oddział ś. p. W. KRAJEWSKIEGO; po ukończeniu Uniwersytetu w r. 1901 został asystentem tegoż oddziału. W roku 1903 odbył wycieczkę naukową za granicę; podczas kilkumiesięcznego pobytu uczył się na klinikach chirurgicznych i ginekologicznych w Pradze i w Wiedniu. Po powrocie był przez czas pewien lekarzem Pogotowia ratunkowego.

W r. 1904 objął pracownię rentgenowską w oddziale szpitalnym, na którym od początku pracował. W tymże roku wspólnie z drem A. KARCZEWSKIM ogłosił pracę p. t. „O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycisowania macicy“.

Od r. 1904 do ostatniej chwili był lekarzem miejscowym w szpitalu Dzieciątka Jezus, nie przestając jednocześnie pracować na oddziale chirurgicznym dra A. KARCZEWSKIEGO.

W roku bieżącym został członkiem czynnym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego. Przed dwoma tygodniami zaraził się w szpitalu tyfusem wysypkowym; nieubłagana śmierć przecięła pasmo dni życia jego w dniu 17-go marca 1908 r.

A. Ciechomski.

## O G Ł O S Z E N I A.

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu dra FELIKSA JABLONOWSKIEGO wakuje wsparcie 138 rub., za 1-e półrocze 1908 roku przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „Lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu.“ Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia [ul. Niecała Nr 7], oznacza się termin do dnia 15-go czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczonemu wsparcia. Lekarze na prowincji zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do



Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia,

Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu dra JANA BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5-u niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rub. 61 kop. 56. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczony wsparcie, winna być przedstawiona Komitetowi przez jednego z jego Członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Zarządzający Kasą Wsparcia,

Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez dra LEONA MANCZEWICZA udzielone będzie w roku 1908 wsparcie w kwocie rub. 115 kop. 42 jednej lub kilku niezamożnym zupełnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obciążonej dziećmi pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia dołączone być winno świadectwo 3-ch lekarzy członków Kasy o położeniu materialnem proszących, oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału, albo też świadectwo Zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia prośb: dzień 15-go czerwca r. b. Bliższe informacye udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ul. Niecała Nr. 7], na prowincyi zaś w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *Dr M. Jakowski.*

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.