

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. Dr med. JAKÓB LÖWENSTEIN. W sprawie położenia zaotrzewnego kątnicy i wyrostka robaczkowego w stanie zapalnym. Str. 715. II. WITOLD HORODYŃSKI. Przyczynek do chirurgicznego leczenia przedziurawienia żołądka. (Dok.) Str. 718. III. Dr Med. MARYA DUNIN-KARWICKA. O tak zwanej bronchiolitis obliterans. (Dalszy ciąg). Str. 722. *Dział sprawozdawczy.* 85. HIRSCH. Pituitryna w położnictwie. Str. 726. 86. ASCOLI i LEGNANI. Skutki wycięcia przysadki mózgowej. Str. 726. 87. KRIWSKY. W sprawie do- szczędnej operacji brzusznej raka macicy (sposobem WERTHEIM'a). Str. 727. 88. ZOEPPRITZ. Ostre i przewlekłe zapalenie śluzówki szyjki macicznej. Str. 727. *Odcinek.* Dr JÓZEF JAWORSKI. Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy Polaków w minio- nem stuleciu. (Dok.). Str. 729. *Wiadomości bieżące.* Str. 734. Nekrologia. Ś. p. WŁODZI- MERZ WYSOKOWICZ. Str. 735. Ś. p. Dr STANISŁAW BARTOSZEWICZ. Str. 736. Nadesłano do Redakcyi. Str. 738. *Ogłoszenia.*

I. W sprawie położenia zaotrzewnego kątnicy i wyrostka robaczkowego w stanie zapalnym.

Podał

Dr Med. Jakób Löwenstein.

A. R., lat 29, zgłosiła się 1-go września 1911 r. ze skargą, że od dwu lat cierpi na bole w prawej połowie brzucha. Bole te, niekiedy bardzo silne, trwają po kilka godzin, a czasem 1 do 3-ch dni. Podczas największe- go nasilenia bólu tworzy się w prawej jamie biodrowej wypuklenie, wielkości pięści, które po ataku opada; jednocześnie chora doznaje uczu- cia jakby się coś w jamie brzusznej przelewało i bole zmniejszają się znacznie, zupełnie jednak nie ustępują nigdy. Pozostaje bowiem stały ból tępy, który się wzmacnia po dłuższem chodzeniu, lub uciążliwej pracy fizycznej. Prócz tego chora cierpi na zaparcia stolca, które przecho- dzą zazwyczaj w uciążliwe rozwolnienie, i na dolegliwości żołądkowe— odbijanie, palenie i ściskanie w dołku; nadto brak łaknienia. Chora używa tylko pokarmów płynnych, po zjedzeniu bowiem stałych pokar- mów powstają w prawej jamie biodrowej opisane bole. Wymiotów nie miała, również przypuszcza, że nie gorączkowała, dokładnie jednak ciepłoty nie mierzyła.

Przed obecnem cierpieniem, które ją bardzo wyczerpało, chora czu- ła się względnie zdrową. Od czasu dzieciństwa ma słuch przytępiony w następstwie upadnięcia. Przed rokiem z powodu cierpienia obecnego chora leżała przez kilka tygodni w szpitalu Dzieciątka Jezus, stan zdro-

wia jednak się nie poprawił, aż wreszcie chora stała się niezdolną do jakiegokolwiek pracy fizycznej.

St a n o b e c n y. Chora bardzo wątła, blada, robi wrażenie obłożnie chorej. Tętno 70, równe, miękkie, drobne. Ciepłota 36,8°. Język wilgotny, nieco obłożony. Skrzywienie boczne prawostronne w części grzbietowej kręgosłupa (*scoliosis thoracica dextroversa*). W płucach, sercu i nerkach nie znaleziono widocznych zmian chorobnych. Brzuch nieco wzdęty; ściany brzuszne napięte, głównie z prawej strony. Wątroba niepowiększona, niebolesna. Omacywanie prawej jamy biodrowej powoduje ból silny; w miejscu tem wyczuwa się kątnicę wzdętą w postaci guza, wielkości jabłka. Guz ten ginie niekiedy pod palcami, przyczem wyczuwa się bulgotanie, jakby od przelewania się zawartości jelita. W punkcie Mc BURNEY'a, wyczuwa się krótki sznurek, grubości ołówka, bolesny przy uciskaniu (wrostek robaczkowy?). Chora — *virgo intacta*—nie zgadza się na zbadanie narządu płciowego przez pochwę, badanie zaś przez odbytnicę nie dało wyniku określonego. Rozpoznałem przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i zaproponowałem chorej operację, na którą zdecydowała się dopiero po 3-tygodniowym namyśle.

18-go września 1911 roku chorą przyjąłem na oddział chirurgiczny Dra Med. KRAUZEGO w szpitalu na Czystem. Badanie powtórne potwierdziło zmiany wyżej wymienione. Chora w dalszym ciągu narzekała na ból stały w okolicy kątnicy. Ciepłota 36,0°—36,4°. Tętno 68—72, drobne. Wypróżnienia co 1—3 dni. Po wypróżnieniach bole mniejsze, lecz nie znikają. Wymiotów niema.

20-go września przystąpiłem do operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. W uśpieniu chloroformowem otworzyłem jamę brzuszną cięciem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego. Po uniesieniu sieci ku górze, odszukanie wyrostka robaczkowego napotyka na trudności, gdyż na razie nie udaje się odnaleźć ani kątnicy, ani wyrostka. Natomiast odnajduje się łatwo miejsce wylotu jelita biodrowego do kątnicy. Dopiero w odległości 4-ch—do 5-iu ctm. ku dołowi wyczuwa się zupełnie pod otrzewną ścienną łatwo ruchomy we wszystkie strony wyrostek robaczkowy. Na powierzchni otrzewnej ściennej ponad wyrostkiem nie widać nigdzie jakichkolwiek zmian chorobnych; otrzewna wszędzie gładka, błyszcząca. Z pomiędzy typowych uchyleków oraz fałdów spostrzegłem tylko słabo rozwinięty uchylek krętniczno-okrężniczy. Dopiero po przecięciu otrzewnej ściennej na 5 ctm., udaje się wydobyć na zewnątrz z pośród wiotkiej tkanki łącznej wyrostek wraz z dolną częścią kątnicy. Wyrostek *in situ*, długości 5 ctm., miał kształt kłębka zwiniętego w postaci ślimaka. Krezki wyrostka brak zupełny. Ściany jego mało elastyczne, twarde. Powierzchnia niegładka, szorstka. Po zmiżdżeniu wyrostka u podstawy uciskadłem DOYEN'a i po podwiązaniu nitką jedwabną, wyrostek usunięto, kikut pozostały obszyto szwem ciągłym strunowym, poczem nad kikutem i kątnicą zaszyto z powrotem otwór w otrzewnej ściennej. Odległość od podstawy wyrostka do dolnego brzegu jelita biodrowego

wynosiła 6 cm.; na przestrzeni tej kątnica była zupełnie pokryta otrzewną ścienną i zarysów jej widać nie było. Powłoki brzuszne zeszyto trzypiętrowym szwem strunowym, na skórę nałożono klamerki. Przebieg pooperacyjny minął bez powikłań przy ciepłocie normalnej. Zagojenie przez rychłozrost.

10-go października, opuszczając szpital, chora narzekała jeszcze na bole w prawej jamie biodrowej, lecz znacznie mniejsze, niż przed operacją. Po niejakiem czasie badając chorą, stwierdziłem wygląd lepszy, łaknienie znacznie się poprawiło, bole jednak w okolicy kątnicy nie znikły zupełnie; występują one przy pracy lub po uporeczywych zaparciach stolca i wtedy tworzy się opisany wyżej guz bolesny w okolicy kątnicy, który po pewnym czasie ginie zupełnie. Bywa to jednak znacznie rzadziej i nie jest tak bolesne, jak dawniej.

Stosunek wzajemny otrzewnej do wyrostka robaczkowego i kątnicy był już niejednokrotnie przedmiotem badań wielu autorów. W piśmiennictwie polskiem zasługują na uwagę prace statystyczne ALEKSANDRA WERTHEIM'a ¹⁾, prof. ST. CIECHANOWSKIEGO i prof. L. K. GLIŃSKIEGO ²⁾. Badania WERTHEIM'a obejmują 100, prof. CIECHANOWSKIEGO i GLIŃSKIEGO 600 autopsyi. Badania te jednak miały na celu dane statystyczne co do częstości tej anomalii ze zdrowym wyrostkiem robaczkowym. Wyłączono również i te przypadki, w których znaczniejsze zrosty zapalne zaciemniały rzeczywisty stosunek otrzewnej do wyrostka. Otóż WERTHEIM na 100-u trupach nie znalazł ani jednego wyrostka poza otrzewną, a brak krezki u wyrostka zauważył jedynie w 3-ch przypadkach. Według statystyki CIECHANOWSKIEGO i GLIŃSKIEGO odsetka przypadków położenia całego wyrostka lub większej jego części poza otrzewną wynosiła 8,4%. Z pośród badaczy obcych BRYANT ³⁾ na 144 przypadki znalazł w 3-ch wyrostki robaczkowe, leżące pod otrzewną, v SYDOW ⁴⁾ w 586-u włótkach spostrzegł 31 razy cały wyrostek poza otrzewną (5,2%).

Z powyższej statystyki widać, że zaotrzewne położenie wyrostka zdarza się stosunkowo rzadko. Uważałem przeto za stosowne omówić na tem miejscu swój przypadek, gdyż w dostępnem mi piśmiennictwie polskiem nie spotkałem opisu podobnego przypadku operacyjnego.

U chorej mojej prócz umiejscowienia wyrostka pod otrzewną, stwierdzono jeszcze w nim zmiany chorobowe przewlekłe. Część dolna kątnicy również leżała pod otrzewną ścienną. Tem anormalnem umiejscowie-

¹⁾ ALESANDER WERTHEIM. Przyczynek do anatomii i topografii wyrostka robaczkowego. „Przegląd Chirurgiczny“, tom V, zes. 1. Warszawa 1902.

²⁾ Prof. ST. CIECHANOWSKI i prof. L. K. GLIŃSKI, Kraków. Przyczynek statystyczny do topografii wyrostka robaczkowego i kątnicy. Warszawa 1911.

³⁾ BRYANT. The relations of the gross anatomy of the vermiform appendix to some features of the clinical history of apeendicitis. Annals of Surgery 1893.

⁴⁾ Przytoczony według LIERTZ'a. Ueber die Lage des Wurmfortsatzes. Berlin 1909

niem kątncy objaśnić należy wyżej opisane częste wzdęcia kątncy w postaci guza, zawartość bowiem jej nie mogła swobodnie opróżniać się.

Rozpoznanie przed operacją umiejscowienia wyrostka robaczkowego pod otrzewną jest niemożliwe. Po otwarciu jamy brzusznej rzeczą konieczną jest przecięcie w głębi otrzewnej ściennej, pokrywającej kątncę, by się dostać do wyrostka i usunąć go.

II. Przyczynek do chirurgicznego leczenia przedziurawienia żołądka ¹⁾).

Podał

Witold Horodyński.

(Dokończenie. — Patrz № 23).

P r z y p a d e k II. A. Z., lat 46. W wywiadach — zaburzenia od roku ze strony przewodu pokarmowego: napady bólów w brzuchu, nieregularne stolce, brak apetytu, wrażliwość szczególna na niektóre pokarmy. Cztery dni temu nagłe pogorszenie. Silne bole naprzód w dołku, później w całym brzuchu; zatrzymanie stolca.

Badanie wykazuje: stan bezgorączkowy, kończyny zimne, tętno przyśpieszone, słabe. Brzuch wzdęty: *résistance musculaire* wszędzie jednakowa.

Rozpoznawano: *occlusio, peritonitis incipiens*. Choremu zaproponowano operację, na którą nie zgodził się. Na drugi dzień stan znacznie się pogorszył: czkawka, tętno 120, słabe, *facies hippocratica*, język suchy, w m i o t y k a ł o w e. Chory żąda operacji.

W lekkim odurzeniu chloroformowem laparotomia: zapalenie rozlane włóknikowo-surowicze otrzewnej. W małej miednicy dużo płynu ropiastego. Źródła zapalenia nie znaleziono. Drenowano małą miednicę. W 12 godzin zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne: na przedniej ścianie żołądka, w pobliżu odzwiernika i małej krzywizny duży wrzód peptyczny z przedziurawieniem, wielkości kopiejki. W obydwu płucach *pneumonia hypostatica*.

P r z y p a d e k III. D. J., lat 64, zachorował nagle po wypiciu 2-u szklanek zimnego piwa: bole w brzuchu powyżej pępka, duszność i osłabienie. Dotąd był zdrów.

¹⁾ Artykuł niniejszy jest streszczeniem obszerniejszej pracy, podanej do „Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego“.

Badanie wykazuje: chory prawie bez tętna, *cyanosis*, *dyspnoe*, silne z wężenie źrenic. Brzuch umiarkowany, mało bolesny. Wątroba powiększona. *In epigastrio* z lewej strony nieznaczne stępienie i wzmożona *résistance musculaire*.

Podejrzano otrucie. W 24 godziny od zachorowania śmierć.

Badanie pośmiertne: przedziurawienie żołądka na przedniej powierzchni, wielkości srebrnych 5-u kopiejek. Brzegi owrzodzenia twarde. *Peritonitis generalis*.

P r z y p a d e k IV (sposzczenie wspólne z kol. J. ŚWIĘTOCHOWSKIM).

G. K., lat 53, od lat 3-ich skarży się na bole w dołku, występujące w kilka godzin po jedzeniu, początkowo rzadko, obecnie zaś po kilka razy dziennie. Wymiotów nie bywało, lecz doznawał ulgi, wywołując je sztucznie, przyczem czasami w wymiocinach była krew. Badanie żołądka na czczo wykazywało około 400 ctm. sz. mocno kwaśnej zaległości. Z rozpoznaniem *stenosis pylori ex ulcere v ntriculi* chory przepisany został na klinikę chirurgiczną, gdzie przez kilka dni był przygotowywany do operacji zespolenia kiszki z żołądkiem (*gastroenterostomia*). Nagle wieczorem w wilię operacji dostał szalonych bólów w dołku, później w brzuchu. Wkrótce ciemne wymioty. Na drugi dzień z rana: silna zapaść, *facies hippocratica*, sinica twarzy, tętno ledwie wyczuwalne, 120, brzuch wzdęty, bolesny, napięcie mięśni duże. Rozpoznano przedziurawienie żołądka i natychmiast przystąpiono do laparotomii. Znalaziono przedziurawienie żołądka, wielkości srebrnych 5-u kop. na małej krzywiznie, bliżej odźwiernika. Żołądek duży, pusty. Owrzodzenie wycięto, szew 2-piętrowy jedwabny. Kiszki przemyto solą. Zaszycie powłok zupełne. Na drugi dzień bole ustąpiły, wiatry zaczęły odchodzić, tętno jednak było częste i słabe. 6-go dnia chory zmarł przy objawach niedomogi (*asthenia*).

Badanie pośmiertne wykazało: szew żołądka trzymał dobrze, zrostów między kiszkami nie było. Zapalenie otrzewnej już w okresie zwolnienia (*stadium decrementi*).

P r z y p a d e k V (sposzczenie wspólne z kol S. KIJEWSKIM).

J. R., lat 49, od lat kilku miał nieokreślone bliżej zaburzenia żołądkowe, z powodu których przeprowadzał nawet kurację karlsbadzką. W marcu r. z. nagle (po przejechaniu kilku mil kołmi) napad nadzwyczaj silnych bólów w dołku, połączonych z omdleniem i raptownym upadkiem sił. W kilka godzin stan polepszył się nieco, natomiast zjawiała się wysoka gorączka (40°). Wkrótce chory zauważył w dołku guz dość twarde, bolesny. Chory przyjechał do Warszawy i kol. KIJEWSKI, pod którego opieką był chory, opisywał guz w dniu przybycia w następujący sposób: płaski, twarde, o nieco nierównej powierzchni, leżał między łukami żebrowymi, przyczem górna część zachodziła pod łuki, dolny brzeg poziomy nie dochodził do pępka na 2—3 palce poprzeczne. Pierwszy raz widziałem chorego mniej więcej 10-go dnia od zachorowania. Stan był jeszcze pod-

gorączkowy. Guz zaś nieco mniejszy (według słów kol. K.) wyraźnie wymaczywał się *in epigastrio*, był prawie nieruchomy, płaski, ograniczony wyraźnie, bolesny na ucisk. Rozpoznanie postawiliśmy *perigastritis*, wywołane przez przedziurawienie wrzodu żołądka. Po 5—6-u tygodniach ciepłota spadła do normy, guz zniknął prawie zupełnie, tylko na jego miejscu pozostało zwiększone napięcie mięśniowe. Chory na proponowaną przez nas operację nie zgodził się, po upływie jednak 3—4 miesięcy powrócił, skarżąc się, że guz, który był zniknął, zjawił się na nowo. Dokładne badanie żołądka (kol. K.) naprowadziło nas na myśl, że mamy do czynienia z t. zw. przetoką wewnętrzną (*fistula interna*). Wreszcie 18. X. 1911 r. chory poddał się operacji, którą wykonał prof. KADER. Pokazało się, że wyczuwany guz zrosnięty był z przednią ścianą brzuszną. Po krwawem oddzieleniu zrostu znaleziono, że podciągnięta ku górze okrężnica poprzeczna przyrosnięta jest do guza, wielkości pięści, wychodzącego z przedniej powierzchni żołądka. Żołądek przez liczne zrosty z wątrobą i poprzecznicą jest prawie zupełnie unieruchomiony. Gruczoły krezkowe powiększone, oprócz tego guziczki małe na kiszce cienkiej i otrzewnej ściennej. Choremu wykonano przetokę kiszki (*jejunostomia*), kilka zaś guziczków i gruczołów wycięto dla badania drobnowidowego, które, dokonane przez dra M. ZIELIŃSKĄ, wykazało tylko sprawę zapalną. Chory po dość ciężkim przebiegu pooperacyjnym wreszcie zaczął się poprawiać i przybierać na wadze. Mniej więcej w dwa miesiące po operacji zaczęły występować u chorego objawy przemijające niedrożności, która 6-go dnia nagle tak pogorszyła się, że chory zmarł po 24-ch godz. Badanie pośmiertne wykazało, że przyczyną zejścia śmiertelnego była niedrożność poprzecznicy, spowodowana przez zrost jej ze skurczonym żołądkiem. Co jednak najważniejsze, to znaleziono, że pierwotny guz na przedniej ścianie żołądka zmniejszył się do wielkości rubla srebrnego. Po oderwaniu guza ukazał się prawie zabliźniony wrzód peptyczny żołądka.

Spróbuję teraz zanalizować przytoczone przypadki.

W pierwszych 3-ch prawidłowe rozpoznanie nie zostało postawione, gdyż w I i II występujące na pierwszy plan rozlane zapalenie otrzewnej maskowało w zupełności prawdziwą przyczynę, a bardzo zły stan ogólny chorych nie pozwolił doszukać się źródła i podczas operacji. Zresztą przypadki te dostały się do naszych rąk po upływie 72-u godzin, mała więc była szansa na uratowanie chorych nawet po odnalezieniu i zaszyciu przedziurawienia. Ciekawą rzeczą w przypadku II. jest zjawienie się wymiotów kałowych. Trzeci przypadek dostał się pod naszą obserwację wcześniej, bo po 12-u godzinach od chwili zachorowania, lecz tutaj poza nagłym wybuchem, nie było żadnych objawów, któreby wskazywały na sprawę wewnątrzotrzewną; silne zaś zwięźlenie źrenic i duszność wprowadziły nas w błąd, skłaniając do przypuszczenia, że mamy tutaj do czynienia z jakimś zatruciem i porażeniem ośrodków. A zdaje

się, że przypadek ten, jako wczesny, przy odpowiednim rozpoznaniu mógł być zakończyć się pomyślnie.

W następnych 2-u przypadkach rozpoznanie prawidłowe postawione było od razu. W przypadku IV. rozpoznanie było łatwe. Co do techniki samej, to w tym przypadku mam trzy wątpliwości: 1-0 że nie wykonałem jednocześnie z zeszytciem przedziurawienia połączenia żołądka z kiszka (*gastroenterostomia*); wstrzymał mnie od tego ciężki stan chorego, lecz obecnie mam wrażenie, że chory zginął z wycieńczenia, wobec istniejącego zwężenia odźwiernika; 2-0 niepotrzebnie przemywałem jamę otrzewnej podczas operacji, gdyż chory przed przedziurawieniem był na czczo i przez kilka dni był trzymany na płynach; 3-0 czy mogły zaszkodzić stosowane przeze mnie przed operacją przemywania żołądka? Co do tego punktu, to przypuszczam, że, ponieważ robiłem to osobiście, z należytą ostrożnością i pełną świadomością z czem mam do czynienia, że wreszcie przedziurawienie nastąpiło w 10—12 godzin po ostatnim płukaniu, to przedziurawienie w danym przypadku było, moim zdaniem, „*post hoc, sed non propter hoc*”.

Najciekawszym pod wieloma względami jest przypadek V. Rozpoznanie przedziurawienia postawione było tutaj zaraz, jak również przez dokładne badanie żołądka (kol. KIJEWSKI) rozpoznana została przyczyna przedziurawienia — wrzód peptyczny (ropa i krew w wypłuczynach przy pełnej sprawności mechanicznej i chemicznej). Na tych samych danych w połączeniu z powtórnem zjawieniem się guza oparliśmy w kilka miesięcy później nasze rozpoznanie przetoki wewnętrznej. Ciekawym zjawiskiem był makroskopowy wygląd guza zapalnego, mającego cechy sprawy nowotworowej z pozornymi przerzutami w gruczołach krezkowych, na kiszce, otrzewnej, wątrobie. Ponieważ badanie drobnowidowe kategorycznie stwierdziło, a późniejszy przebieg jeszcze potwierdził, charakter zapalny guza, więc wyżej wspomniane guziczki, sądzę, należy uważać za resztki zorganizowanego włóknika.

Wykonana w danym przypadku przez prof. KADERA *jejunostomia* jest wymownym dowodem, jakie znaczenie dla spraw chorobnych żołądka ma wykluczenie żołądka z pracy mechanicznej i chemicznej. Po dwu miesiącach guz wielkości dużej pięści zmniejszył się do wielkości rubla srebrnego, sam zaś wrzód był prawie zagojony. Rzadkiem zato zjawiskiem jest niedrożność, wywołana przez „powieszenie się” poprzecznicy na zroście.

Z powyżej powiedzianego wyprowadzić można następujące wnioski:

1-0. Rozpoznanie przedziurawienia opierać się głównie winno na na-
głym wybuchu, burzliwości objawów, przy jednoczesnym uprzednim
istnieniu zaburzeń żołądkowych;

2-0. operować należy możliwie wcześnie, szybko, z możliwie małym dla trzewi urazem; unikać jednak należy interwencji w okresie zapadu;

3-o. wrzodu nie wycinać ze względu na możliwość bliznowatego zniekształcenia żołądka;

4-o. o ile siły chorego pozwalają wykonywać jednocześnie *gastroenterostomiam*, w ciężkich jednak przypadkach odkładać to do czasu poprawy chorego;

5-o. jamy otrzewnej nie przemywać, pozostawiając stosowanie tego do wyjątkowych przypadków;

6-o. dokładnie drenować jamę otrzewnej;

7-o. wreszcie, jako środek zapobiegawczy od możliwych ciężkich powikłań, leczyć wrzód peptyczny wcześniej na drodze operacyjnej.

III. O tak zwanej bronchiolitis obliterans.

Podala

Dr Med. Marya Dunin-Karwicka.

Asystentka przy katedrze Anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 23).

S t r e s z c z e n i e. Na podstawie widzianych przez nas, a opisanych powyżej szegółowo obrazów, przedstawiamy sobie przebieg histologiczny zajmującej nas tu sprawy chorobnej w następujący sposób:

Pod wpływem podrażnienia, którego charakter prawdopodobnie różnym być może, o czym będziemy mówić później, przychodzi jednocześnie w najdrobniejszych oskrzelach do wysięku włóknikowego oraz do nacieczenia drobnokomórkowego i bujania tkanki okołoskrzelikowej. Leżący w świetle oskrzelików wysięk, który dla powodów, które omówimy w następstwie, nie uległ wessaniu, drażni dalej już i tak bujającą tkankę okołoskrzelikową, określając niejako swoim wpływem przyciągającym, chemotaktycznym główny kierunek jej bujania, toteż licznie pojawiające się w niej komórki włóknotwórcze dążą do światła oskrzelików, przerywając znajdujący się na ich drodze pierścień mięśniowo-włóknisty i organizują leżące w świetle martwe masy wysiękowe. Organizowanie to może jednakże nastąpić tylko w miejscach, gdzie po pierwsze, nabłonek jest złuszczonej a po drugie, gdzie wysięk przylega do ściany oskrzelika. Błona śluzowa oskrzelików zdaje się w tych sprawach bujania oraz organizacyi nie brać czynnego udziału, wykazując komórki włóknotwórcze jedynie w miejscach wtargnięcia ziarniny, pochodzącej z tkanki okołoskrzelikowej i ją przerastającej. Podrażniona tkanka okołoskrzelikowa buja jednak nie tylko dośrodkowo, t. j. nie tylko w kierunku do światła oskrzelików, lecz także i odśrodkowo, wciskając się między przyległe pęcherzyki i zwężając je przez pogrubienie od zewnątrz ich

ścian. To odśrodkowe bujanie odbywa się najenergiczniej w miejscach organizacyi wysięku, gdzie tym sposobem tkanka okołoskrzelikowa rozrasta się jednocześnie dośrodkowo i odśrodkowo, chociaż zawsze z przewagą pierwszego kierunku. Na miejsce mas wysiękowych, leżących w świetle oskrzelika, pojawia się po pewnym czasie twór polipowaty ziarninowy, pozostający w łączności z tkanką okołoskrzelikową za pośrednictwem jednej lub paru nóżek. Nóżki te z początku zawsze bardzo wązkie, w następstwie zachowują się rozmaicie. Jedne z nich pozostają i nadal wązkimi, a jeżeli jednocześnie w oskrzelikach tych słabo lub wcale się nie rozwija dośrodkowe bujanie tkanki okołoskrzelikowej w odcinkach ścianki, wolnych od organizacyi, dzięki czemu pierścień mięśniowo-sprężysty pozostaje nieuszkodzonym, wewnątrzoskrzelikowy zaś polip zlewa się w prawdzie z pozbawioną nabłonka śluzówką, lecz ściany oskrzelika nie przerasta, to przychodzi do powstania okrągłych guziczków, otoczonych dokoła pierścieniem mięśniowo-sprężystym, które wyżej opisaliśmy, a będących niczem innym, jak tylko w całości zarośniętymi oskrzelikami. Innym razem natomiast nóżki polipów ulegają znacznemu poszerzeniu, przeobrażając się w okazałą podstawę, powodującą coraz to dalej idący zanik przylegającego doń z obu stron pierścienia mięśniowo-sprężystego i coraz to szerszą w nich szczelinę. Jeżeli teraz polip ziarninowy posiada kilka takich nóżek, a tkanka okołoskrzelikowa buja energicznie w kierunku dośrodkowym także i w jego wolnych od organizacyi odcinkach (obciągnięte nabłonkiem wpuklenia), to łatwo jest zrozumiałem, dlaczego w wielu ogniskach ziarninowych widocznymi są już tylko bezładnie porozrzucane szczątki włókien mięsnych oraz sprężystych, tem bardziej, iż masy wewnątrzoskrzelikowe ziarninowe nie tylko zlewają się w końcu ze ścianami oskrzelików, ale co więcej, przerastają je, jak dowodzą tego obrazy, wzmiankowane przez nas wyżej (zanik pierścienia mięśniowo-sprężystego poza obrębem nóżek polipa, które pozostały wązkimi, w odcinkach wolnych tak od organizacyi, jak i dośrodkowego bujania tkanki okołoskrzelikowej w miejscach, nieobjętych tą ostatnią).

Wskutek odśrodkowego bujania tkanki okołoskrzelikowej ogniska ziarninowe, zajmujące miejsce zarośniętych oskrzelików, przybierają coraz to większe i większe rozmiary, obwodowymi swymi odcinkami częściowo uciskając pęcherzyki płucne, częściowo zaś w sposób rozlany (*diffus*) szerząc się między nimi. W pierwszym przypadku pęcherzyki przedstawiają się jako szpary podłużne (rysunek 2), w drugim zaś jako okrągłe lub owalne szczeliny o grubych niepodatnych ścianach (rysunek 3), które ulegając coraz to znaczniejszemu zgrubieniu od zewnątrz, ale zgrubieniu dośrodkowemu, powodują w końcu zupełny zanik światła pęcherzyków. Tym sposobem powstałe z oskrzelików ogniska ziarninowe powiększają się na swym obwodzie kosztem sąsiednich pęcherzyków płucnych, tem bardziej, iż uciśnięte pęcherzyki w razie zupełnego złuszczenia i nieodrodzenia się nabłonka, prawdopodobnie zrastają się we-

wnętrznymi swemi powierzchniami. Że ogniska ziarninowe istotnie powiększają się kosztem pęcherzyków, dowodem tego, poza opisanymi właśnie obrazami, jest także i obecność w obwodowych częściach ognisk nabłonków płucnych oraz samoistnych (bez towarzystwa włókien mięsnych włókien sprężystych).

W późniejszych okresach stan podrażnienia, szerząc się przypuszczalnie wzdłuż szczelin chłonnych, ogarnia powoli całe podścielisko łącznotkankowe płuc i widzimy wtedy nie tylko nacieczenia drobnokomórkowe i bujanie tkanki okołoskrzelowej także i pozostałych oskrzeli (t. j. oskrzeli bez organizacyi) oraz błony zewnętrznej naczyń, ale też miejscami zgrubienie ścian niezależnych od ognisk ziarninowych i większych naczyń pęcherzyków płucnych oraz zgrubienie opłucnej.

Rozwijająca się obficie ziarnina odznacza się szybkim, że się tak wyrazimy, dojrzwaniem, czego dowodem jest pojawienie się w niej nader wczesnie włóknistej substancji międzykomórkowej.

Panujące w płucach przekrwienie, o którym w opisie naszym parokrotnie wzmiankowaliśmy, objaśniamy sobie odbywającymi się w płucach sprawami wytwórczymi.

Zajmująca nas tu sprawa chorobna, której siedliskiem, jak widzieliśmy, są przedewszystkiem najdrobniejsze oskrzela, została pod nazwą *bronchiolitis obliterans* opisana po raz pierwszy w roku 1901 przez LANGEGO (9), który miał sposobność obserwować 2 przypadki tej rzadkiej choroby. Już w roku następnym FRÄNKEL (4) ogłosił nowy przypadek *bronchiolitidis obliterant.*, za którym poszły prace WEGELINA (18), MÜLLER'a (12), EDENSA (2) i VOGEL'a (20). MÜLLER wzmiankuje krótko 2 przypadki tego schorzenia oskrzeli, EDENS zaś opisuje wprawdzie aż 3 przypadki, ale z nich jeden tylko zakończył się śmiercią i był drobnowidowo badany, podczas gdy 2 inne, zakończone wyzdrowieniem, jedynie klinicznie rozpoznany były i skutkiem tego mniejsze dla nas mają znaczenie. WEGELIN przytacza przypadek *bronchiolitidis obliterant.* po aspiracyi ciała obcego. VOGEL wreszcie opisuje przypadek *bronchiolitidis obliterant.*, dotyczący jedenastoletniego chłopca. Także i w przebiegu innych chorób płuc, co zresztą znanem było jeszcze przed pracą LANGEGO, może pojawić się wtórnie histologiczny obraz *bronchiolitidis obliterant.* HART (7 i 8) widział obraz ten w zapaleniu płuc po odrze, RIBBERT (13), HERBIG (6), ALDINGER (1), a częściowo także i VOGEL (16) w 2-u przypadkach w popneumonicznem stwardnieniu płuca (*post pneumoniam crouposam*), FRÄNKEL przy induracyi po aspiracyjnem zapaleniu płuc, PERNICE (19) w przewlekłym nieżycie oskrzeli. HART (8) stwierdził obrazy *bronchiolitidis obliterant.* na ograniczonej przestrzeni u suchotnika w wolnych od gruźledek odcinkach płuc, oraz w wolnych od zwątrobienia częściach płuc po typowem zapaleniu włóknikowem. Jest on nawet zdania, iż najczęstszym punktem wyjścia nowotworzącej się tkanki łącznej w popneumonicznem stwardnieniu są właśnie ściany najdrobniejszych oskrzelików i określa dlatego to stwardnienie jako popneumoniczną *bronchitis fibrosa*.

MÜLLER widział typowy obraz *bronchiolitidis obliterant.* u królika po sztucznie wywołanem przez jednoczesne działanie zaziębnienia oraz zakażenia zapaleniu płuc, które przeszło w induracyę, SCHMORL (14) wreszcie przytacza przypadek *bronchiolitidis obliterant.* na tle syfilisu u mężczyzny z małymi gumatami prąca oraz wątroby. Płuca były tu usiane prosówkowatymi guziczkami, które przy badaniu drobnowidowem przedstawiały typowy obraz *bronchiolitidis obliterant.*, z tą jednak zasadniczą różnicą, iż zamykająca oskrzela ziarnina uległa częściowo rozpadowi, co przy właściwej *bronchiolitidis obliterans* nigdy nie ma miejsca. Badanie na *spirochaetae pallida* wykazało je w wielkiej ilości.

Jeżeli rzucimy teraz okiem na wszystko, co dotychczas pisane było tak o pierwotnej jak i wtórnej *bronchiolitidis obliterans* i porównamy spostrzeżenia innych badaczy z naszymi własnymi obserwacyami, to przekonamy się, iż chociaż istota tej sprawy chorobnej przez większość badaczy w ogólnych zarysach mniej więcej podobnie jest przedstawioną, to jednak w opisach obrazów histologicznych, a więcej jeszcze w ich pojmowaniu ujawniają się pewne różnice, które omówić szczegółowo należy. Zanim jednak przystąpimy do rozpatrzenia tych różnic, chcemy jeszcze przedtem streścić w krótkości najważniejsze dane z klinicznego przebiegu pierwotnej *bronchiolitidis obliterans*. Co się tyczy przedewszystkiem etyologii, to wszystkie opisane dotąd przypadki rozpadają się niejako na 2 grupy: 1) przypadki ze znaną określoną przyczyną choroby, 2) przypadki z etyologią nieznaną. Do pierwszej grupy dają się zaliczyć przypadki FRÄNKEL'a, WEGELINA i EDENSA. Do drugiej natomiast wszystkie pozostałe przypadki wraz z naszym.

Spostrzeżenie FRÄNKEL'a dotyczyło 25-letniego rytownika, który podczas pracy skutkiem własnej nieostrożności narażony został na działanie wyziewów kwasu saletrzanego. Chory, który zawsze dotąd był zdrow, dostał natychmiast potem silnego napadu kaszlu, klucia w pierśsiach, połączonego z uczuciem ściskania oraz duszności i po upływie 24-ch godzin musiał zapisać się do szpitala.

Status: Wybitna sinica, 72 b. powierzchowne oddechy na minutę, tętno 112, ciepłota 37°, ostra rozedma płuc, ale nigdzie wyraźnego stłumienia, wszędzie oddech pęcherzykowy, a rżenia trzeszczące, tylko częścią wielkobańkowe, częścią zaś drobnobańkowe, plwocina czerwono-brunatna, zawierająca nieliczne dwinki zapalenia płuc. Następných dni przy stałej prawidłowej ciepłocie powolne zmniejszanie się sinicy oraz duszności. W 15-ym dniu choroby pogorszenie: ciepłota 38,5°, powrót znaczniejszej sinicy i duszności, a w 21-ym dniu choroby wśród objawów ciągle wzmagającej się sinicy i duszności *exitus letalis*. Według przebiegu tego różni FRÄNKEL w swym przypadku 3 okresy: 1) gwałtowne objawy początkowe, 2) poprawa, 3) okres końcowy, zaczynający się na 6 dni przed śmiercią, przyczem okres pierwszy objaśnia on złuszczeniem nabłonka w oskrzelikach oraz obrzękiem głębokich warstw ich śluzówki, okres

drugi ustąpieniem częściowem obrzęku, okres zaś trzeci rozwojem ziarniny z obnażonej z nabłonka błony śluzowej oskrzelików.

WEGELIN miał sposobność obserwować pierwotną *bronchiolitis obliterans* u 3½-letniego chłopca, który nigdy przedtem nie chorował i który na sześć tygodni przed zapisaniem się do szpitala połknął pestkę śliwki. *Status*: Budowa wąta, serce bez zmian, w dole prawego płuca wypuk nieco stłumiony, oddechu oskrzelowego nigdzie nie stwierdzono, a tylko rżenia drobnobańkowe. Na dwa dni przed śmiercią, która nastąpiła mniej więcej w 7 tygodni po połknięciu pestki, podniesienie się ciepłoty do 38,4°. [D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

85. Hirsch. Pituitryna w położnictwie.

Autor badał działanie pituitryny w 32-u przypadkach i doszedł do następujących wniosków: pituitryna nie jest środkiem, mogącym samodzielnie wywołać bole porodowe i dlatego nie nadaje się do wywołania poronienia. Może jednak wzmocnić bole porodowe, wywołane zapomocą środka mechanicznego; może pobudzić ustające bole porodowe, lub wzmocnić i przedłużyć bole zbyt słabe. Stosowanie pituitryny jest szczególnie wskazane przed wykonaniem cięcia cesarskiego, gdyż działa bardzo silnie na kurczliwość macicy. W czasie poporodowym żaden środek, a więc i pituitryna nie może zastąpić sekakorniny.

(*Münch. medic. Wochenschrift* r. 1912, Nr. 18). *Marta Erlichówna.*

86. Ascoli i Legnani. Skutki wycięcia przysadki mózgowej.

Autorowie dokonali w szeregu doświadczeń wycięcia przysadki mózgowej u młodych psów. Wyniki były następujące: zwierzęta przestały rosnąć, osyfikacja i odżywienie kości zostały zahamowane, operowane psy odznaczały się bezkształtnością, były otyłe, ich narządy piciowe zewnętrzne i wewnętrzne nie rozwijały się normalnie. Nabłonek nasienyny nie różniczkuje się, jaja znajdują się w stanie pierwotnym. Najciekawsze są zmiany anatomiczne w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem: śledziona jest mała, biała, ciała *Malpighi*'ego prawie niedostrzegalne. Grasica jest 6 razy mniejsza niż zwykle w tym wieku, rysunek budowy zatarty, występują w niej liczne ciała *HILL-HASSALA*, w gruczole tarczowym widać też zmiany starcze; nabłonek jest płaski zamiast sześciennego, przytem widać przedwczesne zwyrodnienie koloidalne. W nadnerczu kora jest zmieniona, warstwa siatkowa i mięszysta zlewają się w jedno, komórki ich są bardzo duże i napelnione dużemi kroplami tłuszczu i lipoidu. Wyżej wymieniony wpływ braku przysadki mózgowej na gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem tłómaczy powód powikłania obrazu klinicznego, występującego w cierpieniach klinicznych przysadki mózgowej.

(*Münch. med. Woch.* 1912 5/III).

Marta Erlichówna.

87. Kriwsky. W sprawie doszczętej operacji brzusznej raka macicy (sposobem Wertheim'a).

Materyał obfity: 49 chorych w ciągu 18-u miesięcy. Do operacji przeznaczano te chore, u których nie było „zbyt rozległych nacieków, ani owrzodzeń“. Trwanie choroby wynosiło średnio 5 miesięcy; najkrócej 1 miesiąc, najdłużej 12 miesięcy. Uśpienie chloroformowo-eterowo-tlenowe, raz tylko znieczulano tropakokainą rdzeń i to musiano dokończyć operację w uśpieniu chloroformowem. Powłoki brzuszne „smarowano“ nalewką jodową. Cięcie skóry w 23-ch przypadkach podłużne, w 26-u poprzeczne. Gruczoły przerzutowe usunięto w 14-u przypadkach (28%); wśród tych chorych największa śmiertelność. Zmarło po operacji 9 chorych (18%). Przyczyny zejścia: zapalenie włóknikowe płuc, ropnica, osłabienie serca, zanik starczy. Nawrotów pierwotnego cierpienia było 13 przypadków, z tych 10 w pierwszym roku po operacji — 3 w drugim.

Operacja trwała średnio 2 godz. 5 m.; najkrócej 1 godz. 10 minut, najdłużej 3 godz. 5 m. Przebieg pooperacyjny: w 21 przypadkach (42%) zagojenie *per primam*, w 8-u przypadkach (16%) powierzchowne ropienie szwów skórnych, w 16-u przypadkach (32%) gojenie *per secundam* (przy cięciach podłużnych). Z powikłań pobocznych najczęstsze: zapalenie pęcherza moczowego. Chore po operacji wypisywano średnio po 37-u dniach.

Zentralblatt f. Gynäkologie 1912, Nr. 9).

Aleksander Porębski.

88. Zoeppritz. Ostre i przewlekłe zapalenie śluzówki szyjki macicznej.

1. Zapalenie ostre.

Objawy: Zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność przy dotyku części pochwowej; ropiaste, gęste upływy; ból w czasie miesiączkowania i przy spółkowaniu, zaczerwienienie pochwy i sromu, swiąd (*pruritus*), wyprzenie (*intertrigo*), ucisk w dole brzucha, brak apetytu, osłabienie ogólne.

Przyczyny: Po większej części dwoinki tryprowe, znajduwane w wydzielinie cewki moczowej i szyjki macicy, rzadziej w wydzielinie pochwy. Pozatem: paciorkowce, gronkowce i inne. Badanie różniczkowe zapomocą obserwacji bakteryologicznej. Czasem przyczyną zapalenia ostrego być mogą krążki śródmaciczne (odleżyny).

Leczenie: Letnie kąpiele (31°—35° C), przestrzykiwanie pochwy w pozycji leżącej czystą wodą lub z dodatkiem alsolu, glinianu octowego, octu drzewnego. Czyste utrzymywanie zewnętrznych części płciowych codziennem przemywaniem lub też lepiej jeszcze używaniem kąpeli nasiadowych letnich. Następnie: powstrzymanie się od spółkowania (zwłaszcza jeśli mąż chory na ostrą rzeżączkę), spokój cielesny i moralny, leżenie w łóżku, pokarmy nie podniecające, ubogie w mięso, zakaz wszelkich trunków gorących, uregulowanie zapomocą odpowiedniej diety czynności jelit (czasem lekki środek przeczyszczający). Krążek naturalnie usunąć.

Unikać: Sondowania i drażnienia szyjki macicznej środkami zbyt drażniącymi, lub też gorącymi przestrzykiwaniami.

2. Zapalenie przewlekłe.

a) Pochodzenia drobnoustrojowego:

Objawy: Ropiaste, rzadkie upływy, zaczerwienie, ewentualnie nadżerki ujścia zewnętrznego, przerost części pochwowej, pęcherzyki

NABOTH'a, polipy podsłuzowe; uczucie pełności i ucisku w dole brzucha ból w krzyżach, często brak apetytu, ogólne wychudnienie, ból głowy, szereg objawów nerwowych.

Przyczyny: Po większej części także dwoinki tryprowe, które trudniej znaleźć w wydzielinie szyjki macicy (najłatwiej jeszcze zaraz po skończonem miesiączkowaniu); pozatem głębokie nie zabliźnione pęknięcie szyjki.

Leczenie: Oprócz przestrzykiwań pochwy, kąpeli nasiadowych i uregulowania diety, leczenie czysto miejscowe: po oczyszczeniu części pochwowej wodą utlenioną, przyżegać kanał szyjny dwa razy tygodniowo zapomocą pręcików gumowych MENGEGO, maczanych w 30%—50%-ym roztwornym formaliny (zamiast tych pręcików można używać sondy PLAYFAIR'a). W razie zwężenia kanału (ujścia zewnętrznego) i przeto zatrzymywania się wydzieliny—dokonać rozcięcia (*discissio*), jednakże lepiej tego unikać. Nadżerki przyżegać nalewką jodową lub roztwornym formaliny (50%-ym). Albo też, po założeniu wziernika rurowego, przemyć (wykąpać) w przeciągu kilku minut część pochwową stężonym octem drzewnym, w ostatecznym razie wyciąć te nadżerki.

Przerosła część pochwową nakłuwać ostrym dwusiecznym skalpelem (w razie krwawienia obfitego założyć tampon jałowy z gazy). Tę czynność raz w tygodniu spełniać.

Pęcherzyki NABOTH'a przekłuć, polipy usunąć, pęknięcia szyjki po odświeżeniu brzegów zeszyć (operacja EMMETA).

b) Pochodzenia niedrobnoustrojowego:

Objawy: jak pod *a*.

Przyczyny: Blednica niedokrwistość, zaburzenia w krążeniu krwi w naczyniach małej miednicy wskutek przewlekłego zaparcia stolca, zboczenia w położeniu narządów w małej miednicy, samogwałt, spółkowanie przerywane (*coitus interruptus*), guzy.

Leczenie: Usunięcie guzów i zboczeń w położeniu narządów. Uplawy leczyć przestrzykiwaniami przeciwnilnymi (kwas borny, woda utleniona) lub kąpielami nasiadowymi letniemi.

Leczenie ogólne: W blednicy pobyt na świeżem powietrzu, ruch mierny, lekkie sporty. Unikanie wysiłków fizycznych i moralnych; potrawy bogate w białko. Z leków: arsenik w różnych formach. Zaparcie stolca usuwać zapomocą lewatyw z oliwą (100—250 grm. oliwy).

Co do samogwałtu i spółkowania nienormalnego, pouczyć o niebezpiecznych tego dla zdrowia następstwach.

Niedokrwistość leczyć według zasad medycyny wewnętrznej.

Prawidła ogólne: We wszystkich rodzajach zapalenia słuzówki szyjki macicznej lub samego trzonu macicy, należy leczenie miejscowe ograniczyć do zabiegów li tylko niezbędnych, (zwłaszcza w zapaleniu przewlekłym). Przekrwienie organów płciowych usuwać można zapomocą wywołania wzmożonego krwioobiegu w skórze, zalecając kąpiele zimne, nacieranie ciała gąbkami mokremi, tusze. Osoby zamożne powinny leczyć się w odpowiednio urządzonych zakładach.

Celem uniknięcia zaparcia stolca, powinno się spożywać potrawy mleczne, roślinne, mało mięsa, dużo chleba (razowego), kompoty przeróżne. Jeść mało naraz, a wiele razy w dzień. Z napojów dobre są: jabłcznik (wino jabłczane), limoniady. Masaż zapomocą kul (*Massagekugeln*). Zboczenia w położeniu (pozycji) organów usuwać raczej na drodze operacyjnej.

(*Medizinische Klinik*, 1912, Nr. 11).

Aleksander Porębski.

OBECINEK.

Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy Polaków w minionem stuleciu.

Według przemówienia w d. 4/v 1912 w Warsz. Stow. Lekarzy,

Podał

Dr Józef Jaworski.

(Dokończenie. — Patrz № 23).

Działalność naszych poprzedników, praca mężów wielkiej zasługi na niwie społecznej, a posiadamy takich legion cały—mówić mogę, ze względów zrozumiałych, tylko o dawniej żyjących, a przytoczyć tylko nielicznych—jest nader chlubnym świadectwem.

Zacznę od wskazania na ostatnią sferę działalności. Opieka nad stanem rzemieślniczym, dążenie do podniesienia rękodzieł naszych, do wzmocnienia wytwórczości przemysłu krajowego leżało zawsze na sercu lekarzom naszym i było i jest obecnie udziałem pracy ich w tej dziedzinie życia społecznego. Dla przykładu przytaczam, że prof. DIETL, jako prezydent miasta Krakowa, powołany na stanowisko w r. 1866. pensję. przywiązaną do zajmowanej posady, w znacznej części obracał na cele filantropii, ubogie lub nieradne mieszczaństwo krakowskie szczególnie leżało mu na sercu. Tym sposobem powstał fundusz imienia DIETL'a z przeznaczeniem odsetek na wsparcia dla zubożałych rzemieślników krakowskich, później dał zapomogę dla uczniów Szkoły przemysłowej, wreszcie założył dla rzemieślników Kasę pożyczkową, dla której osobny statut napisał — Statut funduszu pożyczkowego prezydenta J. DIETL'a dla rzemieślników krakowskich r. 1869.

KAROL MARCINKOWSKI (ur. 1800 † 1846), wielki obywatel i patriota, między innymi zakłada około r. 1835 w Poznaniu „Bazar”, jednoczący w sobie handel i przemysł rodzinny oraz życie miejskie. MARCINKOWSKI stworzył w Poznańskim ruch o podkładzie społeczno-ekonomicznym, zdążający przez oświatę, wychowanie, wykształcenie fachowe i rozumną pracę do wytworzenia nowoczesnego, silnego społeczeństwa. Wyrazem tych dążeń stało się Towarzystwo Pomocy Naukowej jego imienia, założone i otwarte przezeń 1844 r.

Przez dziesięć lat stał MARCINKOWSKI na czele społeczeństwa poznańskiego nie z wyboru, ale siłą faktu. Mieszkanie ówczesne MARCINKOWSKIEGO przy Starym Rynku było wtedy miejscem zbornem dla wszystkich ludzi czynu, a MARCINKOWSKI ich wodzem.

Tu każda sprawa publiczna była rozpatrywana, tu każdy projekt, dla dobra ogółu wniesiony, przed wykonaniem musiał zyskać sankcję.

Niezapomniany TYTUS CHALUBIŃSKI († 1889), jak wiemy, zapoczątkowuje i przyczynia się do założenia szkoły koronkarskiej i snycerskiej w Zakopanem, która zarazem obejmuje stolarstwo, ciesielstwo i budownictwo, a przy poparciu marszałka ZYBLIKIEWICZA dla szkół tych wyrabia przywileje państwowe.

LUDWIK NATANSON (zm. 1896 r. w Warszawie), między innymi stworzył takie instytucje, jak: Szkoła Rzemiosł, Warsztaty rzemieślnicze i szpital na Czystem, był jednym z założycieli Muzeum Przemysłowego, i wraz z ks. T. LUBOMIRSKIM był uczestnikiem budowy domów z tanimi mieszkaniami dla robotników.

JÓZEF CHWIEĆKOWSKI (zm. 1880 w Meranie), lekarz po za krajem, na Wschodzie praktykujący, obok stypendyów dla studentów, zapisał fundusz na zapomogi dla uczniów szkół technicznych oraz przeznaczył premia za wydawnictwa popularne. Specjalny Komitet peryodycznie wyznacza zapomogi praktykantom technicznym, kształcącym się za granicą.

W końcu nadmienię, że Towarzystwo Lek. Warsz. rozporządza także odsetkami od funduszu lekarza FELIKSA JABŁONOWSKIEGO, (ur. 1816 r. w Warszawie † 1878 r.), z przeznaczeniem na wsparcia dla podupadłych, zachwianych w interesach przez los, krawców i piekarzy.

I obecnie koledzy nasi, zwłaszcza na prowincyi, w niektórych okolicach kraju, gorliwie np. współdziałają rozpowszechnianiu przemysłu ludowego, poświęcając nie tylko w tym celu pracę swoją, lecz i krwawo zapracowany pieniądz.

Wogóle lud wiejski, położenie jego, dawno były już zwróciły uwagę baczna lekarzy Polaków. Jako przykład posłużyć może, między innymi fakt, że lekarz wileński JAKÓB SZYMKIEWICZ (zm. 1818 r.) kapitały ofiarował na stypendya i cele dobroczynne, a majątność ziemską Tankiele w powiecie wilkomirskim, zapisał włościanom, swym poddanym.

W najbliższej epoce po zamknięciu Szkoły Głównej w Warszawie nastąpił u nas okres, ochrzczony nazwami: materializmu i pozytywizmu w nauce, naturalizmu w sztuce, i pracy organicznej w robocie publicznej, pracy około podstaw bytu społecznego. Nie mogę się wdawać na tem miejscu w roztrząsanie i ocenę kierunku tego, nadmieniam tylko, iż przekonano się wkrótce, że społeczeństwo obok poziomych interesów materialnych posiada i pewne uczucia zbiorowe, że bardzo dobrze jest przemawiać do rozumu i jeszcze raz do rozumu, lecz nie jest grzechem zwracać się do rozumu i serca razem.

Sprawiedliwość przyznać nakazuje, iż lekarze nasi po wypadkach politycznych lat 60-ych, jedni z najpierwszych otrząsnęli się z pewnej odrętwialości, apatii i przystąpili do pracy u podstaw bytu narodowego. Politycznie niezależni, więcej samodzielni, a co najważniejsza licznie rozrzućeni po całej przestrzeni kraju, w najodleglejszych nawet zakątkach jego, z zamiłowaniem, nieraz z poświęceniem, powiem silniej, nieraz wprost z bohaterstwem, ze względu na ciężkie nad wyraz warunki prowincyi, obok zajęć czysto zawodowych, wzięli się do cichej pracy codziennej około dobra powszechnego. Nasi koledzy na prowincyi przez pracę swą w wielu wypadkach dowiedli, że nie tylko tam, gdzie wszystko do pracy jest przygotowane, gdzie ta praca idzie jak dobrze naoliwiona maszyna, samodzielnie pracować umieją, lecz nawet we wręcz przeciwnych okolicznościach potrafią nowe tereny pracy stwarzać, przeszkody usuwać, niechęci przewyciężać. I nie jeden przykład mamy takiej właśnie działalności lekarskiej na prowincyi. Zdarzało się i zdarza po dzień dzisiejszy, że całą zasługę rozbudzenia życia publicznego w danej miejscowości dźwiga na sobie jeden człowiek, jeden obywatel, a tym jest lekarz miejscowy, który jest pionierem postępu i kultury.

Gdy w ciągu ostatnich dziesięcioleci stanęła wyraźniej społeczeństwu przed oczami troska podźwignięcia naszych warstw ludowych, do-

starzenia im oświaty, dostarczenia im dorobku cywilizacyjnego, znów lekarze nasi w wielu okolicach kraju przystąpili do pracy pod hasłem oświaty dla ludu i przyznać trzeba, że właśnie lekarze w znacznej mierze przyłożyli rękę do spopularyzowania go i w ogóle dużo w dziedzinie tej już zrobili i dalej robią skutecznie.

Ta rola, że tak powiem, szerzenia cywilizacji narodowej wśród warstw ludowych, tyle zaszczytna już w samym założeniu, znalazła między kolegami naszymi na prowincyi gorliwych a wytrwałych, acz cichych, wykonawców.

Ci znów lekarze nasi, których ogół lub naród w ważnych chwilach dziejowych obdarzył swem zaufaniem, powierzył im rolę reprezentantów, potrafili zawsze wykazać nie tylko rzadkie umiłowanie dobra publicznego, bezgraniczne poświęcenie, zaparcie się aż do utraty stanowiska, a nawet niekiedy wolności osobistej, z drugiej strony rzadką zdolność organizacyjną, umiejętność pozyskania wybitnego stanowiska, wpływów i popularności. Przypomnijmy dla przykładu garstkę faktów, np. z życia wielkiego lekarza i obywatela KAROLA MARCINKOWSKIEGO. Na krótki czas przed ukończeniem nauk lekarskich w Berlinie za udział w Związku „Polonia” w r. 1822 przesiedział pod śledztwem i w więzieniu w twierdzy Weichselmünde. W r. 1830 wziął jako żołnierz udział w wypadkach. Zasługi wojskowe, gorliwość służbowa, dojrzały i wytrawny sąd zjednały mu wkrótce stopień szefa generalnego sztabu przy generale CHŁOPICKIM. Przebywając po wypadkach w Paryżu w celach naukowych, własnymi zasobami wspierał niedolę rodaków. Medal złoty wartości tysiąca franków, jaki mu przyznała w r. 1833 Paryska Akademia Nauk, za rozprawę o cholery, spieniężwszy, obrócił dla tula-czów-ziomków. Po powrocie do Poznania przesiedział 6 miesięcy w twierdzy za udział w r. 1830.

Odmienny typ lekarza, profesora nauczyciela, profesora uczonego, a jednocześnie nader wybitnego działacza obywatela przedstawia JÓZEF DIETL (ur. 1804 † 1878). Pomijam jego zasługi naukowe, profesorskie, jego pracę dla zdrojowisk polskich, której nie dorównała praca następnych pokoleń razem wziętych, a wskażę tylko na niego, jako na męża stanu, na najpopularniejszego przedstawiciela kraju. Przy pierwszych zaraz wyborach do Sejmu galicyjskiego (w r. 1861) został ogłoszony posłem, a wkrótce potem wysłany przez Sejm do Wiednia, jako członek Rady Państwa.

Pragnąc wpłynąć na opinię publiczną, DIETL, uczonej pierwszorzędnej miary, nie waha się napisać i wydać kilku doniosłych w skutkach broszur politycznych („Dyplom cesarski i Sejm Galicyjski”, „Przemówienie Michała Wiarosława do ludu”, „Nie bójmy się włościan“, „Głos obywatela z pod Tuchowa“, „Kogo mamy wybierać do sejmu?“, „Głos Michała Wiarosława do ludu“). I w wychowaniu publicznem DIETL pozostawił wiekopomne ślady. Jako członek Komisji Edukacyjnej, kierując się pracami reformy Kołłątajowskiej i późniejszej Komisji Edukacyjnej, wydał wysokiej wartości dzieło „O reformie szkół krajowych“ 1865, 1866. DIETL stawał dzielnie w obronie praw Uniwersytetu, w obronie języka polskiego i autonomii kraju, toteż nieprzyjaciele jego, wrogowie swobód politycznych kraju, w r. 1865 doprowadzili do tego, że DIETL'a nie tylko nie zatwierdzono jako rektora (po raz 3-ci na tę godność powołanego), lecz pod hasłem wrzekomego niebezpieczeństwa dla monarchii austriackiej, wyjednano reskrypt cesarski, który zupełnie usuwał go z katedry. Był to cios nie tylko dla niego, lecz i dla Uniwersytetu i dla całego społeczeństwa.

Bezwzględność i niesłuszność tego ministeryalnego postanowienia zaznaczały nawet pisma niemieckie, wrogo dla nas usposobione, a „Wiener med. Wochenschrift“ w najbliższym numerze poświęcił osobny artykuł zasługom DIETL'a, wyrażając przytem „żał głęboki, że nauczyciela uniwersytetu po upływie 32-letnich niepospolitych zasług, położonych w różnych gałęziach działalności lekarskiej, tak po prostu za drzwi wyproszono, jak gdyby takich mężów było u nas, w Austrii, za wielu, jak gdyby ich działalność była tak drobna, że dla państwa może być obojętna“.

Mimowoli przychodzi na myśl obecna historia prof. PETRAŻYCKIEGO. Reakcyja wszędzie jednakimi szlaki stąpa.

Miasto Kraków, pragnąc DIETL'owi osłodzić doznaną niesprawiedliwość, zaprosiło go na członka Rady Miejskiej i wybrało na prezydenta m. Krakowa. Nie mogą kreślić zasług niezwykłych DIETL'a na tem stanowisku, powiem tylko słowami M. ZYBLIKIEWICZA, że „wszystko co się robi w Krakowie i dla Krakowa, robi się zawsze jeszcze według planów i pomysłów DIETL'a“, a od siebie dodam, że i obecne wielkie projekty w części urzeczywistnione, co do rozszerzenia i uporządkowania Krakowa, jak widać z pism i życia DIETL'a, są jego projektami.

Obok MARCINKOWSKIEGO, DIETL'a i wielu innych, których wyliczać mi trudno, jako działaczy politycznych, postawić musimy TYTUSA CHALUBIŃSKIEGO, członka Delegacji w latach 60-ch. Zamiast charakterystyki pod tym względem męża tego, przytoczę pewne wydarzenia, podane w książce W. SPASOWICZA, p. n. „Życie i polityka Margrabiego WIEŁOPOLSKIEGO“ (po rosyjsku. Petersburg 1882, str. 160, 161).

„W niedzielę, 8-go kwietnia 1861 roku do poskromienia burzliwych ruchów na ulicach Warszawy władze uznały za stosowne użyć siły zbrojnej: wojsko rozpedzało zebrane przed Zamkiem podniecone tłumy, puliczność odpowiadała gradem kamieni i czem kto mógł wzamian, za co znów padło kilkaset wystrzałów... Tragiczne, przejmujące grozą epizody, jakich obyśmy nigdy i nigdzie nie byli nawet świadkami“...

I w takiej chwili ogólnego rozdrażnienia, pomiędzy tłumami publiczności, pod gradem kamieni przesuwala się przez Krakowskie Przedmieście ku Zamkowi karetą z profesorem CHALUBIŃSKIM na kozle, a wewnątrz z ówczesnym dyrektorem komisji wyznań i oświecenia publicznego, margrabią ALEKSANDREM WIEŁOPOLSKIM, któremu powszechnie przypisywano winę całego tego wypadku, palając do arbitralnego męża stanu bezgraniczną nienawiścią. Przejęty grozą, CHALUBIŃSKI przedstawił zamieszkałemu w pałacu namiestnikowskim WIEŁOPOLSKIEMU konieczność zwrócenia się bez zwłoki z prośbą do Namiestnika, podjął się być tarczą margrabiego i dopiął celu. „Idźcie do domu“, powtarzał z kozła do tłumu na prawo i na lewo... Na widok znakomitego lekarza nie jeden kamień zatrzymał się w ręku, niejedna laska zawisła w powietrzu, setki podniesionych pięści opadły: przed karetą ze zdruzgotanymi szybami zwolna rozstępowały się tłumy, przepuszczając śmiałych petentów prawie pod sam Zamek, gdzie natychmiast uwzględniono prośbę WIEŁOPOLSKIEGO o zaprzestanie krwi rozlewu“...

Niech to zdarzenie będzie dowodem wielkiej duszy, odwagi i niesłychanej potęgi i uroku CHALUBIŃSKIEGO, któremu nawet w takiej chwili — powszechnego, a we wręcz przeciwnym kierunku — podniecenia umysłów, ulegać musiały tysiące...

Nie zająłem się rozpatrzeniem sfery badań naukowych, pracy w czasopiśmiennictwie lekarskiem lekarzy Polaków w tej epoce. Ta dzia-

łałość mogłaby być przedmiotem osobnego studjum o umysłowości lekarzy naszych. Nie mogę się jednakże powstrzymać, aby przynajmniej nie nadmienić, że na początku minionego stulecia właśnie imię polskie zajaśniało najświetniejszym blaskiem w dziedzinie dociekań biologicznych. Ta prawda naukowa, która dzisiaj wydaje się nam tak jasna i zrozumiała, że nie w przyrodzie nie ginie, tylko zmienia formę bytu, że życie w przyrodzie polega na ciągłej przemianie formy, a w każdej pojedynczej żyjącej istocie, na nieustannej przemianie materji, a dalej, że śmierć jednych istot staje się punktem wyjścia dla życia drugich, ta prawda dla biologii, dla fizjologii, stała się epokową, a ten który ją wykrył, JĘDRZEJ ŚNIADECKI (ur. 1766 † 1838), wszedł do grona nieśmiertelnych, stanął w rzędzie badaczy genialnych.

Na schyłku zaś ubiegłego stulecia zamknął znów, przedwcześnie niestety, bilans swej również epokowej w nauce działalności inny uczony polski, który, acz zmuszony pracować nie u swoich, a na obczyźnie, wśród nas zapragnął spocząć, uczony, który, idąc wciąż wyżej do poznania własności biologicznych komórek i ich składu chemicznego, przechodząc z drugiej strony od białka martwego do tych jego postaci, gdzie ustaje granica pomiędzy tem co martwe, a co żywe, dotarł do poznania istoty enzymów. Poznanie tych ciał, a także dążenie do otrzymania sztucznego takich niestałych ciał białkowych, któreby miały własności żywej protoplazmy—oto zadania chemii biologicznej równoczesne z zadaniem poznania i istoty życia. To wzniosła idea, której nieprzewidziane losy urzeczywistnić w całości temu genialnemu umysłowi, jakim był MARCELI NENCKI, (ur. 1847 † 1901 r.) nie pozwoliły.

Tak więc na rubieży dwu stuleci, niby słupy, jaśniejące promieniami genjuszu narodowego, stanęli: JĘDRZEJ ŚNIADECKI i MARCELI NENCKI.

Z tego pobieżnego i uczynionego z konieczności w tętnie cwałowem przeglądu epoki omawianej, widzimy, że lekarze Polacy, obok spełniania najbliższych zadań, t. j. zawodowych, postępowali, jako krzewiciele cnót obywatelskich, krzewiciele oświaty i kultury, obrońcy przed bezprawiem, a praw przysługujących, opiekunowie biednych i krzywdzonych, co wszystko w ciągu lat dziesiątków, złożyło się na pochlebne imię lekarzy obywateli, dobroczyńców, torowało im nieraz drogę do rozgłosu i sławy, przywiązywało serca, a otoczało żywymi oznakami uznania i szacunku ze strony społeczeństwa zawód lekarski polski.

Jeżeli temat taki, o cechach charakterystycznych działalności społecznej lekarzy Polaków w minionem stuleciu — sobie postawiłem i pragnąłem go przed Kolegami rozwinąć, to uczyniłem to głównie dla tego, że wydaje mi się, że pokolenie obecne lekarzy naszych, aczkolwiek posiada wiedzę zawodową dokładną, aczkolwiek przyswoiło sobie mniej lub więcej dokładne pojęcia i wiadomości ostatnie ogólnej wiedzy współczesnej,—to jednakże o dorobku duchowym własnego narodu, o polskim naszym piśmiennictwie, o wielkiej pracy, jaką nasz naród na tych polach wykonał w przeszłości, o niespożytych zasługach na polu pracy społecznej naszych poprzedników, najczęściej, na ogół, ma pojęcie niedokładne, wogóle słabe.

Naród zajmuje stanowisko wśród ludzkości nie tem, czego się od innych uczy, ale tem, co sam tworzy. W pewnym stopniu odnieść zasadę tę można i do danej grupy zawodowej, do danego poddziału społeczeństwa. Żeby tworzyć, trzeba się przedewszystkiem uczyć, ale żeby wykazywać samodzielną twórczość narodową, trzeba dobrze przyswoić sobie to, czego nasi poprzednicy dokonali, co naród, ewentualnie zawód dany przed nami stworzył. Szkoła obca nie wynarodowiła nas w zakresie

elementarnych znamion narodowych, nie przestaliśmy mówić i myśleć po polsku. Ale szkoła ta zubożyła nas dochowo i kulturalnie, jako Polaków, bo wydała pokolenia, nie posiadające wiedzy polskiej.

Pokolenia, którym obcy jest dorobek cywilizacyjny pokoleń poprzednich, którym niezawsze wiadomem jest, co myśl polska i praca w poprzednich pokoleniach zrobiła, nawet przy najlepszej chęci posuwania narodowego postępu, trudno tego dokonywać będą.

Zresztą, jak słusznie mówi autor „Irydyona” — kto nie ma szlacheckich wspomnień, nie może mieć szlacheckich nadziei, a ludzie znakomici — dodam, nie tylko są chwałą, dobrem i siłą; samo poczucie, że się ich ma, krzepić już musi...

PIŚMIENNICTWO.

S. ASKENAZY. ŁUKASIŃSKI, Warszawa 1908. B. BARTKIEWICZ i H. DOBRZYCKI, Szkoła Główna Warszawska (1862—1869), t. II. Cesarsko-Królewska Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia (1857—1862) i Wydział Lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej (1862—1869), Kraków 1901. J. BIELIŃSKI. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej, bibliograficznie przedstawiony, Warszawa, 1889. Tenże. Królewski Uniwersytet warszawski (1816—1831), t. I, Warszawa 1907 i t. II—1911. Tenże. Związki akademików w Warszawie, „Kwartalnik historyczny”; R. XVIII, 1904. Tenże. Uniwersytet Wileński, Kraków, 1900, 3 tomy. Dr. S. CIECHANOWSKI, Medycyna polska w dobie ostatniej, Przegląd Polski, Kraków, 1911. J. GRABOWSKI. Józef Dietl. Zarys biograficzny, Warszawa, 1903. S. KOŚMIŃSKI. Słownik lekarzów polskich, 1888. A. KRAUSHAR. Siedmiolate Szkoły Głównej warszawskiej, Wydział prawa i administracji, 1882. B. KRYSIEWICZ. Karol Marcinkowski, 1903. A. KWAŚNICKI. Rozwój nauki nauczania w Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w XIX stuleciu. Nowiny Lekarskie, R. XVII, 1905. H. ŁUCZKIEWICZ. Aforyzmy i Rokowania oraz Przysięga et cet. HIPOKRATESA, z greckiego tekstu na język polski przełożone, Warszawa, 1864. A. SOKOŁOWSKI. W. Koczołowski. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1911 r. WL. SPASOWICZ. Życie i polityka margrabiego Wielopolskiego (po rosyjsku), Petersburg, 1882.

Wiadomości bieżące.

— Jak wiadomo w r. 1910 wskutek cyrkularza ówczesnego towarzysza ministra spraw wewnętrznych wykonawstwo sekcji zwłok w szpitalach naszych zostało, wbrew ustawie szpitalnej z r. 1842, w wysokim stopniu ograniczone i uzależnione od dobrej woli rodziny zmarłego. Odnośne starania lekarzy naczelnych szpitali, poparte przez p. Inspektora szpitali, dra TROŁKIEGO, upominające się o uwzględnienie prawa, obowiązującego dotąd w Królestwie, długo pozostawały bez skutku, i dopiero w ostatnim czasie doczekały się pomyślnego rezultatu. Przed paru dniami szpitale zostały zawiadomione, że Rada Lekarska po rozpatrzeniu podań lekarzy naczelnych szpitali warszawskich odnośnie wykonawstwa badań zwłok osób zmarłych w tych szpitalach, uznała za możebne zadośćuczynienie im i powrót do postępowania według ustawy szpitalnej z r. 1842 (§§ 219, 220, 221). Zdanie to podzielił w zupełności p. wice-minister spraw wewnętrznych, CHARUZIN i polecił kancelaryi warszawskiego General-Gubernatora wprowadzić je w życie.

— Dnia 9. czerwca poświęcono fundamenty pod nowy dom mieszkalny w zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy. Budynek 2-u piętrowy został przeznaczony na mieszkania dla 3-ch lekarzy i 8 dozorczyń. Na parterzei pierwszym piętrze zastosowano rozkład pokoi taki, aby w razie potrzeby mogły być zamienione na pomieszczenie dla chorych. Dom będzie skanalizowany oraz oświetlony elektrycznością, która zaprowadzana jest obecnie na całym terytorium zakładu. Plany domu wykonane przez budowniczego SALOMONOWICZA, pod jego też kierunkiem prowadzone są roboty, które będą ukończone w połowie listopada. Obecne pomieszczenia lekarzy i służby oddane będą wtenczas do użytku chorych, co da możność Towarzystwu udzielenia

opieki jeszcze 25-u chorym (obecnie jest ich 210). Po dokonaniu poświęcenia członkowie zarządu Tow. Opieki nad nerw. i umysł. chorymi oraz zaproszeni goście zwiedzili obecne pomieszczenia chorych i pracownię lekarską, którą w roku ubiegłym urządzono o tyle, iż miejscowi koledzy mogli rozpocząć poważniejsze badania naukowe. Należy życzyć kolegom szczególnej wytrwałości w tym kierunku, aby Drewnica w niedalekiej przyszłości stała się placówką prawdziwej i pożytecznej wiedzy.

— Dnia 6. b. m. otwarty został w Warszawie zakład leczniczy dla chorych przychodzących pod firmą „Energiejon”. Jest to wzorowo urządzone inhalatoryum systemu KÖRTING’a do wdychania suchego powietrza; kąpiele słoneczne w obszernej oszklonej werandzie, pokrytej szklanym dachem, i kąpiele elektryczne. Zakład mieści się na 8-m piętrze przy placu Zbawiciela (Mokotowska 14), jest własnością inż. JABŁOŃSKIEGO; kierownikiem lekarskim jest kol. BAŃSKI.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 12-go do 18-go maja r. b. do szpitali warszawskich przybyło 112 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 1, odrą 2, płonicą 11, błonicą 6, różą 8, tyfusem brzusznym 18, tyfusem płamistym 17, grypą 6, zapaleniem płuc 42 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 15 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 2, tyfus brzuszny 1, tyfus płamisty 1 i na zapalenie płuc 9; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 16 osób, mianowicie: na ospę 3, odrę 2, płonicę 5, błonicę 1, różę 3, i na koklusz 2.

W następnym tygodniu od dnia 19-go do 25-go maja przybyło do szpitali miejskich 112 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 10, odrą 1, płonicą 16, błonicą 1, różą 15, tyfusem brzusznym 14, tyfusem płamistym 11, grypą 6, zapaleniem płuc 37 i kokluszem 1.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 19 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 1, płonicę 1, tyfus brzuszny 2, tyfus płamisty 2 i na zapalenie płuc 13. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 19 osób, mianowicie: na ospę 1, odrę 3, płonicę 7, różę 1, tyfus brzuszny 2, koklusz 4 i na biegunkę krwawą 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 12-go maja—3153, 19 go maja—2969 i 25-go maja—2933.

NEKROLOGIA.

Ś. p. Włodzimierz Wysokowicz.

Dnia 26. maja r. b. zmarł w Kijowie profesor uniwersytetu Ś-go Włodzimierza WŁODZIMIERZ WYSOKOWICZ, wybitny bakteriolog i anatomo-patolog. Prace jego z dziedziny bakteriologii i anatomii patologicznej zasłużyły mu sławę i imię uczonego.

Ś. p. Wysokowicz należał do tych uczonych, którzy wyniki swych dociekań wcielają w życie. Pomimo wątłego zdrowia wskutek gruźlicy płuc, był on człowiekiem wielkiej energii. Ta cecha charakteru nie pozwalała mu ograniczać się do badań naukowych, lecz pchała go i na drogę działalności społecznej. Charków i Kijów zawdzięczają jego inicjatywie i zabiegom powstanie wielu instytucji i towarzystw użyteczności publicznej w rodzaju instytutu bakteriologicznego w Charkowie i Kijowie, towarzystw walki z gruźlicą, z chorobami zakaźnymi, z nowotworami złośliwymi (rak) i t. d. Jako profesor cieszył się wielką popularnością i zaufaniem wśród swych słuchaczy.

Ś. p. Wysokowicz, polak i katolik, urodził się 15. marca 1854 r. w Hajsynie gub. podolskiej. Gimnazjum ukończył ze złotym medalem w Charkowie

w r. 1871, a w roku 1876 wprost z ławy uniwersyteckiej brał udział w kampanii tureckiej, jako prosekator szpitala wojskowego na Kaukazie. Dzięki swym pracom z dziedziny anatomii patologicznej z tego okresu czasu, ś. p. Wysokowicz został w r. 1880 nadetatowym asystentem przy katedrze anatomii patologicznej w uniwersytecie charkowskim, a w r. 1882 uzyskał stopień doktora medycyny po obronie rozprawy „o zmianach w naczyniach krwionośnych w syfilisie”. W r. 1884 ś. p. Wysokowicz został delegowany w celach naukowych za granicę. Szereg prac z tych lat o ostrym zapaleniu osierdza oraz o roli drobnoustrojów, zastrzykniętych do naczyń krwionośnych u zwierząt, ustalają mu opinię naukową. W r. 1886 zostaje docentem przy katedrze patologii ogólnej w uniwersytecie charkowskim i jednocześnie dyrektorem Instytutu Bakteryologicznego Towarzystwa Lekarskiego Charkowskiego, a w r. 1895 profesorem anatomii patologicznej w uniwersytecie Ś. go WŁODZIMIERZA w Kijowie, i pozostaje na tem stanowisku aż do śmierci. Niezależnie od tego stanowiska był dyrektorem Instytutu Pasteur’owskiego w Kijowie.

Od tego czasu datuje się najwybitniejszy okres jego działalności naukowej i społecznej. Prace jego o wściekłości, dżumie, cholercie, durze, gruźlicy i nosaciznie ogłoszone niestety w językach obcych, przyczyniają się nie tylko do wyświetlenia istoty tych chorób, lecz i walki z nimi. Jako wybitny epidemiolog ś. p. Wysokowicz, delegowany przez rząd, w r. 1896 uczestniczył w badaniach nad dżumą międzynarodowej komisji w Bombaju, w r. 1899 prowadził badania nad dżumą w Kołobowce gub. astrachańskiej, dalej kierował walką z dżumą w Odesie, z cholera w Kijowie, a nawet podczas wojny japońskiej był wysłany w celu zbadania przyczyn epidemii na tyłach armii rosyjskiej.

Ta krótka biografia daje nam pojęcie o pracach i charakterze tej miary uczonego, jakim był ś. p. Wysokowicz. Pracował on duszą i ciałem dla tego otoczenia, wśród którego wyrósł. Sprawy polskie jednak nie były mu obce. Interesował się nimi; umarł jako polak i katolik.

Ze śmiercią ś. p. Wysokowicza tracamy nie tylko nieustrudzonego, cichego badacza chorób zakaźnych, lecz i doniosłego w swych dociekaniach uczonego.

Cześć Jego pamięci!

Wł. Palmirski.

Ś. p. Dr Stanisław Bartoszewicz.

W d. 9, czerwca r. b. zmarł w Łodzi ś. p. dr STANISŁAW BARTOSZEWICZ, kierownik pracowni chemiczno bakteryologicznej miejskiej tamże. St. BARTOSZEWICZ pochodził z rodziny znanej i zasłużonej na różnych polach działalności. Urodził się w r. 1859 w Warszawie. Po ukończeniu nauk średnich wstąpił na wydział przyrodniczy Uniwersytetu w Petersburgu, który ukończył ze stopniem kandydata nauk przyrodniczych. W r. 1871 wstąpił do Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu, po której ukończeniu i doktoryzowaniu się w r. 1891 otrzymał posadę w tyfliskim szpitalu wojskowym. Przez 3 lata był sekretarzem z wyboru Tow. Lekarskiego w Tyflisie i redagował Roczniki tegoż Towarzystwa. Następnie przeszedł do Charkowa i tutaj został ordynatorem przy klinice szpitalnej uniwersyteckiej. W r. 1889 pracował w Paryżu u prof. CHANTEMESSÉ’a i VIDALA. Wkrótce, bo w r. 1894 St. BARTOSZEWICZ uzyskał *veniam legendi* z bakteriologii. Jakoż, przedmiot ten, jako docent prywatny, wykładał w Uniwersytecie tamtejszym od r. 1894 do 1897. W r. 1893 St. BARTOSZEWICZ, pragnąc pracować w kraju, przeniósł się do Warszawy, i czynił starania, aby w Uniwersytecie tutejszym otrzymać prawo wykładów. Usiłowania te, z przyczyn od niego nie-

zależnych, nie odniosły skutku. Otrzymuje natomiast posadę ordynatora w szpitalu dla zakaźnych chorych Ś-go Stanisława, na Woli. Niezależnie od tego, będąc zawsze zamiłowany w nauczaniu, a nie mając do tego szerszego pola, poprzestaje na wykładach chemii i fizyki w zakładach naukowych prywatnych, jednocześnie prowadzi pracownię analityczną prywatną.

Gdy w r. 1907 zawakowało stanowisko kierownika Pracowni chemiczno-bakteryologicznej w Łodzi, po opuszczeniu go przez S. SERKOWSKIEGO, S. BARTOSZEWICZ przeniósł się do Łodzi i stanowisko to w lipcu r. 1907 objął.

Przygotowany fachowo do tego rodzaju zajęcia i rozmiłowany, jako przyrodnik, w badaniu, St. BARTOSZEWICZ z energią i zapałem przystąpił do pracy na nowej placówce. Ze sprawozdań, ogłoszonych przez niego w „Nowinach Lekarskich“, „Zdrowiu“ i t. d., okazuje się, że St. BARTOSZEWICZ prowadził badania rozległe w różnych kierunkach, zwłaszcza woda studzien łódzkich była przedmiotem troskliwych rozbiorów, a następnie najrozmaitsze produkta spożywcze, będące w obiegu handlowym. Już w pierwszym roku St. BARTOSZEWICZ wykazuje, jako wynik działalności Pracowni miejskiej, 193 analizy i rozbiory. Nadt, dokonany został w Pracowni cały szereg badań dla celów dyagnostycznych w oczekiwaniu cholery. Niezależnie od tego STANISŁAW BARTOSZEWICZ przystąpił do ułożenia tablic śmiertelności mieszkańców m. Łodzi, oznaczywszy dla działu — „choroby zakaźne“ 15 rubryk i dla działu „choroby niezakaźne“ — 31 rubryk. Tablice te, których oryginały posiadamy, ułożone bardzo starannie i szczegółowo, mogłyby być wzorem dla statystyki dla innych miast prowincjonalnych naszych.

Ś. p. BARTOSZEWICZ pozostawia po sobie szereg prac i artykułów, drukowanych głównie i przeważnie w czasopismach lekarskich polskich, niemieckich i rosyjskich.

Wogóle prace i artykuły zmarłego dotyczą głównie rzadszych przypadków pod względem etyologii, przebiegu lub zejścia, przeważnie chorób zakaźnych, a przedewszystkiem tyfusu, następnie idzie cały szereg artykułów i rozpraw z dziedziny spraw zdrowotnych, profilaktyki, organizacji służby zdrowia i t. p. Do takich, między innymi należą: Korespondencya z Petersburga o stosunkach sanitarnych. „Zdrowie“ 1886. Zarys organizacji medycyny ziemskiej w Rosyi. „Zdrowie“. 1898. Wolna konkurencyja a kółka przyjaciół zdrowia. „Krytyka Lekarska“. 1899. Autor, pragnąc przyczynić się do naprawy stosunku lekarzy do publiczności, podaje w rozprawie projekt tworzenia po miastach kółek przyjaciół zdrowia, mających za zadanie wspólne utrzymywanie lekarzy domowych, będących jednocześnie instruktorami-hygienistami danego kółka. Dalej ogłosił artykuł, p. n. Dezynfekcyja. „Farm. Polski“. 1902.

Oddzielnie rozpatrzyć trzeba badania ś. p. St. BARTOSZEWICZA z dziedziny bakterjologii, jak np. O otrzymaniu z żelatyny masy izolacyjnej dla bakterji; lub jak inna praca jego—O nowej postaci dwoinki „*Tetradiplococcus filiformans lodzensis*“, dokonana wspólnie z SCHWARZWASSEM, a ogłoszona także i w „Centralblatt f. Bacteriologie“ w 1907.

Pisząc o ś. p. STANISŁAWIE BARTOSZEWICZU, podnieść wypada, że porzucił on karierę w służbie wojskowej dla pracy naukowej, a dalej jego bardzo duże zamiłowanie do przyrodoznawstwa wogóle, zwłaszcza do badań w dziedzinie bakterjologii, jego pracowitość, jego chęć i stałe dążenie do przeniesienia pracy swej na teren rodzimy, nawet, gdy warunki na obczyźnie zdawały się zapowiadać mu większą przyszłość zarówno pod względem stanowiska, jak i położenia materialnego, wreszcie, godnem jest zaznaczenia wobec przykładów, niestety, odmiennych, że St. BARTOSZEWICZ, wierny tradycyi rodzinnej, pomimo, że otrzymał wyższe wykształcenie poza krajem, pomimo, że przez czas dłuższy przebywał na Wschodzie, nie przestał nigdy, nawet wtedy, gdy tam przebywał, zasilać, wedle możliwości, piśmiennictwa lekarskiego naszego pracami swemi.

J. Ja.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) Prof. Dr JÓZEF NUSBAUM-HILAROWICZ. Rozwój świata zwierzęcego. Tom I. Embryologia ogólna. Warszawa 1912.
- 2) Dr Med. TEODOR HELMAN. Krótki rys historii otyatrii. Warszawa 1912.
- 3) JULIAN GOLDBERG i RYSZARD HERTZ. Wydzielanie chlorków w moczówce prostej i wpływ na nie dwuwęglanu sodu. Odb. z Med. i Kron. Lek.
- 4) STANISŁAW MUTERLMILCH i RYSZARD HERTZ. Badania nad zawartością dopełniacza w normalnych i patologicznych cieczech ustroju. Odb. z Med. i Kron. Lek.
- 5) RYSZARD HERTZ. W sprawie ziarnicy złośliwej. Odb. z Med. i Kron. Lek.
- 6) Dr RYSZARD HERTZ. W sprawie marskości wątroby pochodzenia gruźliczego. Odb. z Med. i Kron. Lek.
- 7) STANISŁAW CIECHANOWSKI. Sejmowe sprawy sanitarne, Kraków 1912.
- 8) Prof. Dr med. STAN. CIECHANOWSKI. Zapiski z kolonii wakacyjnej dla uczniów szkół średnich w Porębie Wielkiej. Odb. z Zdrowia 1912.
- 9) STANISŁAW CIECHANOWSKI. Układ przedsionkowo komorowy i jego stosunek do patologii serca. Kraków 1911.
- 10) STANISŁAW CIECHANOWSKI. Meningitis cystica. Kraków 1912.
- 11) Prof. Dr STAN. CIECHANOWSKI. Zmiany projektu ustawy o chorobach zakaźnych. Odb. z Przegl. Lek. 1912.
- 12) STAN. CIECHANOWSKI. Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdania C. K. Krajowej Rady Zdrowia. Odb. ze Słowa Lek. 1911.
- 13) Dr STAN. CIECHANOWSKI. Medycyna polska w dobie ostatniej. Odb. z Czasu 1911.
- 14) Sprawozdanie ligi przeciwigruźliczej za rok 1911. Łódź 1911.
- 15) XI sprawozdanie z działalności Warsz. Towarz. pomocy lekarskiej i opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi za rok 1911. Warszawa 1912.
- 16) JÓZEF HORNOWSKI. O wzajemnym stosunku grasicy i nadnercza, jako gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i o ich stosunku do układu współczulnego. Odb. z Nowin Lek. 1912.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

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

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

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

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

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

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

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

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

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

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.