

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

Z KAZUISTYKI SZPITALA NA PRADZE.

## I. OMYŁKI DYAGNOSTYCZNE.

Podał

**J. HORNOWSKI**

lekarz miejscowy Szpitala.

### PRZYPADEK V.

#### **Carcinoma musculi cordis metastaticum bez objawów klinicznych ze strony serca.**

Dn. 18-VII 03 r. byłem wezwany przez siostrę miłosierdzia jako lekarz dyżurny do chorego J. P. na salę 7-mą.

Chory uskarżał się na uczucie nadzwyczajnego osłabienia i bezwładu, zaznaczając, że czuje się bardzo źle.

Na karcie szpitalnej znalazłem dyagnozę „Carcinoma ventriculi,” sam zaś mogłem stwierdzić liczne przerzuty w skórze brzucha i piersi, wielkości fasoli.

Wziąłem chorego za puls, który był równy i pełny—72 uderzenia na minutę; wysłuchałem serce: tony były czyste, nieco tylko głuchawe i kazałem dać choremu waleryany na eterze.

Chory podniósł się na łóżku, ażeby przyjąć lekarstwo i nagle skończył.

Na sekcji następnego dnia znalazłem oprócz raka odźwiernika nader liczne przerzuty raka w skórze oraz w mięśniu sercowym obydwóch komór i przedsionków, tak iż powierzchnia zewnętrzna mięśnia sercowego była niemi prawie całkowicie pokryta.

Serce co do rozmiarów nie przekraczało zwykłej normy.

Chory do ostatniego dnia chodził, nie skarżył się nigdy na duszność, ani zbyt silne osłabienie—było to po raz pierwszy, gdy mnie do niego wezwano—i, doprawdy, trudno zrozumieć i trudno było przypuścić za życia, że mięsień sercowy w takim stopniu nacieczony mógł jeszcze do ostatniej chwili tak sprawnie pracować.

#### PRZYPADEK VI.

### **Infarctus ligulae cordis (pulmo sinistr.) dający klinicznie objawy rozszerzenia serca.**

Dn. 11-II 05 przybyła na oddział chora F. Ł., lat 60, ze skargami na duszność, męczący kaszel i ściskanie oraz ból w okolicy serca.

Choruje już od dawna, jednak dopiero od pięciu dni zjawiała się silniejsza duszność, silny ból w lewej połowie klatki piersiowej, szczególnie u dołu, oraz lekko krwawa plwocina, której jest jednak nie wiele i którą chora z trudnością odpluwa.

Przy badaniu znalazłem:

Chora oddycha ciężko 36 razy na minutę, wdech jest głośny i zdaleka słyszalny.

Chora siedzi na łóżku oparta łokciami o poduszkę. Wargi, palce rąk i nóg sine, stopy i dłonie chłodne. Obrzęki nóg nieznaczne. Puls 92 drobny, irregularis et inaequalis.

Klatka piersiowa o budowie beczkowej symetryczna, z szerokimi przestrzeniami międzyżebrowymi.

Na całej przestrzeni klatki piersiowej ton wypukowy czysty, płucny; w dolnych odcinkach przytłumienie z podźwiękiem bębennym; dolne granice płuc stoją nisko i nadzwyczaj słabo poruszają się przy wdechu i wydechu.

Wysłuchowo wszędzie mnóstwo świstów i rzężeń suchych; w dolnych odcinkach płuc oddech osłabiony i drobnobańkowe wilgotne rzężenia.

Ictus sercowy rozlany, widoczny w 5-em międzyżebżu; wyczuwa się on jeszcze po *linea axillaris anterior sinistra*, chociaż słabo. Granice stłumienia serca — górna pomiędzy 3 a 4-em żebrem, prawa nieco wewnątrz od lewego brzegu sterni, lewa na *linea axillaris anterior sinistra*.

Tony serca czyste, lecz bardzo głuche. Akcent na drugim tonie tętnicy płucnej.

W jamie brzusznej wyczuwamy wyraźnie brzeg śledziony oraz twarde brzoisko wątroby o 2 palce poniżej prawego łuku żebrowego; również znacznie powiększony lewy płat wątroby.

Mocz kwaśny o ciężarze gatunkowym 1,020, zawiera ślady białka. W osadzie wałków nie znaleziono.

Plwocina nieobfita śluzowo-ropna zawiera rdzawe żyłki oraz dość liczne „Herzfellerzellen.“

Na zasadzie wyżej wymienionych objawów postawiłem rozpoznanie:

Emphysema pulmonum. Bronchitis diffusa. Hypostasis pulmonum (stąd też rdzawa plwocina i Herzfellerzellen). Hypertrophia et dilatatio cordis. Myocarditis.

Chora leżała na oddziale przeszło 3 tygodnie. Przez ten czas czuła się to lepiej, to gorzej. Puls wahał się od 72 na minutę, do 100, ilość moczu nie przewyższała 1300 ctm. sz. na dobę, objawy duszności zmniejszały się lub zwiększały, wątroba nie zmniejszała się w rozmiarach.

Dnia 28-II chora dostała anginae follicularis; zagorączkowała, zaczęła płuć dość obficie krwią i skarżyć się na nadzwyczaj silny ból pod lewą łopatką — w miejscu tem znalazłem stłumienie oraz rzężenie drobnobańkowe wilgotne na

na ograniczonej przestrzeni i oddech oskrzelowy — nasunęło to podejrzenie zawału krwotocznego (infarctus pulmonis). Stan się pogorszył i chora dn. 5-III 05 zmarła.

Na sekcji znalazłem:

Emphysema pulmonum. Myodegeneratio adiposa cordis. Serce było wielkości małego kulaka i prawie całkowicie przykryte przez dolną część górnego płata lewego płuca. Cały jednak kawał górnego płata lewego płuca, który przykrywał serce, był to jeden duży infarkt, który był już w stadium organizowania się. On to dawał stłumienie odpowiadające stłumieniu serca, on to przenosił ictus cordis, aż do linea axillaris. Pozatem znalazłem świeży zawał krwotoczny w dolnym odcinku tylnej części górnego płata lewego płuca, arterio sclerosis aortae et arteriae-coronariae cordis oraz znaczną fibromatosis uteri.

(d. e. n.).

---

## II. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAE

D-r JAN SĘDZIAK

---

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

(*Ciąg dalszy*).

De Simoni również stale znajdował w przypadkach zanikowego nieżytku nosa wzgl. ozeny: bacillus mucosus Loeuwenberg'a-Abel'a, następnie laseczniki rzekomobłonicze,

jakoteż Faenkel'a bacillus lanceolatus, wreszcie staphylococci: aureus et albus.

Natomiast nie stale: pneumobacillus Friedlaender'a i bacillus typhisimilis.

W roku 1900 Perez utrzymuje, że znalazł swoistego dla ozeny t. zw. bacillus foetidus ozaenae.

Symes w 23 przypadkach ozeny w 87% znajdował lasecznika bardzo zbliżonego do błonicowego, tak że uważa on ozenę, jako prawdopodobnie postać przewlekłą błonicy nosa.

Według Klemperer'a i Scheier'a (1901) ozaena bacillus jest identyczny z Friedlaender'a pneumobacillus, jakoteż Frish'a bacillus rhinoscleromatis; autorom tym udało się uodpornieć króliki za pomocą hodowli laseczników ozeny względem laseczników twardzieli i odwrotnie. Baur'owicz jednakże nie zgadza się z tym poglądem.

Tylko „inter parenthesin“ zaznaczę tu, że Delie jakoteż M. Schmidt znajdowali w przypadkach ozeny: aspergillus fumigatus et penicillum glaucum—naturalnie jako saprophyty.

Jakkolwiek pasorzytnicze pochodzenie nieżyty zanikowego nosa, zarówno zwykłego, jakoteż i cuchnącego tj. ozeny (bacillus mucosus—Loewenberg-Abel) jest najbardziej „plausible“ (Krieg, Cozzolino, Baurowicz, Wright, do których to autorów i ja siebie zaliczam), pomimo to i ta teoria posiada wielu przeciwników (Ostino, Lombard, Rethi, Longhini, Burger, Siebenmann, Cholewa i Cordes, Hecht, wreszcie Grosskopf.

*Anatomia patologiczna.* Pod drobnowidzem błona śluzowa przedstawia się pod postacią zapalenia przewlekłego; a więc przedewszystkiem widzimy tu masy leukocytów z tłuszczowym, rogowym rozpadem (detritus); nabłonek ze stożkowatego, migawkowego jest zmieniony na płaski (jedno- lub wielowarstwowy) ze zrogowaceniem powierzchniowych warstw (Valentin, Suchardt, Seifert).

Gruczoły gronkowe i kanalikowe zanikają zupełnie, a z nimi i narząd węchowy.

Następnie komórki zapalne zmieniają się coraz bardziej w pasma tkanki łącznej i wtedy błona śluzowa staje się bliźnowatą, cienką, twardą i suchą. Następstwem jest zanik kości muszeli: stają się one cienkie, łamliwe, niekiedy dziurkowate; jednocześnie można zauważyć zmiany w formie: dolny brzeg muszli—normalnie wypukły, staje się równym, lub nawet wklęsłym; ostatecznie muszla zamienia się w listwę brzezną.

Przegroda nosowa, jakoteż kości twarzy ulegają również sprawie zanikowej (Zucherkan dl).

Boczne jamy nosa również często bywają jednocześnie zajęte (błona śluzowa jest brudna, szara, krwawiąca, pokryta brudną, zieloną, śluzową, lub śluzowo-ropną wydzieliną — Hartmann, Krause, Zuckerkandl, Habermann).

Co się tyczy drobnowidzowego badania wydzieliny w przypadkach zanikowego nieżytu nosa—było ono po raz pierwszy dokonane przez E. Fraenkel'a w r. 1882 przy pomocy Gotstein'a tamponów, pozostawionych w jamach nośowych 2—6 godzin.

Autor ten znajdował nieliczne komórki i drobnoustroje po upływie 2 godzin, lub bardzo liczne po 6 godzinach.

Według Döbeli wydzielina ta utworzoną jest przeważnie z leukocytów, po części zaś z t. zw. „Mastzellen.“

Zwyczaj tworzą się one w pewnych stałych punktach błony śluzowej, jako plamy, rozszerzające się na otaczającą tkankę.

Nanek, jakoteż Muck zwraca uwagę na brak rodanu w wydzielinie ozeny (normalnie znajduje on się w gruczołach surowicznych).

*Objawy.* Najważniejszym objawem, znamionym dla ozeny jest cuchnienie, stale występujące w tem cierpieniu, odróżniająca go od zwykłego nieżytu przewlekłego nosa.

Objaw to tak znamionny, że kto choć raz miał z nim do czynienia, nigdy go nie zapomni.

Jest on niemożliwy do wytrzymania i usunięcia (przypominam sobie między innymi przypadek dotyczący 18-letniej

pany, którą zmuszony byłem przyjmować w godzinach specjalnych, a następnie otwierać okna i odkażać całe mieszkanie, pomimo to fetor ten uporczywie się trzymał kilka godzin, a nawet czuć go było w dniach następnych).

Nieprzyjemny ten zapach, którego natężenie jest różnorodne, przypomina ikrę śledziową, ser gnijący, roztarte pluskwy, jakoteż pocenie się nóg u niektórych osobników.

W ogóle różni się on od innych zapachów nieprzyjemnych, np. w przypadkach ropienia bocznych jam nosa, przymiotu, lub ciał obcych.

Cuchnienie to czyni niemożliwym zajęcie wszelkie, jakoteż studia, w ogóle stosunki z ludźmi, staje się powodem neurastenii, prowadząc niekiedy do samobójstwa.

Lecz co jednakże jett najgorszem, że często chorzy sami nie czują tego fetoru, natomiast otoczenie tylko (cacosmia objectiva).

Jak to już wspomniałem — objaw to stały przy ozenie; może on być mniej, lub więcej wyrażony, może się powiększać, lub zmniejszać w pewnych warunkach, np. według Jurasza bywa on więcej wyrażony w zimie, aniżeli w lecie, w ogóle podczas suchej pogody (mroźnej, lub upalnej), jakoteż w suchym klimacie (południowe strony); natomiast w wilgotnych porach roku chorzy cierpiący na zanikowy nieżyt nosa wzgl. ozenę, czują się stosunkowo lepiej (cuchnienie mniej wyrażone, w ogóle wydzielina nie tak zaschnięta).

W ogóle objaw ten tj. cuchnienie z nosa zwiększa się w stanach fizjologicznych u kobiet, zwłaszcza podczas miesiączkowania

Jurasz przeciwnie, spostrzegł zmniejszenie się cuchnienia podczas ciąży.

Mogą też być i przerwy w cuchnieniu: dnie całe, a nawet tygodnie może nie być tego objawu, który Jurasz wówczas nazywa „ozaena periodica.“

2) Do bardzo nieprzyjemnych dla chorych objawów, jak-

kolwiek niestałych—należy *osłabienie*, lub *zanik zupełny węchu* (hyposmia et anosmia).

Objaw ten, zależny od tłuszczowego zwyrodnienia nabłonka węchowego notowałem w swojej praktyce 440 razy (na 1142 przyp. nieżyty zanikowego nosa) tj. więcej niż w  $\frac{1}{3}$  przypadków (zupełny zanik węchu — 180 razy). Jurasz na 170 razy spostrzegł ten objaw 18 razy tj. prawie w 10%.

Autor ten utrzymuje, że nawet w najbardziej posuniętych postaciach ozeny, węch może być nienaruszony, co w każdym razie jest trudnem do wytłomaczenia, jakkolwiek fakt ten i przezemnie był konstатовany.

Raz nawet spostrzegalem wzmożony węch (hyperosmia) u bardzo nerwowej (histerycznej) chorej, dotkniętej typową ozeną.

Spostrzegalem też t. zw. parosmiam-allotriosmiam s. ca-cosmiam subjectivam—10 razy w mojej praktyce.

Stosunkowo dosyć często jednocześnie z osłabieniem wzgl. utratą węchu—bywa osłabienie lub utrata smaku (hypageusia, ageusia, parageusia) — mianowicie 20 razy w moich przypadkach.

3) *Zatkanie nosa* wzgl. utrudnione oddychanie warunkowanem jest obecnością strupów w obu jamach nosowych, jakoteż w jednej w przypadkach skrzywienia przegrody nosa i wtedy zawsze po stronie wklęsłej (szerszej), jeszcze częściej przy spłaszczonej formie nosa (Jurasz), wreszcie w przypadkach jednoczesnego zajęcia krtani (laryngitis sicca).

4) *Suchość* w nosie jest bardzo nieprzyjemnym objawem dla chorych w przypadkach zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny.

Zależy ona od charakteru wydzieliny skłonnej do zasychania, tak że chorzy tacy względnie rzadko używają chustek do nosa, lecz poprostu usuwają strupy z nosa za pomocą palców—częstokroć formalne odlewy jam nosowych, co często połączone jest z krwawieniem.

W ogóle, jak to słusznie zaznacza Jurasz, tego rodzaju



chorzy znamionują się brakiem usposobienia do nieżytów ost-  
rych; w razie zaś wystąpienia tych ostatnich czują się o wie-  
le lepiej. (c. d. n.).

### III. ODCINEK.

## ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Oświej (miko, pow. drysiński); Konstancya z Platerów Hil-  
zenowa fundowała tu w połowie XVIII w. klasztor sióstr miłosierdzia,  
polecając im pielęgnowanie chorych w szpitalu przez siebie założonym.

Oświęcim (mto, pow. biański w Galicyi); szpital pod wezwa-  
niem św. Mikołaja założyli mieszczanie w 1604 r.

Otorowo (wieś, dek. lwówecki); w r. 1725 szpital miał jedną  
wielką izbę ogrzewaną i trzy komory, w roku zaś 1785 miał sześć ma-  
łych i jedną dużą izbę, wszystkie ogrzewane, natomiast uposażenia nie  
miał żadnego.

Otwinów *vid.* Sędziszów.

Pacanów; szpital założył tu Mokrski Stanisław około r. 1450.

Pabjanice. W r. 1519 lustratorowie mieli polecenie wy-  
brania miejsca pod kościół i przytułek dla ubogich. W pierwszej  
połowie XVII w. istniał już tu szpital na 12 ubogich. W r. 1797  
zgorzał; odbudowany — ponownie stał się pastwą ognia w r. 1823.  
Nowy szpital pod nazwą „domu schronienia dla starców i kalek“  
powstał w r. 1835.—Istniała tu kasa pożyczkowa dla włościan dóbr  
pabjanickich: „Mons pietatis“ (1715—1796).

Panienka (wieś, dek. nowomiejski); w r. 1683 było w szpi-  
talu tutejszym pięciu ubogich; miał on ogród i łąkę.

Parczów (wojew. lubelskie); szpital istniał tu już w połowie XVI w. (*Zapis. 83*).

Pawłowice (wieś, dek. krobski); szpital założył w r. 1597 Bartłomiej Pawłowski, a na utrzymanie w nim ubogich zapisał wiatrak; oprócz tego miał szpital 1an roli i 100 grzywien kapitału.

Pempowo (wieś, dek. krobski); w r. 1610 było w szpitalu miejscowym 12 ubogich, którzy mieli na swoje utrzymanie bydło i role.

Peresopnica (wieś, pow. rowieński); pod koniec XVI w. należała do Jerzego Czartoryskiego, który oddał w r. 1595 majątność peresopnicką miejscowemu monasterowi pod warunkiem utrzymania w nim szpitala dla ubogich.

Piaseczno (ziemia warszawska); w pierwszych latach XVII w. był tu szpital świeżo wystawiony na miejsce spalonego; jako uposażenie miał w tym czasie tylko dwa ogrody. W r. 1628 Raciborski, dziekan i oficyał warszawski, przeznaczył na utrzymanie ubogich w tutejszym szpitalu część dochodów ze wsi dziedzicznej, Zgorzałą zwanej.

Piątek (mtko, pow. łączycki); arcybiskup Jakub Sieniński założył tu w r. 1477 szpital św. Ducha i uposażył, nadając dziesięciny arcybiskupie z Pludwin. Kapelan obowiązany był obracać połowę dochodów na utrzymanie ubogich. Dziesięciny w Lipinach nadał temuż szpitalowi w r. 1501 arcybiskup Fryderyk Jagiellończyk.

Piła (wojew. poznańskie); w r. 1641 szpital tutejszy chylił się już ku upadkowi.

Piotrków; szpital przy kościele św. Trójcy, za miastem, przy drodze do Krakowa wiodącej, niewiadomo przez kogo i kiedy fundowany, istniał już w początkach XVI w. — Był nadto drugi szpital, w czasie najścia Szwedów w r. 1656 ogniem zniszczony, ale już w roku następnym odbudowany przez Kazimierza Kurowskiego, sekretarza królewskiego.

Pleszew (w. ks. poznańskie); kościół i szpital św. Ducha wystawiła w pierwszych latach XVI w. Anna, ks. raciborska. Adam Mikołaj na Otoku Załuski wystawił w r. 1616 nowy szpital przy ul. Jarockiej, stary bowiem w początkach XVII w. zgorzał.

Płock; szpital św. Katarzyny zyskał dostatnie uposażenie w połowie XV w. — Biskup Poniatowski założył szpital na 16 chorych i oddał go pod zarząd sióstr miłosierdzia, które osadził w klasztorze jezuickim.

Płoskirów (wojew. podolskie); szpital tutejszy miał dwie izby na 9 ubogich: 5 mężczyzn i 4 kobiety.

Pługiany (pow. rosieński); budynek szpitalny w r. 1781 wystawiony.

Pniewy (mto, pow. szamotulski); szpital przy kościele św. Ducha, fundowany w r. 1450 przez Jana Pniewskiego, miał dwie izby i osiem komór. W roku 1785 był już nowy szpital, drewniany, przez miejscowego proboszcza wystawiony. Uposażenie miał w roli, łąkach i ogrodach.

Pobiedziska (mto, pow. sredzki); szpital fundacyi króla Jagiełły przy kościele św. Ducha.

Podogrodzie; szpital bonifratrów fundował Stanisław Lubomirski, marszałek wielki koronny.

Podwysokie; szpital fundował Strzemeski Krzysztof w połowie XVII w.

Pogorzelica (wieś, dek. nowomiejski); w roku 1683 było w szpitalu tutejszym sześciu ubogich, którzy utrzymywali się z jałmużny.

Pokroże (pow. rosieński); na utrzymanie ubogich zostawił 230 tynfów ks. Franciszek Razumowicz, altarysta pokroski.

Połajewo (wieś, dek. obornicki); był tu szpital w początkach XVII w.

Połonne (wieś, pow. nowogrodwołyński); na utrzymanie szpitala były dwa zapisy: zł. 500 z r. 1718, przez jezuitów dany i zł. 1900 z r. 1797 przez księdza Arazińskiego.

Poniec (mtko, dek. krobski); były tu dwa szpitale: przy kościele św. Ducha i przy kościele św. Trójcy; w r. 1646 zwały się w jeden. Uposażenie miały w rolach, łąkach, ogrodach i gotówce.

Poniemuń (pow. nowoaleksandrowski); szpital założyli i na utrzymanie w nim pięciu ubogich fundusz przeznaczyli bracia Jan i Mikołaj Kościółkowsy.

Poniemuniek (pow. nowoaleksandrowski); miał szpital na 6 ubogich; z zapisów znany—Józefa Tura, starosty, z drugiej połowy XVIII w.

Poryck (pow. włodzimierski); z zapisu Szczęsnego Czackiego z r. 1777 ma utrzymanie 12 ubogich: 6 mężczyzn i 6 kobiet; dostają: „mąki żytny korcy 48, pszenney korcy 6, krup hreczanych korcy 6, grochu korcy 3, soli garcy 72, drew fur 36, płótna każda osoba po arszynów 12, bótów nowych para 1 lub zł. 4, mężczyźni na lat dwie biorą sukienne żupany, czapkę i pas, a płaszcz na lat

trzy; niewiasty podobnież płaszczce na lat trzy, spodnice i katanki sukienne na lat dwie. Na słońcinę ogułem zł. pol. 144.“

Poszuszwie (pow. szawelski); szpital istniał w drugiej połowie XVIII w.

Poznań; *Szpital św. Barbary* był pod zarządem kapituły poznańskiej, powstał jeszcze przed rokiem 1489, dawał przytułek kilku ubogim; rozebrany około roku 1820. — *Szpital św. Ducha*, najhojniej uposażony ze wszystkich szpitali poznańskich, miał powstać w r. 1263 dzięki ofercie biskupa Boguchwała III, który przeznaczył go „wyrzuconym młodym na wychowanie i nad sześćdziesiąt ubogim, a osobliwie pocziwym mężom starym“ (podług wyrażenia biskupa Szembeka w r. 1719). Stał pierwotnie za miastem, za bramą Woroniecką, dwukrotnie uległ zniszczeniu w czasie wojen szwedzkich za Jana Kazimierza i Augusta II i dwukrotnie odbudowany; w roku 1722 przeniesiony do miasta i połączone ze szpitalami św. Walentego i św. Gertrudy. W r. 1801 zabudowania szpitala św. Ducha sprzedano za 600 talarów. — *Szpital św. Gertrudy* fundowała w r. 1456 Gertruda Pestłowa, wdowa po Mikołaju, obywatelu poznańskim. Fundatorka przeznaczyła go dla uczniów szkoły miejskiej przy kościele św. Maryi Magdaleny. Piotr Tomicki połączył w r. 1521 ze szpitalem św. Gertrudy szpital dla ubogich księży, założony w roku 1518 przez Jana Lubrańskiego. W roku 1571 miasto darowało szpitale św. Stanisława i św. Gertrudy jezuitom, chorych zaś uczniów i księży emerytów przeniosło do szpitala św. Ducha; odtąd szpital św. Gertrudy dawał przytułek ubogim starcom płci obojej. — *Szpital św. Krzyża*, murowany, przeznaczony był dla trędowatych. Ścisłej daty założenia nie mamy, wiemy tylko, że już w r. 1419 sporządzono akt pewnej darowizny na rzecz tego szpitala. Skutkiem wojen i niedbalstwa zarządu utracił fundusze, ubodzy więc, którym dawał przytułek, zapomniawszy o pierwotnem swoim specjalnem przeznaczeniu, w XVIII w. żyli z jałmużny. — *Szpital św. Łazarza* powstał na początku XVI wieku i utrzymywał pierwotnie 30 ubogich, których liczba w XVII w. spadła na 5. W r. 1719 biskup Szembek, połączywszy szpital św. Łazarza ze szpitalem św. Krzyża, zastrzegł, aby do niego przyjmowano tylko takich, którzy „będą chorzy, kulawi, ślepi i defektami ciała obciążeni i młodzi porzuceni.“ W r. 1757 szpital chylący się ku zupełnej ruinie podzwignął kanonik Wosiński, wymurowawszy swoim kosztem nowy dom dla niego. — *Szpital św. Małgorzaty* dla kilku ubogich założyli i uposażyli w r. 1596 Andrzej Gaszyński i Grzegorz Kwapidus, obywatele przedmieścia Śródki. — *Szpital św. Michała* wystawił w r. 1170

Mieszko Stary i hojnie go uposażył. Kawalerowie św. Jana Jerozolimskiego zmienili tytuł szpitala, dając mu nazwę św. Jana i przeznaczając głównie dla ubogich i chorych podróżnych: *hospitium*. — *Szpital św. Mikołaja* założył i uposażył w r. 1756 Szymon Wosiński, kanonik poznański; dziś szpital ten już nie istnieje. — *Szpital św. Stanisława* założył około 1518 roku Jan Lubrański, biskup poznański, przeznaczając go dla księży chorych ubogich. W r. 1571 księży przeniesiono do szpitala św. Ducha, a zabudowania szpitalne św. Stanisława oddano jezuitom. — *Szpital św. Walentego* założyła i uposażyła Agnieszka Begwina (Beginka w Słown. Geogr.), mieszcza poznańska; bywało w nim po 40 ubogich. W końcu XVIII w. połączono go ze szpitalem św. Ducha. Na każdą uroczystość, mianowicie w dni poświęcenia kaplicy i na św. Walentego ubodzy dostawali sute obiady, na Wielkanoc zaś święcone; co tydzień brali po bochenku chleba, w niedziele, święta i czwartki mięso, w poście natomiast śledzie; w soboty dostawali ryby, na które mieli osobny fundusz, przez pewnego poznańczyka wyznaczony, oprócz tego leguminy i krupy. Kilka razy do roku mieli bezpłatną kąpiel w łaźni miejskiej. — *Szpital św. Wawrzyńca* powstał w połowie XVI w., przeznaczony był dla księży emerytów, ubogich i starych. — *Szpital dla wenerycznych* istniał w połowie XVI w., stał za szpitalem św. Walentego, w pobliżu kościoła WW. ŚŚ. — Oprócz tego istniały w Poznaniu: Bractwo miłosierdzia, założone w roku 1599; przytułek dla pięciu wdów, w roku 1590 przez Annę Spłatwską, kasztelanową międzyrzecką założony i uposażony; fundusz 10 grzywien na wyposażenie co rok dziewicy lub wdowy dobrej sławy, rodem z Poznania, ustanowiony w roku 1558 przez ks. Jana z Sierakowa; Bractwo św. Trójcy przy kościele św. Anny, które postawiło sobie za zadanie opiekowania się podróżnymi i wyposażania ubogich dziewic i t. p. — O żebrakach w Poznaniu porówn. Zapis. 84, 85, 86.

Proszowice; król Aleksander mówi w przywileju swoim z roku 1503 o szpitalu tutejszym: „nuper denuo constructum et erectum per venerab. Johannem de Osswyanczym, sacrae theologiae professorem.“  
(d. c. n.).

---

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Chirurgia.

198. D-r Walter v. Oettingen (Berlin). **Z doświadczeń chirurgii polowej w przebiegu kampanii rosyjsko-japońskiej.** (München. medicin. Wochenschr. N-r 7, 1906).

W marcu r. 1904 d-r Oettingen wyruszył na teren działań wojennych, jako kierownik oddziału Liwońskiego Czerwonego Krzyża, do urządzonego na razie lazaretu w chińskiej wioszczynie Eho, w Mandżuryi Północnej. Niebawem szpital polowy przeniesiono do Mukdenu, przyczem autorem czynnym był głównie na stacji ewakuacyjnej. W rozległych, wykopanych ad hoc, norach ziemnych urządzone lazaret dla 1200 rannych, w wybudowanych zaś obok barakach — lecznicę dla oficerów i mieszkanie dla personelu lekarskiego. Odpowiednio do przebiegu kampanii (4--6-tygodniowe przerwy po starciach ważniejszych) oddział d-ra O. był wśród walk jednym z główniejszych punktów opatrunkowych, w okresie ciszy — punktem ewakuacji, dzięki doprowadzonej do budynków kolei. Rannych dzielono na cztery kategorie: 1) na poszkodowanych lekko, 2) na takich, co wymagali leczenia dłuższego, 3) ciężko rannych, lecz kwalifikujących się do przewozu, 4) tych, wreszcie, których nie można było ruszyć z miejsca. Kategoria pierwsza i czwarta należała do autora wyłącznie; pierwszych, po wyleczeniu, odsyłało do frontu z powrotem, ostatnich trzymano aż do chwili, gdy transport stał się możliwym. Rannych kategorii drugiej i trzeciej opisywano i wciągano do ksiąg odnośnych, a czynności te kancelaryjne były skomplikowane tak znacznie, iż, niekiedy, w ciągu dnia jednego, zmieniano pacjentowi opatrunkę po 3 i 4 razy; lekarz pociągów sanitarnych odnosił ztąd korzyść oczywistą, przyjmując bowiem opatrzonemu i opisanemu dokładnie klienta, miał oszczędzone z góry  $\frac{3}{4}$  formalności i pracy.

Różnice batalistyczne broni stron obu nie były wielkie. Biorąc na ogół, kula japońska jest lżejszą, dłuższą i węższą od rosyjskiej; pociski szrapnelowe o 12,4 mm. w średnicy ważyły

10,2 grm., 3 — 11-calowe pociski dział japońskich, pękając, tworzyły grad skorup wagi 1 mgr. do 13 kilo! W działaniu pocisków należy odróżniać 5 momentów głównych, zależnie od szybkości i kierunku oraz budowy histologicznej trafionego narządu. Tu należy: a) otarcie się o ciało, b) ucisk tkanek, c) przebicie kulą tętnic, d) wyjście kuli i e) cofanie się tkanki. Za najważniejszy z nich uznać wypadnie moment drugi, którym daje wytłumaczyć się szereg cały zjawisk niezwykłych, jak np. przewiercenie tętnicy szyjowej, rozporkowate przebicie włókien nerwów, mniejszych, co do wymiaru, od pocisku i t. d.

W obec doniosłej dziś roli artylerii (w bitwie pod Laojanem wystrzelono 8,000,000 kilo żelaza), z ranami od szrapneli spotykano się nader często. Jeżeli postrzał z karabinu uważać można do pewnego stopnia za ukłucie, uraz, przez szrapnel zadany, przyjąć wypadnie za kontuzję mocną. Rodzaj urazu tego może być różny: od uszkodzeń najcięższych do zdrapania skóry. Kula karabinowa tkanki przesywa, szrapnel miażdży i gruchocze. Rany od granatów ręcznych podobne są znów do rozpadlin. Zresztą, jakichkolwiek bądź praw stałych wysnuć co do urazów tych nie podobna.

Zakażenie stwierdzano pierwotne i wtórne; pierwsze występowało najczęściej po zranieniu szrapnelem, porywającym kawałek skóry wraz z sobą w okresie trzecim (przewiercanie tkanek). Oczywiście, losy rannego zależały najwięcej od pomyślnego współdziałania trzech czynników: od rodzaju rany, transportu i opatrunku pierwszego. Za czas pobytu w Mandżurii Północnej autor przyjął pewnego razu pokaźną liczbę rannych, która przybyła doń po odbyciu 9-dniowej podróży; stwierdzono wówczas, że rany żołnierzy na ramionach, pośladkach i udzie zablizniły się wszystkie niemal, na przedramieniu i podudziu ropiały w najlepsze. Wytłumaczenie dziwnego objawu tego do dość smutnych doprowadziło wniosków; opatrunek nakładały ręce niewprawne: z ramion więc i z pośladków bandaże, skręcony w postronek, zwieszał się luzem, opatrunek zesuwał się zupełnie, na ranie powstawały strup lub blizna. Odwrotnie, tam, gdzie opatrunki trzymały się mocno, po usunięciu, mocnym sublimatem nasyconej, gazy, stwierdzano obfitość wydzieliny ropnej zbyt często. Pomoc doraźna ze strony osób niefachowych i samopomoc wątpliwą tylko posiadały wartość.

D-r O. nie zaleca stosowanego często pędzlowania okolicy rany jodyną; korzyść z ookażenia nie wyrównywa strat,

powodowanych przez pryszczycę. W następstwie ruchów z wysuszonego przez jod terenu drobnoustroje sypią się do rany obficie. Dla uniknięcia infekcyi wtórnej, zależnie od braku wody, używano chętnie lepkiego płynu żywicznego, argenti colloidalis Créde, głównie zaś kollargolu, którego 20,000 tabliczek autor wziął ze sobą na wojnę. Okolicę rany smarowano przede wszystkim płynem lepkiem (mastyką), dziury od postrzałów pokrywano płytkami kollargolu, po nad tem—wyjałowioną gazą i watą; opatrunek, który przyklejał się natychmiast, umocowywano opaską. Bakterye sąsiedztwa rany, które pozagnieżdżały się w ciągu miesięcy całych (brak wody) w gruczołach potowych, bakterye, których w żaden sposób nie dałoby się usnąć doraźnie, ni odkazić antyseptykiem żadnym, zostały na przeciąg dni kilku przygwożdżone do miejsca, a jednocześnie przewiew rany odbywał się zupełnie prawidłowo. Niejednokrotnie też, rany, opatrywane w ten sposób, po upływie dni 5 lub 6 zaciągały się blizną, choć dokonywano zabiegu rękami nieczystymi. Kollargol jest znakomitym środkiem odkażającym: niejadowity — krew tamuje dobrze, nie razi wonią nieprzyjemną, rozwój drobnoustrojów powstrzymuje wybitnie, nie ścina surowicy, nie przyżęga.

W dzisiejszym, bajecznym, rozwoju batalistyki, w obec niesłychanej celności pocisków armatnich na terenie dalekim, t. z. pierwsze punkty opatrunkowe stały się w niejakiem stopniu anachronizmem nawet. Nabrały za to wagi pierwszorzędnej *warunki dogodnego transportu rannych*, a punkt ciężkości spoczywa, oczywiście, na lazarecie polowym, oddalonym od linii bojowej, jak należy. W lazaretach dokonywano też przeważnie właściwej akcyi chirurgicznej, do której zaliczano zabiegi następujące:

a) amputacje — w przypadkach poszarpań wielkich i zmiażdżeń kości oraz zbyt rozległych otworów od postrzału;

b) opatrunki unieruchamiające, które, biorąc na ogół, dawały wyniki świetne. Opatrunek szynowy, stosowany najczęściej, wzmacniano nieraz dwoma skrętami opaski gipsowej;

c) postrzały głowy, jak doświadczenie uczy, wymagają najczęściej interwencyi czynnej. Częste ropnie następcze i zapalenie opon mózgu uświadamiają wyraźnie, iż, w razie przypuszczalnej nawet obecności w jamie czaszkowej drzazg kostnych, operować należy bezzwłocznie, wyjałowionym palcem gu-



mowym w mózgu manipulować śmiało, wyciągając na zewnątrz odłamy;

d) potworne postrzały twarzy są znów nader podatnem zadaniem dla chirurgii zachowawczej;

e) dziury w tchawicy goiły się prędko bez zwiężeń w okresie późniejszym i

f) również niewinny przebieg miały przedziurawienia płuc kulami, w ciągu dni 3 lub 4 najczęściej na odkasływaniu krwi kończące się. Powikłanie jednak rozedmą płuc dokuczalo wielce, zmieniając rannego w balon olbrzymio wzdęty, na którym widać było tylko oczy i usta. Wylew krwawy, o ile nie wywoływał zmieszceń wybitnych, pozostawiano w spokoju.

Napotykanie w przypadkach pojedynczych, śródpiersiowe postrzały przełyku goiły się dobrze, przyczem rannych odżywiano per rectum; w obec postrzałów rdzenia, tej najsmutniejszej strony zapasów, wypadło zachowywać się beczynnem, tem więcej, że i wskazania do laminektomii nie są do dziś omówione jasno. W dziedzinie chirurgii brzusznej powściągliwość dawała wyniki najlepsze, urazy kończyn i stawów miały często wynik pomyślny. Postrzały kolana nieraz goiły się bez powikłań, tam, zresztą, gdzie cięcie i dren nie wystarczały, z rezekcją nie zwlekano nigdy. Do zjawisk nader częstych należały tętniaki na tle urazu, zawarunkowane małym kalibrem pocisku i wielką tegoż energią; w przypadkach tych operowano po dostarczeniu rannych do lazaretu. Gdy skóra nie dawała sobie rady z krwotokiem, wszelaki zabieg na miejscu spóźnionym był i bezskutecznym.

Wyciąganie kul wskazane jest bezwarunkowo tam tylko, gdzie sprawa wikła się powstaniem ropówki lub kula stwarza dla chorego trudności, usadowiwszy się w stawie lub w ścięgnach; w przeciwnym razie lepiej poczekać, gdy otwór zabliźni się i operacji wyjęcia kuli dokonać aseptycznie. Oczywiście, połowy przyrząd Roentgen'a oddaje na wojnie usługi znakomite.

*K. Niedzielski.*

199. W. Nötzel. **Wynik 241 operacji, wykonanych w przypadkach zapalenia otrzewny.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bruns. Bnd. XLVII, Heft 2).

D-r N. ogłosił sprawozdanie ze wszystkich od r. 1891 operowanych przypadków zapalenia otrzewny na klinice prof. Rehn'a we Frankfurcie. Większość, bo 165 pacjentów, za-

padła na sprawę zapalną w wyrostku robaczkowym; z tych wyzdrowiało 84, zmarło 81. W 38 spostrzeżeniach zanotowano ropy jajowodów i jajników z zejściem niepomyślnem u 3 kobiet; dalej—5 przypadków powikłań porodowych (peritonitis puerperalis—2 wyzdrowienia i 3 wyniki złe), 6 przedziurawień pęcherzyka w następstwie cierpień zapalnych (z wynikiem ujemnym u 4 chorych), 12 przedziurawień żołądka, w tem 6 wyzdrowień i perforację jelita w reszcie przypadków, zakończonych śmiercią chorego. Wysoką cyfrę zejść złych (50% niemal) w przypadkach na tle zapalenia kątnicy przypisać należy operowaniu późnemu, nieraz in extremis.

W przypadku każdym operować należy bezwzględnie, operacja bowiem niebezpieczną nie jest. U dorosłych rokowanie w ciągu pierwszych trzech dni zazwyczaj bywa pomyślnem. Przebieg gorączki prawidłowością nie odznacza się, stwierdza się bowiem często  $40^{\circ}$  w obec istnienia ropni ograniczonych i nader często brak ciepłoty wysokiej w początkowym okresie rozlanej sprawy (peritonitis diffusa); objawem najważniejszym jest bolesność (otrzewny) i odruchowe napięcie powłok brzusznych, bębniaca występuje dopiero w okresie późniejszym.

Co do techniki zabiegu samego autor zaleca przede wszystkim cięcie boczne, jak do wyluszczenia wyrostka, i drugie przeciwległe po stronie lewej; można też operować za pomocą cięcia w smudze białej z dwoma cięciami bocznymi, zwłaszcza w przypadkach najcięższych, gdzie chodzi o wylądowanie jelit odrazu. Wymycia jamy brzusznej dokonywa się zawsze, cięcia na kiszce—wtedy tylko, gdy bez wypuszczenia gazów pętli wzdętej nie można odprowadzić na miejsce właściwe. Ranę brzucha zaszywa się z pozostawieniem otworu dla drenu, operacji dokonywa—zawsze pod chloroformem, niekiedy z domieszką tlenu.

W okresie pooperacyjnym chorzy leżeli z głową wzniesioną nieco, przyczem, w razie bólów, nie żałowano morfiny, ułatwiającej oddech głęboki; w przypadkach porażenia jelit fizostygmina, stosowana podskórnie, 0,003 pro die w 6 dawkach, działała nader skutecznie. W dniu operacji, jak również dni następnych, chorzy otrzymywali ławatywę z roztworu soli kuchennej.

*K. Niedzielski.*

**nej żyłaków powrózka nasiennego.** (München. med. Wochenschr. N-r 11, 1906).

Po obnażeniu dokładnem splotu żył, przyczem zwraca się uwagę baczną na stosunek tychże do sznurka i tętnicy nasiennej, igłę okrągłą z katgutem N-r o wprowadza się pod jedną lub kilka rozszerzonych gałęzi plexus pampiniformis i tenże podwiązuje. Z kolei obkluc wypadnie szwem ciągłym, od dołu ku górze i odwrotnie, tkanki tuż przy ścianach naczyń żyłakowatych, nitki ściągnąć i naczynia zwięzić, wywołując zagładę tychże. Gdy igłą dojdzie się do okolicy zewnętrznego pierścienia pachwinowego, zawiązuje się pętlę ligatur z węzłem pierwszym, tak że wszystkie naczynia rozszerzone wraz z tkankami powrózka i jądra wiszą wprost pod annulus inguinalis.

W przebiegu całej manipulacji powyższej zważać należy, by żyły mniej zwyrodniałe pozostały nietknięte i żylny krwobieg jądra całkowitej nie ulegał przerwie. Ranę można zaszywa się doszczętnie, usiłując goić per primam.

Ci, co operacyi tej nie wykonywali nigdy, stawiają jej następujące teoretyczne zarzuty: 1) Po zagojeniu się rany pozostaje twarda i często bolesna bryła tkanek, która, choć zmniejszy się wybitnie z biegiem czasu, wessaniu zupełnemu nie ulegnie nigdy. 2) Wydarzyć może się łatwo, że w pętlę z katgutu złapie się tętnica nasienne, powrózek i jego nerwy, co doprowadzi do zaniku narządów rodzajnych. Wyniki kliniczne oraz metoda doświadczalna przeczą rozumowaniom tym najzupełniej. W części pierwszej pracy d-ra S. podano 24 przypadki, w których, w ciągu szeregu długich lat po operacyi stwierdzano rezultat bardzo dodatni; w drugiej, obejmującej 7 doświadczeń na psach, wyniki eksperymentu uwydatniono na 5 tablicach specjalnych. Badania przekonały, że, gdyby nawet katgutem N-r o podwiązać wszystkie części składowe powrózka wraz z tętnicą, cyrkulację żylną osłabiłoby się, wprawdzie, znacznie, lecz nie wywołanoby drogą tą zmian większych w nasieniowodzie, nerwach i jądrze, tętnice bowiem małe nie zamykają się.

K. N.

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

201. Do d-ra A. Wild'a (Schwarzenbach) zgłosił się pewien, 64-letni, leśnik z oznajmieniem, że spotkało go „nieszczęście.“ Pacjent znany był autorowi z lat przeszłych jako onanista, leczyl się bowiem niegdyś na obustronne zapalenie jąder i do nałogu się przyznał. Obecnie, dopuściwszy się znów „głupstwa,“ wsadził sobie do cewki gałązkę sosnową, której nie mógł wyciągnąć potem, gdyż igły stały opór: gałązka ułamała się i część jej pozostała w narządzie.

Podczas oględzin całkiem okazałego członka wymacano pod tylną trzecią częścią odcinka jamistego cewki ciało twarde, niczem ołówek. W obec tego do szerokiej i mało wrażliwej cewki wprowadzono korncang cienki i długi i wyciągnięto odrazu trzy igły sosnowe, po wprowadzeniu zaś głębszem—długi na 8 ctm. trzonek gałązki, o 2 ctm. w średnicy. Klient, który podczas zabiegu całego zdawał się nie odczuwać bólu zupełnie, z operacyi zadowolony był bardzo i kłął się uroczyście, że w życiu swem robić nie będzie głupstw takich więcej. Sądząc z wyglądu i właściwości cewki, zapewnien tych nie należy przyjmować zbyt seryo. Zresztą, pacjent ów nie zgłaszał się już później. („Ein Beitrag zum Raffinement der Masturbation.“ Münch. med. Wochenschr. N-r 11, 1906).

K. N.

202. E. S. London. **Dalsze spostrzeżenia i badania nad działaniem radium.** (Berlin. Kl. Woch, N-r 42, 1905).

Autor podaje wyniki swych badań nad wpływem radium z odalenia na króliki.

Do druciannej klatki posadzono trzy króliki: jedną samicę i dwóch samców. Wymiary klatki były: długość 43 cm., szerokość 41 cm., wysokość 31 cm.; w pośrodku górnej ściany umieszczono kawałek Radiumbromidu—0,025. Od czasu do czasu radium wyjmowano, gdy było potrzebne do innych doświadczeń. W przeciągu pierwszych 2 tygodni żadnego działania radium nie spostrzeżono.

a) *Skóra.* W 16 dniu doświadczenia zaczerwieniły się u królików uszy, poczem w różnych miejscach strony zewnętrznej zaczęły występować oparzelizny, które w następstwie przeistoczyły się we wrzody, wrzody zaś zablizniały się stopniowo.

Po 6--8 tygodniach, kiedy uszy były już zupełnie włosów po-

zbawione, szerść zaczęła wypadać z grzbietu zwierząt. Występowało zapalenie wyłysiałych miejsc, które się coraz więcej zaogniały, obrzmiewały i przeistaczały we wrzody. Owrzodzenia te pokrywały się strupami. Po 16 miesiącach uszy znacznie zgrubiały, zniekształciły się i pokryły strupami. Cały grzbiet od karku aż do ogona stracił sierść i owrzodził.

b) *Układ nerwowy.* W kilka tygodni od początku doświadczenia zauważono, że króliki mają wygląd apatyczny i zmniejszoną ruchliwość. Wystąpił pewien niedowład kończyn tylnych.

c) *Oczy.* U jednego z królików wystąpiło wywiniecie powiek górnych, wskutek blizn skórnych. U wszystkich zwierząt znaleziono zmiany na siatkówce, mianowicie retinitis centralis, oraz neuritis centralis.

d) *Popęd płciowy.* W pierwszych miesiącach popęd płciowy zachowywał się zupełnie normalnie. Samica 3 razy miała małe. Stopniowo jednakże popęd płciowy zniknął, dopóki zupełnie nie ustał.

e) *Waga.* Początkowo waga zmianom nie podlegała, wzrosła nawet cokolwiek, potem jednakże zmniejszyła się o 33%.

Przy objawach ogólnego charłactwa króliki pozdychały w kilkanaście miesięcy od początku doświadczeń.

*Badanie pośmiertne. Śledziona.* Otoczka i trabeculae rozpulchnione. Ilość follikułów znacznie zmniejszona. W follikułach ilość limfocytów także zmniejszona. Komórki olbrzymie znajdują się w ilości bardzo małej. Tu i tam spotyka się w limfocytach karyokinezę.

*W gruczołach chłonnych* spostrzega się także zmniejszenie ilości leukocytów.

*W wątrobie* prócz tłuszczowego zwyrodnienia komórek nic osobliwego niema.

*W nerkach* wyraźny zanik komórek.

*W jajnikach* spotykamy bardzo mało pęcherzyków Graaf'a, które są zresztą zwyrodniałe. W jądrach i przyjadrzach niema pleneków; elementy nabłonkowe bądź silnie zwyrodniałe, bądź w stanie zupełnego zaniku.

*Rdzeń.* W rdzeniu spotykają się zwyrodniałe komórki nerwowe.

Najbardziej zatem cierpią przy działaniu radium z odległości: skóra, śledziona, narządy rodne i elementy nerwowe.

*H. Kucharzewski.*

203. Gaudier i Bouvet. **Oderwanie się guzowatości przedniej piszczeli.** (Revue de chirurgie. Wrzesień, 1905).

Autorowie opisują przypadek obserwowany u 17-letniego młodzieńca i 25 przypadków z piśmiennictwa tego, tak rzadkiego, złamania. Złamanie to może być zupełne i niezupełne. Jeżeli jest ono zupełne, to mięsień czworogłowy pociąga oderwany kawałek ku górze, złamanie jest wtedy ogromnie ruchome, ma się rozumieć, należy ztąd wykluczyć te przypadki, w których guzowatość wbiła się do stawu i mocno się przytwierdziła. Rzepka przy zupełnym oderwaniu pociągnięta bywa ku górze przeciętnie na 3 ctm. albo nawet i na 10 ctm. W 19 z tych 24 przypadków oderwanie nastąpiło u młodych ludzi w wieku od 15 do 23 lat podczas wzmocnionej pracy mięśniowej i tylko w 3 przypadkach spotkało to starszych ludzi w wieku 49—59 lat. Złamanie rzepki następuje przez działanie zewnętrznej, wielkiej bezpośredniej siły, przeciwnie zaś, oderwanie przedniej guzowatości piszczeli następuje prawie zawsze dzięki nadwyrężeniu siły mięśniowej i dlatego też spotyka się przeważnie u młodych mężczyzn, zajmujących się przeróżnymi ćwiczeniami ciała. 14 razy nastąpiło oderwanie dzięki zgnalonemu zgięciu goleni, a 5 razy przez silne skurczenie mięśnia czworogłowego, wywołane wskutek ochrony przed upadnięciem w tył. Przyczynę, dlaczego w takich warunkach nie złamie się rzepka, należy szukać w anatomicznym rozwoju i w budowie kości u młodych ludzi. Co się zaś tyczy rozpoznania różniczkowego, to należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na przerwanie się ścięgna rzepki i na poprzeczne złamanie takowej; taka pomyłka nastąpiła tu w 6 przypadkach, które poddały się leczeniu po upływie kilku godzin nawet dni po wypadku. Głównymi objawami takiego oderwania są: czynnościowa niemoc, opuchnięcie stawu, krwawy wylew i wysoki stan rzepki; rozpoznanie w ogólności dosyć trudne i udaje się bardzo często tylko dzięki promieniom roentgenowskim. Rokowanie dobre tylko wtedy, gdy się przystąpi do operacji, mianowicie, gdy się nakłada szew; leczenie konserwatywne za pomocą spokoju i opatrunków unieruchamiających tylko bardzo rzadko daje dobre wyniki. Przy wyraźnym krwawym wylewie do stawu — należy staw otworzyć; przy niezupełnym oderwaniu można przystąpić do ostrożnych biernych ruchów i masażu mięśnia czworogłowego po upływie 15—20 dni, przy zupełnym oderwaniu po upływie 20—25 dni. Na końcu autor podaje spis piśmiennictwa.

W. B.

204. Pagnaud. **Włókniak i rak macicy.** (Annales de gynecologie et d'obstetrique. Lipiec—wrzesień, 1905).

Na podstawie swoich i 360 przypadków z piśmiennictwa o

związku między włókniakiem i rakiem macicy, autor przychodzi do następujących wniosków. Po pierwsze, rak może się rozwinąć na tle włókniaka, podrugie, rak i włókniak znajdują się jednocześnie w trzonie i po trzecie, rak rozwija się w szyjce macicy. Pierwszy rodzaj spotyka się rzadziej; obserwowano 44 przypadki, w których bezwarunkowo rak pierwotny rozwinął się na tle włókniaka. Rak i włókniak trzonu macicy spotyka się częściej, mianowicie w 179 przypadkach. Włókniak, zdaje się, sprzyja rozwinięciu się raka tem, że wywołuje przewlekłe zapalenie macicy, które swoją drogą może przemienić się w raka; ten, tak zwany, wtórny rak można obserwować przeważnie u kobiet, które nigdy nie rodziły, w wieku 50—60 lat. Co się zaś tyczy trzeciego rodzaju, to można z niejaką pewnością utrzymywać, że rak szyjki macicy częściej spotyka się u kobiet posiadających włókniak szyjki macicy, niż u innych; pojawia się on w wieku 40—50 lat i to przeważnie u kobiet, które kilka razy rodziły.

Ten fakt, że bardzo często zespalają się włókniak i rak macicy, przedstawia ważny argument, aby jaknajwcześniej przystępować do operacji wszelkich włókniaków, chociażby wcale nie wywoływały jakichkolwiek bądź przykrych objawów i chociażby chore znajdowały się blisko okresu klimakterycznego. Jako jedyną racjonalną operację, autor uważa przy zespoleniu włókniaka z rakiem w macicy zupełne wycięcie jej przez jamę brzuszną, chociaż śmiertelność względnie wielka (17% jego przypadków) i, co najgorsze, bardzo często i prędko następuje nawrót raka.

*W. B.*

205. *Devic i Froment. Przedziurawienia kiszek w nawrocie duru i w okresie zdrowienia; wyniki operacyjne.* (Revue de médecine. Wrzesień, 1905).

Według statystyki, ułożonej przez autorów, okazuje się, że przedziurawienie kiszek przy nawrocie tyfusu spotyka się znacznie częściej, niż się myśli; mianowicie autorowie znaleźli przedziurawienie kiszek w 4% obserwowanych przypadków i w 40% przypadków zakończonych śmiercią. Przedziurawienie kiszek następuje w większej części przypadków między 5 a 9 tygodniem i to przeważnie podczas przebiegu pierwszego nawrotu choroby. Co się zaś tyczy przedziurawienia podczas okresu zdrowienia, to w takim przypadku nie może być mowy o prawdziwym okresie zdrowienia, jest to rodzaj skrytego długotrwałego tyfusu i przedziurawienie zapowiada się niektórymi nienormalnymi objawami, szczególnie widocznymi na

krzywej ciepłoty. Prawie zawsze zdawało się, że przebieg tyfusu był łagodny, lekki i krótkotrwały; przedziurawienie następowało najwcześniej na drugi dzień i najpóźniej w czwartym tygodniu po mniemanem wyleczeniu tyfusu. Gdy się porówna obadwa rodzaje przypadków, to okazuje się, że i przy przedziurawieniu podczas nawrotu tyfusu, jakoteż i podczas okresu zdrowienia ma się do czynienia tylko z pozornymi różnicami,—są to długotrwałe rodzaje tyfusu z mniej więcej wyraźnymi objawami, jako to: obfite rozwolnienie, połączone z silnem wzdęciem jelit i wywołane przez wielką ilość głęboko siedzących owrzodzeń kiszek, albo też rozwolnienie nieznaczne, podwyższenie ciepłoty, silne znużenie, nawet śpiączka i odrętwienie. Przedziurawienie następuje czasami nieznacznie bez wszelkich ubocznych objawów. Jeżeli się przystąpi do operacji na czas, to można, sądząc z zebranych przypadków, z większem prawdopodobieństwem spodziewać się wyleczenia; z 18 operowanych przypadków przedziurawień kiszek cienkich wyzdrowiało przy nawrocie tyfusu 6, to jest 33,3%, a z 9 przypadków operowanych w okresie zdrowienia wyleczyło się 6, to jest 66,6%, ostatnie zatem daje znacznie lepsze rokowanie. W końcu swej pracy autorowie podają szczegółowe historye chorób wszystkich operowanych i nieoperowanych przypadków oraz literaturę.

*W. B.*

206. Stegman. **Leczenie choroby Basedow'a za pomocą promieni Röntgen'a.** (Wien. klin. Woch. 18-I, 1906).

Już 2 miesiące temu autor opisał 2 przypadki, w których radioterapia nie tylko zmniejszyła gruczoł tarczycowy, lecz i usunęła objawy nerwowe (p. Sem. méd. 1905, str. 321). Obecnie autor opisuje przypadek, w którym 14-letnia dziewczynka, dotknięta chorobą Basedow'a, powróciła do zupełnego zdrowia pod wpływem promieni X. Zaznaczyć należy, że chorej ubyło w czasie choroby wagi: przed zachorowaniem ważyła 64 klg., potem 46 klg. 700 gr. Leczenie żadne nie pomagało, a stosowano nie tylko elektryczność i znane środki, lecz i seroterapię. Pod wpływem promieni Röntgen'a (na działanie których chora wystawiana była co 4--7 dni na 12 minut) wszystkie objawy chorobowe zaczęły się zmniejszać, tak że po 4 miesiącach gruczoł tarczycowy był zupełnie normalnej wielkości, tętno 88, wagi przybyło 20 klg.—dziewczynka wyzdrowiała.

Autor wyprowadza ztąd wniosek, że należałoby chorobę Basedow'a zacząć leczyć promieniami X, w obec tego, że leczenie to daje doskonałe wyniki; do tych samych wyników doszedł też i Beck (p. Sem. méd. 1905, str. 340).

*M. B.*



207. Happich. **O śmiertelnem zatruciu kamforą.**

Autor, zauważywszy kilka śmiertelnych przypadków po zastrzyknięciu kamfory, w szczególności przy drgawkach porodowych — zaczął robić doświadczenia w laboratorjum na 35 królikach.

W organizmie kamfora w części łączy się z kwasem glikuronowym, w części zaś wydziela się przez płuca i dawka śmiertelna wynosi, według autora, 0,10 na funt (410 gr.) wagi człowieka lub zwierzęcia. Ponieważ kwas glikuronowy powstaje wskutek spalania się glikozy, przeto wszelkie warunki, sprzyjające zmniejszeniu ilości glikozy lub też tlenu w organizmie, ułatwiają zatrucie. I rzeczywiście, normalny królik znosi 0,08 kamfory w roztworze spirytusowym (iniekcyja zrobiona była do żyły ucha) — zdycha zaś po takiej dawce, jeżeli mu zmniejszyć zapas cukru przez post 9-dniowy, z drugiej strony, jeżeli zmniejszyć ilość tlenu przez danie do wdychania niewielkiej ilości kwasu węglanego, to nawet mniejsza dawka, bo 0,02—0,04 kamfory zabija królika. Jeżeli jednak razem z kamforą zastrzyknąć kwas glikuronowy, to ten ostatni neutralizuje działanie toksyczne kamfory i zwierzęta nie zdychają.

Dlatego też autor radzi nie zastrzykiwać kamfory wszystkim tym, u których przemiana węglowodanów jest niedostateczna (przy charłactwie u osobników wygłodzonych, dyabetyków, może nawet u zatrutych chloralhydratem), a także i w tych przypadkach, w których jest niedostateczne utlenianie (w chorobach serca, obustronnem zapaleniu płuc, drgawkach porodowych, septycemiach). U chorych, mających drgawki porodowe i takich, u których znajdujemy objawy podniecenia nerwowego, nie należy też używać kamfory — zważywszy, iż ta ostatnia nie jest bez działania na centry nerwowe.

(Zentr. f. Gynäkol. 30-XII, 1905).

*M. B.*

208. Cianni. **Działanie adrenaliny na chorobę Werlhofa.** (Riform. med. 3-II, 1906).

Wychodząc z założenia, że choroba Werlhof'a rozwija się skutkiem atonii naczyń, autor stosował w niej adrenalinę, jako ściągającą naczynia.

Autor opisuje przypadek 12-letniej dziewczynki, którą z powodu choroby Werlhof'a (ciągłe krwotoki z dziąseł, nosa, petocie i t. p.) przywieziono w tak ciężkim stanie do szpitala, że trzeba jej było zastrzykiwać na przemian to eter, to kofeinę. Kał zawierał krew. Ciałek czerwonych we krwi było 2,539,000, białych 5,100. Od dnia przywiezienia do szpitala autor zaczął wstrzykiwać adrenalinę codziennie i cc. roztworu następującego: 1 gr. adrenal. hy-

drochl. na 1000 fizyologicznego roztworu soli, do którego dodano trochę (0,5%) chloretonu.

3-go dnia krwi w kale nie było, przyczem krwotoki były mniej częste i mniej silne. Petocie się zmniejszały powoli, tak że po 15 dniach nie było ich już wcale. Stan ogólny polepszył się, ilość czerwonych ciałek krwi doszła do 4,000,000. Leczenie prze-rwano po 15 iniekcjach adrenaliny. Chora pozostała jeszcze przez kilka dni w szpitalu dla obserwacyi, poczem została wypisana, jako zupełnie zdrowa.

M. B.

209. **Leczenie ropowicy za pomocą eteru** dało nader zachęcające wyniki lekarzowi z Aten, Georgiades. Stosował on je zamiast zabiegu operacyjnego, w następujący sposób. Dane miejsce, zajęte ropowicą, przygotowuje się zupełnie jak do operacyi: zmywa mydłem i wodą, rozczyne: sublimatu i t. p., następnie kładzie się grubą warstwę waty, namoczoną w eterze siarczanym, na to kładzie się warstwę suchej hygroskopijnej waty, ceratkę i owiązuje bandażem, jak zwykły opatrunek. Opatrunek taki odnawia się codziennie bez względu na to, czy ropień pękł, czy nie. Zazwyczaj w kilka godzin po przyłożeniu eteru temperatura spada o 1<sup>o</sup>, czasem i więcej, ból zmniejsza się, niemniej i zaczerwienienie i obrzęk. Wyzdrowienie następuje 8-go dnia. Niekiedy pod naskórkiem pozostaje płyn surowiczny, ten jednak wsysa się po 3—4 dniach. Po-wrót do stanu normalnego poprzedza łuszczenie się naskórka. Statystyka dała następujące wyniki autorowi: Na 9 dzieci od 2 miesięcy do 3 lat, leczonych operacyjnie, 6 zmarło, 3 wyzdrowiało (zdrowienie było bardzo powolne). Natomiast z 27 dzieci w wieku od miesiąca do 4 lat leczonych kompresami—wyzdrowiały wszystkie.

(Sem. méd. N-r 11, 1906).

M. B.

210. **Piery i Renoux. Łupież pstry (pityriasis versicolor) grzybica skórna pochodzenia grzybiczego (dermatomycosis).**

Już w zeszłym roku Bertrand uznawał łupież pstry za objaw grzybicy (p. Sem. méd. 1905, str. 170). Obecnie autorowie za-strzykiwali emulsję, zawierającą łuski, pochodzące z łupieżu pstrego kobiety chorej na grzybicę (zgęszczenie wierzchołków bez laseczników Koch'a w plwocinie). W łuskach tych znaleziono *Microsporon furfur*. Jedno ze zwierząt, którym zastrzyknięto grzybicę, dostało też grzybicy, przyczem zastrzyknięcie zawartości gruczołów od tego ostatniego zaraziło 2 świnki morskie. Zastrzyknięcie podobnej emul-syi od drugiego chorego nie dało żadnych wyników. Nie otrzymali

też autorowie żadnych wyników po zastrzyknięciu zeszkrobin skóry 2 chorych na gruźlicę z lasecznikami w płwocinie, lecz nie mających pstręgo łupieżu na skórze i jednego chorego na phtisis fibrosa, który jednocześnie cierpiał na łupież różowy Gibert'a.

Autorowie są zdania, że między pstrym łupieżem a gruźlicą płuc istnieje pewien związek i zapytują się czy *Microsporon furfur* nie jest jaką formą ewolucyjną lasecznika Koch'a, twierdzą też jednocześnie, że łupież jest objawem nie początku gruźlicy, lecz gruźlicy, t. zw. *tuberculosis abortiva* w tem znaczeniu, w jakim je rozumie prof. Bard—idzie tu mianowicie o zespół objawów, odpowiadający zmianom włóknistym bliznowatym nie rozwojowym, które nastąpiły po pewnym, dość długim przeciągu czasu. Zmiany te nazywali niesłusznie klasycy zgęszczeniem wierzchołków i uważali je za początek gruźlicy.

M. B.

(Lyon. méd. 21-I, 1906).

#### 211. Revilliod i Long. **Polyneuritis po kurze.**

Autorowie opisują przypadek, w którym 8-letni chłopczyk zachorował na bezwład dolnych kończyn w 10 dni po kurze.

NB. wysypka zginęła po 48 godzinach, żadne objawy uboczne nie towarzyszyły jej. Chłopiec z początku nie mógł chodzić—chwiał się, następnie nie mógł schodzić ze schodów, z łóżka, a nawet przewracać się z boku na bok. Następnie chory uczył silne bóle w górnych kończynach, po których nastąpił bezwład tychże kończyn (pod koniec 2-go—na początku 3-go tygodnia). Możliwość ruchów powróciła dopiero po 2 miesiącach, przyczem odruchy, które zupełnie znikły podczas choroby, przez długi czas nie powracały, nawet ich nie było wtedy, gdy dziecko zdawało się już być zdrowem. Odczynu na zwyrodnienie nie było, była jednak zmniejszona wrażliwość mięśni na prąd elektryczny.

Chłopczyk, sądząc ze wszystkich objawów, cierpiał na zapalenie nerwów—tutaj jednak należy zaznaczyć, że wbrew temu, co zazwyczaj widzimy w polyneuritis, bezwład mięśni tułowia był bardziej znaczny, aniżeli kończyn, u tych ostatnich najsilniej zajęte były mięśnie ramienia, miednicy, uda i ramienia, aniżeli przedramienia, ręki, łydki i nogi. Przez kilka dni chory cierpiał też na widzenie zdwojone (diplopia), co jest dosyć rzadkiem w polyneuritis.

Najważniejszym w przypadku tym jest to, że dziecko na żadną inną chorobę zakaźną nie chorowało, że miało tylko kur i że nie miało jednocześnie dyfterytu, na karb którego możnaby było złożyć objawy ze strony nerwów. Ztąd wynika, że kur mimo, że jest to

choroba nie niebezpieczna, często o bardzo lekkim przebiegu (bez gorączki nawet), może być przyczyną dość ciężkiego i długotrwałego zapalenia wielu nerwów.

*M. B.*

(Arch. de méd. des enfants. Mars, 1906).

### 212. O odporności u dzieci po szczepieniu ospy.

Na zasadzie wielolicznych badań różnych autorów tej miary, co Sevestre, Roger, Brouardel i inni, można dojść do następujących wniosków:

1) Odporność tracą dzieci bardzo szybko, określić jednak, jak długo ona istnieje, nie można, gdyż różna jest jej trwałość u różnych osobników.

2) Wobec takiej niepewności należy wszystkim szczepić ospę w czasie epidemii, nawet takim dzieciom, którym niedawno (kilka miesięcy temu) szczepiono ospę z pożądanym skutkiem.

3) Jeżeli się ospa nie przyjęła, to należy u dziecka ponawiać szczepienie tak długo, dopóki się nie przyjmie.

4. Jeżeli szczepienia (nawet powtórne) nie wystarczają, aby dziecko (lub dorosłą osobę) ochronić od ospy, to w każdym razie osłabiają chorobę.

5) Odporność zmniejsza się zazwyczaj w miarę, jak dany osobnik rośnie. Notowano jednak przypadki krótkotrwałej odporności u dzieci małych, tak np. d-r Ca z a l opisuje przypadki, w których dzieciom w 3 lata, 2 lata i nawet 14 miesięcy po zaszczepieniu ospy znów z doskonałym skutkiem ospę zaszczepiono.

(Arch. de méd. des enfants. N-r 3, 1906).

*M. B.*

### 213. Leczenie bezwładów dyfterytycznych.

Bez względu na to, czy bezwład nastąpił w czasie anginy dyfterytycznej, zaraz po niej, lub też w kilka tygodni później i bez względu na to, czy zapalenie dyfterytyczne gardła leczone było surowicą lub nie, należy leczyć bezwład za pomocą iniekcji surowicy przeciwbłoniczej. We wszystkich przypadkach otrzymywali tacy autorowie, jak: Comby, Mongour, Chambon i in. świetne rezultaty.

Dawka wynosi 5 cc. do 2-letnich, 10 cc. od 2—5 lat, 20 cc. u starszych jak 5 lat. Po 1-iej iniekcji można zrobić drugą następnego dnia lub co drugi dzień, stosownie do stanu bezwładu.

Zazwyczaj wystarcza 2—3 iniekcje.

Zajmujący jest przypadek Roulin'a, w którym to przypadku 13-letnia dziewczynka otrzymała w ciągu 26 dni 20 iniekcji

surowicy po 10 cc., t. j. 200 cc. Wyzdrowiała dopiero po 10-ej iniekcji.

Mongour radzi w ciężkich przypadkach iniekcye do żył.  
(Arch. de méd. des enfants. N-r 2, 1906). M. B.

---

## BIBLIOGRAFIA.

---

D-r med. S. Orłowski. **Cierpienia układu nerwowego. Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia kręgowego.** Warszawa, 1906.

Jako pierwsza część podręcznika cierpień układu nerwowego, wyszedł z druku z zapomogi Kasy Mianowskiego okazały tom o 419 stronicach, wytwornie wydany i ozdobiony 186 rysunkami w tekście.

Jeżeli pojawienie się podręcznika w danej gałęzi wiedzy jest w każdym, nawet najbogatszym, piśmiennictwie zdarzeniem nie codziennem i budzącem zainteresowanie, to napisanie przez polaka w ojczystym języku podręcznika chorób nerwowych, w obec ubóstwa naszego pod tym względem, stanowi zjawisko niezwykle i niezmiernie pocieszające.

Pozbawieni przez długie lata możności kształcenia się w rodzimym języku, odsunięci od katedr uniwersyteckich, nie mieliśmy warunków do tworzenia w tym kierunku i zaspakajaliśmy potrzeby nasze nielicznymi przekładami z obcych języków.

Praca niniejsza jest w całym tego słowa znaczeniu dziełem oryginalnym, o ile podręcznik nim być może. Każdy bowiem podręcznik—mając za zadanie zawrzeć w sobie całokształt naszych wiadomości z danej gałęzi wiedzy w danej chwili,—z samej istoty rzeczy musi być pracą przeważnie kompilacyjną. Udział jednak autora bywa tu bardzo rozmaity.

Istnieje cały szereg podręczników, które prędzej nazwać można referatami zbiorowymi—rozumowanymi.

Ich autorzy manipulują materiałem w przeważnej części cudzym: kazuistyka, rysunki, tablice—cierpią wprost gotowe z innych prac. Zestawiają tylko zdobyty przez innych materiał, opracowują go, poddają krytyce i oświetlają w odpowiedni sposób.

Praca Orłowskiego należy do innego rodzaju. To, o czym autor mówi w swoim podręczniku, zna on nie tylko z opisu, z literatury, lecz i z osobistej obserwacji i doświadczenia. Owoc to kilkoletniej ordynatury na klinice chorób nerwowych uniwersytetu moskiewskiego. Wszystkie fotografie chorych, rysunki mikroskopowe, tablice (prócz kilku schematów) robione są własnoręcznie przez autora z natury.

I to nadaje pracy Orłowskiego cechę wybitnie oryginalną. Praca ta składa się z 2-ch części.

W pierwszej mamy choroby układu nerwowego obwodowego, w drugiej choroby rdzenia kręgowego.

Na początku części pierwszej podaje autor anatomie, histologię, fizyologię i patologię doświadczalną całego wogóle obwodowego układu nerwowego według najnowszych badań — przytacza dane pewne, ściśle dowiedzione, nie obciążając wykładu, jak to często wa, niepotrzebnym historycznym balastem.

Dalej następuje klasyfikacja cierpień układu nerwowego obwodowego, a w końcu opis oddzielnych postaci chorobowych i ich leczenia.

Przy opisach cierpień poszczególnych nerwów mamy zawsze drobiazgową anatomie, fizyologię i patologię danego nerwu.

Choroby nerwów obwodowych klasyfikuje autor z punktu widzenia etyologii i anatomii patologicznej. Z uwagi, iż czynności chorobotwórcze działać mogą na nerw w 2-ch przeciwnych sobie kierunkach, tj. zmniejszając albo też zwiększając jego przewodnictwo, wyróżnia autor z grupy cierpień:

1-o Zależne od upośledzenia przewodnictwa, co ostatecznie w sferze ruchowej wyraża się jako porażenie, a w sferze czuciowej jako znieczulenie.

2-o Zależne od wzmożenia przewodnictwa, co w ostatecznym rezultacie daje w sferze ruchowej kurcz, w sferze czuciowej ból.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego mamy:

I) Cierpienia, wywołane przez zmiany anatomiczne:

- a) zapalenie nerwu i wielonerwowe,
- b) nerwiaki;

II) Cierpienia, wywołane przez podrażnienie nerwu:

- a) kurcze umiejscowione,
- b) nerwobóle.

Prócz tego, wychodząc z zasady, że większość nerwów obwodowych należy do kategorii mieszanych (ruchowo-czuciowych), zamiast najczęściej spotykanego podziału na cierpienia nerwów ruch-

wych i czuciowych, autor wprowadza podział anatomiczny, na nerwy mózgowo i rdzeniowe.

Opisy cierpień poszczególnych nerwów wszędzie są bogato ilustrowane nie tylko rysunkami preparatów mikroskopowych, lecz i fotografiami bardziej charakterystycznych przypadków kazuistycznych. To samo powiedzieć można i o zapaleniu nerwu i wielonerwowem (polyneuritis).

Część II obejmuje choroby rdzenia.

I tu przede wszystkim podaje autor budowę rdzenia (jego anatomię i histologię), jak również fizyologię i patologię, zawsze opierając się na najnowszych badaniach w tym kierunku. W tym miejscu przydałoby się może nieco więcej danych z embryologicznego rozwoju rdzenia. Zresztą, cała ta część odznacza się niezwykłą jasnością wykładu, popartą świetnymi rysunkami.

W klasyfikacji cierpień rdzenia trzyma się autor ogólnie przyjętego schematu.

Z oddzielnych postaci chorobowych wyróżniają się opracowaniem: wiał rdzenia, syfilis rdzenia i syryngomyelia.

Bardzo również wyczerpująco opracowane są cierpienia osłon rdzeniowych.

Wielką zaletę podręcznika stanowi bardzo systematyczny jasny, a nie rozwlekły wykład i czysty, bez naleciałości, język.

Plastyczne opisy objawów, umiejętne grupowanie cech rozpoznawczych i trafna ocena metod leczniczych wskazują na umysł, znakomicie wyćwiczony w pracy klinicznej.

Za wielką też zasługę poczytać należy autorowi umieszczenie w końcu każdego oddziału odnośnej literatury polskiej (z ostatnich lat 25), nadzwyczaj sumiennie zebranej. Z tego względu praca kol. Orłowskiego ma wielką wartość nie tylko dla studenta lub lekarza praktyka, lecz nawet dla specjalnych badaczy w tej gałęzi medycyny.

Słowem, w zakończeniu śmiało rzec możemy, że praca kol. Orłowskiego stanowi poważny wkład do skarbnicy naszego piśmiennictwa lekarskiego i pozwala wróżyć, że i druga część podręcznika, zawierająca choroby mózgu, stanie również na wysokości swego zadania.

*K. Wisłocki.*

## Kronika bieżąca.

—jw— Od połowy kwietnia liczne są bardzo w Warszawie przypadki *koklusz* u dzieci. Zdarzają się również przypadki odry, błonicy i szkarlatyny.

—jw— W Wilnie lekarz wojskowy, W. Dunkel otrzymał w ciągu 24 godzin dymisyę za to, że nie chciał być obecnym przy wykonywaniu na podwórzu więziennem wyroku śmierci nad zabójcą Korotkim. (St. P. M. W. N-r 9).

—jw— W Batumie wszyscy lekarze i rządcy domów zostali pod groźbą 3000 rb. kary lub 3 miesiący więzienia zobowiązani przez miejscowego generał-gubernatora do zawiadamiania policyi o każdym wypadku rany postrzałowej lub kłutej.

—jw— Profesorem kliniki chirurgicznej w Dorpacie wybrany został w miejsce prof. Wilhelma Koch'a, który otrzymał emeryturę, dotychczasowy profesor kliniki chirurgicznej szpitalnej Werner Zoega von Manteuffel. Prof. M. Kuźniecowa (z Warszawy) kandydował również o to miejsce, lecz przed wyborami cofnął swoją kandydaturę.

— W wydziale lekarskim krakowskim poruszono myśl wzniesienia kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbywały się w miesiącu lipcu, a od dwóch lat z powodu stosunków politycznych musiały ulegć przerwie.

Wyłoniły się jednak poważne wątpliwości, czy kursa te zdołają już w tym roku zgromadzić dostateczną liczbę uczestników.

Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości uprasza się lekarzy, którzyby mieli stanowczy zamiar uczestniczenia w tegorocznych kursach wakacyjnych w lipcu w Krakowie, by zgłosili się *najdalej* w ciągu 2 tygodni, t. j. do dnia 26 maja 1906, listownie do Redakcyi «Przeglądu lekarskiego» (Kraków, Wielopole 4), wymieniając zarazem przedmiot lub przedmioty, którymi na kursach zamierzają się zająć.

Od wyniku zgłoszeń, który podany będzie do publicznej wiadomości w prasie lekarskiej, zależy, czy krakowskie kursa wakacyjne dla lekarzy będą w tym roku podjęte lub zaniechane.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie tej odezwy.

**Zmarli.** D-r Stanisław Turkiewicz dnia 2 maja r. b. w Warszawie, w wieku lat 68.

D-r Gustaw Doliński, publicysta i zasłużony na polu higieny, dnia 7 maja r. b. w Lublinie, w wieku lat 60.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.