

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z KAZUISTYKI SZPITALA NA PRADZE.

I. OMYŁKI DYAGNOSTYCZNE.

Podał

J. HORNOWSKI

lekarz miejscowy Szpitala.

PRZYPADEK X.

Cysta dermoidalis ovarii sinistri, przebiegająca przy objawach nowotworu kiszki grubej.

Dn. 11-VII 1905 przybyła na oddział chora A. T., lat 30 ze skargami na bóle oraz guz w brzuchu.

Guz ten chora zauważyła siedem tygodni temu—po porożu, jednak już w czasie ciąży chora uważała, że lewa część brzucha jest bardziej bolesna i wypukła.

Guz ten, w porównaniu z tem jak był w początku choroby, znacznie się zwiększył.

Bóle silniejsze występują w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny po jedzeniu, słabe są prawie ciągle.

Apetyt ma chora nieszczęśliwy. Wstrętu do pewnych pokarmów nie zaznacza.

Odbijań nie miewa. Skarży się na ciągle uczucie pragnienia.

Wypróżnienia zaparte co 3—4 dni, z bólami, dęciem oraz z domieszką krwi. Przed wypróżnieniem bywają silne burczenia po brzuchu.

Mocz oddaje bez bólów.

Po za tem chora zaznacza, iż ma nieznaczny kaszel, skłonność do potów, czasami dreszcze, oraz bóle w krzyżu, które zwiększają się przy chodzeniu.

Menses od 16 roku życia, Zjawily się dopiero po zamążpójściu. Typ 3—4/IV. Rodziła pięć razy zdrowe i żywe dzieci; jeden z tych porodów był kleszczowy. Łożysko zwykle odchodziło późno i z trudnością.

Raz poroniła—bliźnięta.

Poprzednie choroby: reumatyzm stawowy 8 lat temu.

Dziedziczność: matka choruje na oczy, ojciec i rodzeństwo na serce.

Przy badaniu znalazłem:

Chora prawidłowo i silnie zbudowana. Tkanka tłuszczowa dość obfita.

Skóra i błony śluzowe blade.

Zmian wypukowych na całej przestrzeni klatki piersiowej nie znajdujemy: ton wypukowy czysty, płucny.

Wierzchołki oraz dolne granice płuc dobrze się poruszają przy wdechu i wydechu.

Wysłuchowo słycać na całej przestrzeni klatki piersiowej wydłużony wydech.

Oddechów 18 na minutę.

Granice serca normalne, tony czyste. Ictus w 5-em międzybrzuchu na 2 palce wewnątrz od linea mamillaris.

Puls 78 na minutę, pełny, równy.

Ściana brzucha wiotka. Diastaza mięśni prostych.

Wątroba i śledziona nie dają się wyczuć.

W lewym podżebrzu po linea mamillaris wyczuwamy guz kulisty, wielkości kulaka dużej ręki, o równych, gładkich kon-

turach. Guz ten nie znajduje się w żadnym związku ze śledzioną, daje się obejść przy badaniu ze wszystkich stron, jest dobrze ruchomy na wszystkie strony oraz bolesny przy palpacji.

Przy badaniu dwuręcznem wyczuwamy w guzie nieznaczną fluktuację.

Przy badaniu ginekologicznem organy płciowe znaleziono w stanie normalnym: macica nieco powiększona—nie bolesna, jajniki nie dają się wyczuć; parametria wolne. Związku guza z organami płciowemi konstatować nie można.

Przy badaniu przez kışkę prostą nic szczególnego nie znajdujemy; badanie to jest nieco bolesne.

Przy rozdymaniu kışki grubej per rectum, za pomocą gęęboko wprowadzonej sondy rektalnej, widać wyraźnie rozszerzającą się kışkę grubą i na jej flexura lienalis unosi się ku górze wyczuwany w brzuchu guz.

Kał rzadki, o zabarwieniu brunatnem, silnie cuchnący, odczynie alkalicznym, zawiera resztki dość dobrze strawionych pokarmów.

Pasorzytów oraz ich jajek nie znaleziono.

Znajdujemy dość liczne ciała ropne, czerwone ciała krwi oraz duże, długie nitki śluzu.

Przy badaniu zawartości żołądka znaleziono: Naczczo nie wydobyto żadnej zawartości. W $\frac{1}{2}$ godziny po próbnem śniadaniu wydobyto 60 ctm. zawartości z dość dobrze strawioną bułką. Kwasota ogólna 34.

HCl wolnego 0,0365 (HCl związanego 0,0292). Pepton obecny. Kwasu mlecznego, masłowego, octowego niema.

Mikroskopowo: dobrze strawiony krochmal i nieliczne drożdże.

Mocz o ciężarze gatunkowym 1,023, kwaśny, nie zawiera ani białka ani cukru. Indykanu nie dużo. Słaba diazoreakcja. Kreatynina obficie. Barwników i kwasów żółciowych nie znaleziono.

W osadzie złuszczenia z zewnętrznych organów płciowych oraz nieliczne ciała ropne.

Krew zawiera 60% Hgb.

Czerwone ciała układają się dość dobrze w rulony i nie przedstawiają zmian formy. Ilość czerwonych 4,500,000 w mm sz., ilość białych 6,500 w mm sz. FI = 0,7. Pomiędzy ciałkami białymi przeważają wielojądrowe neutrofilowe.

Na zasadzie konstатовanego przy rozdymaniu kiszki związku guza z flexura lienalis colonis, obecności krwi, ropy i śluzu w kale, oraz niemożności konstатовania jakiegokolwiek związku guza z organami rodnymi, postawiłem rozpoznanie: *Tumor flexurae lienalis colonis* i zakwalifikowałem chorą do zabiegu operacyjnego, na który ta jednakże nie chciała się zgodzić, wskutek czego czas pewien (10 dni), pozostała na oddziale wewnętrznym. Przez ten czas temperatura, która przez pierwsze 4 dni była normalna (37° — $37,4^{\circ}$), zaczęła się podnosić i dawać znaczne wahania wieczorne (rano 38° — $38,6^{\circ}$, wieczorem $39,6^{\circ}$ — $40,2^{\circ}$), bóle w brzuchu były coraz silniejsze, wypróżnienia 4—6—8 razy dziennie, zawierające zawsze ropę i czerwone ciała krwi, mgłośc, od czasu do czasu wymioty, osłabienie silne.

Objektywnie guz nie powiększył się w rozmiarach, fluktuacja w nim dawała się wyczuwać wyraźniej, język był suchy, silnie obłożony, puls 120 miękki, słaby.

Wreszcie chora zdecydowała się na zabieg operacyjny.

Dn. 25-VII 1905 chorą operował d-r Raum.

Po wykonaniu cięcia i otworzeniu brzucha znaleziono guz wielkości głowy nowonarodzonego dziecka zrosnięty z flexura lienalis colonis i wychodzący na wąskiej długiej nóżce z lewego jajnika.

Guz ten okazał się ropiejącą wewnątrz cystą dermoidalną (włosy, chrząstka, zęby).

Guz ten został odseparowany od kiszki i wyłuszczone, a w 2 tygodnie później, dn. 9-VIII 05 chora wypisała się zupełnie zdrowa, bez żadnych objawów kiszkowych. Objawy

te, które znajdowałem przy badaniu chorej, zależne były prawdopodobnie jedynie od ucisku, który guz wywierał na kiszkę. Ucisk ten wywoływał objawy colitis, sprowadzał przekrwienie kiszki—dlatego też znajdowałem krew i ciała ropne w kale.

Prócz opisanych omyłek dyagnostycznych, obserwowanych przezemnie za życia chorych, miałem możność obserwowania pomiędzy materiałem sekcyjnym w Szpitalu na Pradze i innych omyłek dyagnostycznych, niemniej ciekawych.

Tak, na przykład, w sierpniu 1905 roku dziwnym trafem w przeciągu jednego tygodnia sekowałem 3 trupy z rozpoznaniem przyżyciowym „Myelitis”; we wszystkich trzech przypadkach były nowotwory rdzenia (psammoma, fibroneuroma, endothelioma).

Szkoda, iż przypadki te nie pochodziły z jednego oddziału: mogłyby one dać materiał do ciekawej monografii.

Wogóle zaś muszę zaznaczyć, iż pożądanem byłoby częstsze opisywanie omyłek dyagnostycznych przyżyciowych wraz z danymi sekcyjnymi, gdyż omyłki takie są zwykle bardziej ciekawe i pouczające, niż wypadki kazuistyczne, gdzie za życia było postawione właściwe rozpoznanie.

II. Przewlekły zanikowy nieżył 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*).

Obraz kliniczny zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny.

Już „ex aspectu“ uderza nas przede wszystkim u tego rodzaju chorych ogólny—zewnątrzny wygląd twarzy: bladość, nabrzmienie (w rodzaju nadętej cielęciny); nos również bywa obrzmiały, jakoteż górna warga—jednym słowem po większej części mamy tu do czynienia z objawami zółzów.

W ogóle chorzy, dotknięci zanikowym nieżytem nosa wzgl. ozeną, wykazują zły stan ogólny (Loewenberg), jakkolwiek nie zawsze ma to miejsce; bardzo często stosunkowo cierpienie to występuje u zupełnie zdrowo wyglądających osobników.

Co się tyczy *zewnątrznej formy nosa*, to przedstawia ona często mniej lub więcej wyrażone zmiany (Krieg): nos mianowicie mniej lub więcej zmniejszony w rozmiarach, wystający, przytem otwory przednie (nozdrza) są pionowo położone, lub też, co częściej ma miejsce, nos u tego rodzaju chorych przedstawia się zgrubiałym, płaskim u nasady, czasami nawet mniej lub więcej zapadły, a nawet przedstawia cechy typowe dla t. zw. nosa siodelkowego („nez de mouton“, „Sattelnase“); to ostatnie w 32 przypadkach notowałem w mojej praktyce.

Retractio alae nasi spostrzegal w tem cierpieniu — Stewart.

W ogóle zmiany w zewnętrznym wyglądzie nosa bywają częste w postaci cuchnącej zanikowego nieżyty nosa, czyli w t. zw. ozenie (Potiguet, Valentin), jakkolwiek niektórzy autorowie są przeciwnego zdania (Noquet, Cozzolino), a nawet Voltatini np. utrzymywał, że nigdy nie widział zmian w zewnętrznej konfiguracji nosa w tem cierpieniu.

Przy badaniu od przodu za pomocą lusterka (rhinoscopia ant.) widzimy przedewszystkiem całe wnętrze jam nosowych, wypełnione mniej, lub więcej zeschniętą wydzieliną (strupami), pokrytą brudnym, niekiedy ciemno-zielonym—jakby wiecznym pyłem, mocno przylegającym zwłaszcza do przedniego końca muszli średniej, rzadziej dolnych muszel, jakoteż przegrody nosa, wreszcie w tylnych odcinkach jam nosowych.

Strupy te niekiedy wiszą we wnętrzu nosa na podobieństwo stalaktytów; przytem bywa w mniejszej lub większej obfitości płynna wydzielina: szarawo-śluzowa, lub żółtawo-ropna.

Po usunięciu tej zeschniętej wydzieliny wzgl. strupów zapomocą ostrożnych przestrzykiwań nosa, lub pincetą — jamy nosowe przedstawiają się szerokimi — zwykle jedna w większym stopniu; mianowicie ze strony wklęsłej przegrody nosa.

Przy szczegółowem badaniu staje się widocznem, że to powiększenie w objętości jam nosowych jest wywołane mniej lub więcej wyrażonym zanikiem muszel, zwłaszcza dolnej, w części jednakże i średniej.

Muszle te przedstawiają się po prostu, jako wąskie listwy, lub wyniosłości.

Niekiedy środkowa muszla przylega do przegrody nosa (w przypadkach zboczenia tej ostatniej, lub w razie przerostu jej przedniego końca), co, jak wspomniałem, zdarza się dość często.

Taki stan jam nosowych t. j. ich szerokość nadmierna pozwala widzieć przy rhinoscopia anterior szczegóły, w normalnych warunkach niemożliwe do zobaczenia, jak np. całą szcze-

linę półksiężycową (hiatus semilunaris) z otworem zatok Highmor'a i czołowych, następnie tylną ściankę jamy nosogardzielowej z t. zw. wyniosłością Passavant'a, boczne ścianki nosogardzieli z otworem trąbek Eustachiusza, jakoteż otwory, prowadzące do zatok klinowych, sklepienie gardzieli z mniej lub więcej wyraźnym migdałkiem Luschka'i, wreszcie ruchy tylnej części miękkiego podniebienia podczas aktu mówienia i połykania.

Zanik jam nosowych t. j. muszel może być jednostronny (3 przyp. Jurasza, moje 20 przypadków, z których 12 po stronie lewej, a 8 po prawej—zwykle wtedy w szerszej jamie nosowej).

Przypadki tego rodzaju tj. jednostronnego zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny były spostrzegane przez Strübing'a i Semoni, Siebenmann'a i Smit'a (również w przypadkach skrzywienia przegrody nosa), wreszcie Schmiegelow'a.

Jurasz poczynił specjalne badania odnośnie do stanu muszel nosowych w 130 przypadkach zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny i znalazł on następujące zmiany: zanik obu dolnych muszel 51 razy w przednich końcach, oraz 4 w tylnych; w 2 przyp. był jednocześnie zanik dolnych i średnich muszel nosa.

Na 1142 przypadki zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny notowałem zanik obu dolnych muszel 380 razy tj. około w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków; przeważnie sprawa zanikowa była silnie wyrażoną w końcach przednich; zanik średnich muszel spotykałem o wiele rzadziej, gdyż tylko 24 razy, wreszcie 15 razy dolnych i średnich jednocześnie.

Jak to już powyżej wspomniałem, dość często stosunkowo spostrzegałem też przerost muszel nosowych (60 razy), w pozostałych przypadkach muszle nosowe przedstawiały się mniej lub więcej normalnie, przynajmniej nie można było skonstatować zmian wyraźniejszych.

W wielu razach (35 przyp.) istniał jednocześnie przerost

i zanik muszel nosowych, przyczem, po większej części, w jednej połowie nosa był zanik dolnych muszel (20 przyp.), lub średnich (15), w drugiej zaś przerost i to po większej części średniej, rzadziej dolnej muszli nosa.

Błona śluzowa jam nosowych w przypadkach zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny przedstawia również objawy mniej, lub więcej wyrażonego zaniku i tu również obok miejsc zanikowych istniały i przerostowe. Odpowiednio też do tych zmian—błona śluzowa przedstawia się błyszczącą, bladą, podobną do pargaminu, lub czerwoną, miękką, lekko krwawiącą przy dotknięciu zgłębnikiem.

Przebieg zanikowego nieżytu nosa, zarówno zwykłej postaci, jakoteż cuchnącej tj. ozeny jest zazwyczaj powolny bardzo — par excellence przewlekły: cierpienie trwać może lata całe (40 lat w przyp. Semon'a).

Jak to już wspomniałem — w przebiegu zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny mogą się zdarzać poprawy i pogorszenia, a nawet przerwy ze względnie zdrowym stanem (Jurasz).

Spostrzegalem przypadek, dotyczący niezamężnej, młodej osoby, u której bardzo ciężka uporczywa ozena ustąpiła jedynie z chwilą wyjścia za mąż, jakkolwiek w tych razach może być i pogorszenie sprawy chorobowej nosa.

Rozpoznanie zanikowego nieżytu nosa jest zwykle łatwe, zwłaszcza w jego postaci cuchnącej tj. ozenie.

W tej ostatniej — jeden objaw wystarcza dla postawienia właściwego rozpoznania tj. cuchnienie, które jest znamienne, że trudno wprost o pomyłkę dyagnostyczną.

Jakkolwiek bowiem bywa cuchnienie i przy innych sprawach chorobowych nosa — np. w ropotokach zatok bocznych, następnie ciałach obcych, przymocie i t. p., to jednakże, jak już wspomniałem — cuchnienie to różni się charakterem swoim zasadniczo od tego, jaki znamionuje ozene.

Mając na uwadze pasorzytnicze pochodzenie zanikowego nieżytu nosa, badanie bakteryologiczne, wykazujące t. zw. bacillus mucosus Loewenberg-Abel'a — może również potwierdzić

rozpoznanie, jakoteż histologiczne badanie (rogowe zwyrodnienie nabłonka—t. zw. metaplasia Siebenmann'a).

Ta ostatnia metoda tj. próbne wycięcie średniej muszli i zbadanie pod drobnowidzem — jest zalecana między innymi przez Sporleder'a, jakoteż Grosskopf'a; zwykle jednak jest ona zbytęczą.

Również i chemiczne badanie wydzieliny przy ozenie może dawać pewien punkt oparcia dla właściwego rozpoznania tego rodzaju cierpienia — mianowicie brak rhodanu (Much).

Tak czy owak, jakkolwiek zwykle rozpoznanie nieżytowe go zaniku nosa, zwłaszcza jego postaci cuchnącej, nie natrafia na trudności, to jednakże niekiedy może i to się zdarzyć — mianowicie zbliżone są do tej sprawy chorobowej przedewszystkiem t. zw. rhinitis sicca anterior (Ribary i Siebenmann), oraz t. zw. xanthosis (Zuckerkandl), wreszcie blenorhoea Stoerk'a w przypadkach zajęcia krtani (laryngitis sicca).

Już łatwiej odróżnić można cierpienie to od twardzieli nosa (rhinoscleroma), tem więcej, że lasecznik Frisch'a swoisty dla tego cierpienia zdaje się być identycznym z Loewenberg-Abel'a „bacillus mucosus.“

Rokowanie zanikowego nieżyty nosa zwykłego, a zwłaszcza cuchnącego tj. ozeny jest tylko quo ad vitam pomyślne, natomiast quo ad valetudinem completam — niepomyślne, gdyż wyleczenie trwale tego cierpienia zdarza się niezwykle rzadko.

W ogóle większość autorów jest zdania, że zanikowy nieżyt nosa, a zwłaszcza ozaena są nieuleczalne (Mulhall, Lefferts, Gellé i Blondiau, Wagner, Flatau, Krakauer, Watermann, Hav. Hall, wreszcie Cholewa i Cordes).

Z drugiej znowu strony wielu autorów nie są tak sceptyczni odnośnie do możebności wyleczenia tego cierpienia.

Do nich przedewszystkiem należy szkoła francuzka z Moure'm na czele (Noquet, Garrigou-Désarènes, Barattoux, Charazac, Lacoarret), jakoteż belgijska (Cheval, Délie, Capart, Rousseau).

W Ameryce natomiast, jakoteż w Niemczech pogląd ten ma mniej zwolenników (Wright, Dunn, North, Hamilton, jakoteż Laker, Brown, Jurasz, Rethi i Grosskopf).

Również zwolennikami uleczalności ozeny są we Włoszech: Massei, oraz Belfanti i Della Vedova—autorzy dyfterytycznego pochodzenia ozeny, w Rossyi zaś — Shirmunsky.

Autorzy ci przedewszystkiem podnoszą fakt, że wyleczenie samoistne zanikowego nieżytytu nosa wzgl. ozeny jest możliwe (Rethi, Kuttner, Jurasz, Burger i Kayser), następnie zaś, że w późniejszym wieku najważniejszy objaw ozeny (foetor) zmniejsza się, a nawet zupełnie znika (po 50 roku życia — M. Mackenzie).

Tego samego zdania jest również Wright, a Hugues idzie dalej jeszcze, utrzymując, że wyleczenie samoistne zdarza się w każdym wieku. (c. d. n.).

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Święciechowa (mto, pow. wschowski); w r. 1610 miał tu-tejszy szpital dziesięciu ubogich, w r. 1737—sześciu; był drewniany,

o wielkiej izbie ogrzewanej i 12 komorach; uposażenie składało się z roli, ogrodu, łąki i małych sum pieniężnych.

Świlcza albo Swincza (wieś, pow. rzeszowski); kościół ze szpitalem na dziesięciu ubogich wybudował w r. 1636 Mikołaj Ligeża, dziedzic Rzeszowa.

Szadek (wojew. sieradzkie); o założeniu szpitala tutejszego *vid. Zapis. 107, 108.*—Szpital ten w połowie XVII w. zgorzał, a na jego miejsce około r. 1680 mieszczanie wystawili inny.

Szadów (pow. upicki); w XVIII w. istniał tu szpital przy kościele parafjalnym.

Szamarzewo (wieś, dek. pyzdurski); w r. 1695 był tu szpital, wystawiony przez Pawła Kucharskiego, plebana szamarzewskiego; szpital bez uposażenia.

Szamotuły (wojew. poznańskie); do roku 1634 szpital był przy kaplicy św. Barbary, odtąd postawiono go przy kościele św. Ducha.

Szarogród (wojew. podolskie); szpital miał 6 izb i dawał przytułek 12 ubogim (6 męż. i 6 kob.).

Szawle (mto powiatowe); był tu w XVIII w. szpital przy kościele parafjalnym, miał zapisy Józeta Dowjata i Anieli Jagminówny.

Szczuczyn (mtko, pow. lidzki); w r. 1742 Teresa z Hlebickich Józefowiczów Scypionowa, kasztelanowa smoleńska, zaprowadziła tu zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia i szpital założyła.

Szeszole (pow. wileński); Zaleski, skarbnik wileński, zapisał w r. 1763 na szpital 400 talar. bit.

Szorówka (wojew. podolskie); fundusz na utrzymanie sześciu ubogich wynosił w połowie XVIII w. 9500 zł.

Szydłów (wojew. sandomierskie); w r. 1523 był tu plac, na którym dawniej stał szpital, oprócz tego istniał drugi szpital. (*Zapis. 109*).

Szydłów (pow. rosieński); szpital wystawił książę Józef Giedroyć, sufragan żmudzki; fundusz na utrzymanie dali w r. 1768 Ignacy Giedymin i Karol Janczewski.

Szydłowice (gub. grodzieńska); szpital fundowała w XVII w. Aleksandra Wiesiołowska, marszałkowa WXLit.

Tajkury (pow. ostrogski); szpital fundował w r. 1732 Jan Pełowski, podkomorzy podolski.

Tarczyn (ziemia warszawska); szpital założył w r. 1549 Wojciech Jeżewski, kasztelan warszawski, Benedykt zaś Izbieński, ów-

czesny biskup poznański, uposażył go dziesięcinami ze wsi Starogrodzkiej Woli.

Tarnów; dom sierot założył biskup Zbigniew Oleśnicki w r. 1448; szpital—Andrzej Tarło, officyał tarnowski w r. 1648.

Tarnowo (wieś biskupów poznańskich); szpital wystawił w pierwszej połowie XVIII w. Wawrzyniec Gieczkowski, pleban miejscowy. Szpital murowany, o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i czterech izdebkach, nie miał żadnego uposażenia.

Tarnowagórka (wieś, dek. kostrzyński); szpital założył Mikołaj Mielżyński, kasztelan gnieźnieński, w r. 1628.

Tczewo, Tczów (wojew. pomorskie); w XVIII w. istniał tu szpital przy kościele.

Tołoczyn (mtko, wojew. nowogrodzie); Lew Sapieha fundował tu w r. 1604 klasztor Bazylianów ze szkołami i szpitalem.

Torczyń (pow. łucki); podług wizyty z r. 1646 szpital miał uposażenie z roli i ordynaryi, wyznaczonej przez Ładysława Radoszewskiego, biskupa łuckiego i brzeskiego.

Toruń; najdawniejszy szpital św. Jakuba sięga r. 1252.

Trechtymirów (pow. kaniowski); Stefan Batory nadaje w r. 1575 Trechtymirów kozakom niżowym z tem, aby oni przy monasterze Zarubskim (w pobliżu miasta) założyli szpital dla wysłużonych i okaleczonych towarzyszy swoich.

Trojanów (dek. żytomierski); w r. 1766 zapisał na szpital tutejszy 100 zł. Józef Brzeziecki.

Tryszki (pow. szawelski); Anna z Paców Ważyńska, starościna tryska, powiększając w r. 1661 uposażenie kościoła tutejszego, włożyła na plebanów obowiązek utrzymywania siedmiu ubogich.

Trzciana (wieś) *vid.* Zapis. 110.

Trzciel (mtko, dek. pszczewski); wizyta z r. 1640 zapisała: „W mieście był szpital, ale się spalił, a plac, na którym stał, sprzedał magistrat za 40 grzywien jakiemuś Janowi; obywatelowi trzcielskiemu, który na nim dom dla własnej wygody wybudował.”

Trzcinica (wieś, pow. ostrzeszowski); szpital wystawił i uposażył ks. Piotr Krupecki, pleban miejscowy, w XVII w.

Trzemeszno (mto, wojew. gnieźnieńskie); szpital założył opat Kosmowski.

Tuchola (mto, wojew. pomorskie); istniał tu przy kościele szpital na 10 ubogich, ale już w r. 1695 pozostały po nim tylko ruiny. W r. 1789 wybudowano szpital nowy.

Tuczno (mtko, pow. walecki); w r. 1738 szpital, o jednej

wielkiej izbie ogrzewanej i trzech komorach, miał rolę, ogród i sumę 334 tynfów.

Tuczyn (pow. rowieński); Mikołaj Siemaszko, kasztelan braclawski, wyznaczył w r. 1618 na 12 ubogich w szpitalu bogate uposażenie, zabezpieczone na dobrach tuczyńskich. W r. 1729 Teofila Potocka, prawnuczka fundatora, ponowiła zapis Siemaszki, redukując liczbę ubogich do sześciu.

Tulce (wieś, dek. srodzki); w r. 1696 szpital tutejszy, o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i trzech komorach, dawał przytułek 8 ubogim, później padł pastwą płomieni i wizyta z r. 1727 szpitala w Tulcach już nie znalazła; w r. 1784 był już odbudowany.

Turek (mto, wojew. kaliskie); kościół św. Ducha ze szpitalem stał za miastem; fundusze, pozostałe po szpitalu, przeszły na rzecz domu schronienia.

Turośl (pow. białostocki); szpital fundował Wiktor Zaleski, starosta borecki, w XVIII w.

Turzysk (pow. kowelski); szpital fundował w r. 1777 Józef Ossoliński, wojewoda podlaski.

Twery (pow. telszewski); fundusz szpitalny wynosił zł. 12666 gr. 20, nadany w r. 1710 przez Jana Kazimierza Piłsudzkiego, chorążego parnawskiego. Szpital dawał przytułek 15—20 ubogim.

Tyczyn (mtko, pow. rzeszowski); szpital istniał już w początkach XVI w. (*Zapis. 111*); jaki los go spotkał, nie wiem, w każdym razie w r. 1698 ks. Jan Neapolitański założył tu nowy przytułek na 12 ubogich, uposażył go zaś później Jan Klemens Branicki (30 korcy zboża, 40 fur drzewa opałowego i 12 zł. co rok, oraz co dwa lata ubranie dla dwóch ubogich).

Tykocin; posiada znany szpital żołnierski, fundacyi Krzysztofa Wiesiołowskiego, z pierwszej połowy XVII w.

Uchanie (mto, ziemia chełmska); szpital założył biskup Jakub Uchański w połowie XVI w. (*Zap. 112*).

Ujście (mto, wojew. poznańskie); szpital założyli mieszczanie przed rokiem 1603 (*Zapis. 113*); w r. 1738 był już nowy dom szpitalny, o dwóch wielkich izbach ogrzewanych i tyluż komorach, mieszczący w każdej izbie po czterech ubogich. (Wizyta Kierskiego z r. 1738 zaznacza, że łąn roli, główne uposażenie szpitala, pochodzi z daru króla Zygmunta III, zapiska zaś, podana tu pod liczną 113, wskazuje istotnego ofiarodawcę—Piotra Potulickiego, wojewodę kaliskiego).

Uniejów (wojew. sieradzkie); szpital św. Ducha założył arcybiskup Jakub Świnka w r. 1283; w roku zaś 1522 arcybiskup

Jan Łaski założył tu przytułek dla księży, wiekiem lub chorobą skołatanych, i na utrzymanie ich przeznaczył dochody z wójtostwa uniejowskiego i dziesięciny od mieszczan. (Podług innych źródeł przytułek dla kapłanów emerytów fundował tu Leonard z Oleśnicy, kanonik łęczycki i łowicki). (*Zapís. 114*).

Urzędów (mto, wojew. lubelskie); kościół ze szpitalem św. Ducha wzniesli i uposażyli mieszczanie w r. 1447.

Uściłóg (pow. włodzimierski); szpital o 7 komorach na tyłuż ubogich fundowała i dostatnio uposażyła w r. 1768 ks. Honorata Lubomirska, wojewodzina braclawska.

Wadowice (wojew. krakowskie); szpital założył Marcin Wadowita († 1641), profesor teologii w Krakowie.

Wałcz, Wałęcz (mto, wojew. poznańskie); wizyta z r. 1738 pisze: „Szpital ubogich w Wałczu jestto dom drewniany o dwóch wielkich izbach ogrzewanych i dwóch komorach; w jednej z tych izb mieszka obecnie sześciu ubogich, w drugiej ks. wikary.”

Warka; szpital założył i uposażył w końcu XVI w. Hieronim Gostomski, wojewoda poznański. (*Zapís. 115*).

Warszawa (szpitale tutejsze mają swoje opisy w obszernych niekiedy monografjach, gdzie można znaleźć szczegóły, których powtarzanie byłoby tu zbytteczne. *Zap. 116—155*).

Warta (mto, wojew. sieradzkie); szpital św. Łazarza na 6 ubogich istniał niemal do końca XVII w.; w r. 1683 zgorzał i już nie był odbudowany. Nadto za miastem istniał drugi szpital przy kościele św. Ducha.

Wągrowiec (mto, wojew. poznańskie); szpital na 12 ubogich istniał już w XV w.

Widawa (pow. łaski); kościół ze szpitalem św. Ducha fundacyi Tomasza Domaniewskiego, starosty szurowickiego.

Wiele (wieś, pow. chojnicki); szpital z kaplicą św. Anny miał na utrzymanie wieś Przytarnią.

Wielen, Wielin (mto, wojew. poznańskie); szpital założyła na początku XVII w. Zofja z Herburtów Czarnkowska, kasztelanowa międzyrzecka, dziedziczka Wielenia. Wizyta z r. 1641 mówi: „Szpital murowany składa się z jednej wielkiej izby ogrzewanej, w której ubodzy mieszkają razem, z takiejż drugiej naprzeciwko dla chorych i z sklepu ma w tym szpitalu utrzymanie siedmiu ubogich. Pobierają oni co rok w wielką sobotę 120 złotych procentu od sumy dla nich zapisanej na folwarku Taren.”

Wielichowo (wieś biskupów poznańskich); na początku XVIII w. ze składek mieszczan powstał szpital nowy na miejscu

spalonego i dawał przytułek 10 ubogim; był obszerny, o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i siedmiu komorach.

Wieliczka; szpital dla górników powstał w r. 1363. (*Vid. Zapis. 156*).

Wielowieś (dek. koźmiński); szpital założył w r. 1655 Adam Klenczycki, pleban miejscowy; ubodzy mieli dwie wielkie izby ogrzewane i cztery komory.

Wieluń (wojew. sieradzkie); szpital istniał tu w początkach XVII w.; właściwie wtedy dostał młyn na utrzymanie ubogich, powstał zaś o wiele wcześniej, gdyż już w XVI w. miał 12 marek dochodu rocznego; stał za murami miasta.

Wieniawa (wieś, pow. radomski); w XVI w. istniał tu przy kościele szpital na dwóch ubogich.

Wieruszów (pow. wieluński); szpital przy kościele św. Jana Ewangelisty na początku XVIII w. już był stary.

Wierzchowice (pow. brzeski); Antoni hr. Krasicki fundował tu szpital w r. 1730.

Wieszczęczyn (wieś, dek. śremski); szpital tutejszy miał w r. 1667 dwie ubogie niewiasty, za uposażenie — ogród i procent nieznaczny.

Wiledniki (pow. owrucki); ks. Dopniarski, pleban wilednicki, w dwóch zapisach z r. 1763 i 1767 przeznaczył na szpital 10000 zł.

Wilkowo (wieś pod Kościanem); uposażenie szpitala w połowie XVII w. stanowiła dziesięcina snopowa z folwarku Bielani.

Wilkowyja (wieś, dek. nowomiejski); szpital, o jednej wielkiej izbie ogrzewanej, dawał w końcu XVII w. przytułek ośmiu ubogim.

Wilno; szpital pod wezw. św. Maryi Magdaleny założył około roku 1520 Marcin z Dusznik, kanonik wileński, dokt. medycyny; szpital ten spłonął w r. 1745. — W r. 1536 król Zygmunt udzielił przywileju Ulrykowi Hozyszowi na budowę mostu na Wilji i pobierania myta od przejeżdżających, z warunkiem aby z dochodów był wystawiony szpital św. Ducha. Kiedy stanął szpital, wzniesiono przy nim kaplicę św. Trójcy, skąd powstała druga nazwa tegoż szpitala. — W r. 1601 jezuita założyli bractwo i szpital św. Łazarza przy kościele św. Stefana na 40 chorych. — Szpital i bractwo św. Nikodema założyli również jezuita w r. 1631; do obowiązków bractwa należało zbieranie chorych pod gołem niebem leżących i dawanie im przytułku w szpitalu. — W r. 1640 Baltazar Hikler, mularz wileński, założył szpital św. Jerzego dla Niemców-katolików. —

Księża kanonicy regularni mieli na Antokolu przy kościele św. Piotra dwa szpitale: jeden utrzymywany z jałmużny (zgorzał w r. 1655), drugi zaś z dochodu z przewozu na Wilji w Niemenczynie, przyznanego konstytucją sejmową 1621 r. (na 12 chorych).—W r. 1635 Abraham Wojna, biskup wileński, założył i uposażył szpital dla obłąkanych i oddał go pod opiekę sprowadzonym Braciom Miłosiernym. — W r. 1744 powstał szpital Panien Miłosierdzia, założony i uposażony przez Bogusława Gosiewskiego, biskupa smoleńskiego.—Rochitów sprowadził i szpital założył po r. 1700 biskup Brzostowski. — Bractwo miłosierdzia i Mons Pietatis powstały w r. 1588.

Winnagóra (wieś biskupów poznańskich); istniał tu niedgły szpital, zapewne przez któregoś z biskupów poznańskich fundowany, ale już w roku 1737 śladu po nim nie zostało.

Wiskitki (ziemia sochaczewska); w pierwszej połowie XVI w. szpital założył i uposażył Stanisław Oleśnicki. (*Zapis. 157*).

Wiślica; podobno tu się odbył znany sąd nad obwinioną przez Gniewosza królową Jadwigą, żoną Jagiełły, i królowa na tę pamiątkę wzniosła kościół św. Ducha ze szpitalem; podług innych źródeł fundatorami szpitala w pierwszej połowie XV w. byli Jakub z Żabowa, *decretorum doctor* i Jan z Dobry dr. medycyny. (*Zapis. 158, 159*).

Wisznowiec (dek. krzemieniecki); szpital miał liczne zapisy z XVIII w.

Witomyśl (wieś, dek. lwówecki); szpital założył i uposażył w r. 1693 Bogusław Unrug, starosta gnieźnieński.

Włocławek (mto, wojew. brzesko-kujawskie); najdawniejszy szpital św. Witalisa dla starców płci obojga przeznaczony, przez biskupa St. Karnkowskiego w r. 1569 uposażony.—Szpital św. Jana Chrzciciela powstał przy kościele parafjalnym później.

Włodzimierz (mto powiatowe); znany jest przywilej króla Zygmunta III, potwierdzający nadanie szpitalowi jatek mięsnych i daniny w gotówce.

Włoszakowice (wieś, dek. wschowski); szpital powstał w drugiej dopiero połowie XVII w., miał dwie izby ogrzewane i trzy komory, orał rolę, którą wydzierzawiał, biorąc z niej dla siebie trzeci snopek.

Wola (wieś pod Warszawą); w roku 1603 wizyta Goślickiego szpitala tu jeszcze nie zastała, w XVIII atoli wieku istniał już.

Wolborz (pow. piotrkowski); szpital i kościół św. Ducha powstał w początkach XVI w. Istniał tu drugi szpital: „*Ecclesia hospitalis tituli S. Leonardi extra oppidum in littore fluvii Volborza*

sita et per quendam olim Joannem Vycher eiusdem oppidi oppidanum in parte dotata.”

Wolbrom (wojew. krakowskie), przytułek dla starców i kalek mieścił się w XVII w. przy kościele N. P. Maryi.

(c. d. n.).

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Choroby wewnętrzne.

245. Pollaczek. **O macaniu brzucha.** (Berlin. klin. Wochenschr. N-r 19, 1906).

Przy macaniu brzucha i przy największej wprawie czasami zjawiają się pewne przeszkody, jako to: nadmierne otłuszczenie ścianek brzusznych; nienormalne pocenie się; wywołany przez macanie skurcz mięśni brzusznych, który u niektórych osób wcale nie daje się usunąć; ból przy dołyku; głębokie położenie narządu, który trzeba zbadać, i inne. Aby temu zapobiedz, obmyślano najrozmaitsze sposoby, gdyż nie zawsze można zaraz przystąpić do próbnej laparotomii. Tak Sticker, Kuttner, Picardt i Binderski polecieli badanie brzucha w ciepłej kąpieli. Daje to dobre wyniki, lecz trudności i niedogodności są przy tem wielkie. Nie w każdym domu znajduje się tak zaraz kąpiel. Trzeba iść do kąpieli, trzeba poczekać na stosowną chwilę, gdy brzuch w kąpieli rozmięknie, trzeba się stosownie do tego ubrać; wszystko to ogromnie utrudnia badanie. Nie mówi się już o tem, że wanny są zwykle głębokie, niezdatne do badania, że badanie w pozycji skurczonej bardzo męczy i czasami zupełnie uniemożliwia takowe, że choremu nie można nadać tego położenia, któreby należało.

Wszystkie te uboczne przykre przeszkody można z łatwością usunąć, badając chorego w łóżku, należy tylko przed tem rozmiękczyć ścianki brzuszne dostatecznymi kataplazmami.

Wszystkim wiadomo, jak dobrze działa ciepło wilgotne; ścianki brzuszne dzięki niemu stają się mniej elastycznymi

i miększemi. Gdy ciepło działa czas dłuższy, następuje rodzaj paraliżu, który usuwa wszelkie wyżej wyluszczone trudności przy badaniu brzucha.

Autor poleca ten sposób rozmiękczenia brzucha dla macania brzucha w celach dyagnostycznych; zastępuje on w zupełności kąpiel ciepłą.

W. Biehler.

246. Sick. **O wydzielaniu się kwasu mlecznego w raku żołądka.** (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Tom 86, zeszyt 4—6).

Długie laseczniki kwasu mlecznego znajdują się w wielkiej ilości w rakowatym żołądku i odgrywają ogromną rolę przy fermentacyi kwasu mlecznego w zawartości żołądka; znajdują się one też bardzo często w jelitach chorych, cierpiących na bezkwas lub na niedokwaśność żołądkową, a także i w jamie ustnej zdrowych. Gdy w żołądku niema owrzodzenia na tle raka żołądka, to laseczniki te nie tak silnie się rozwijają i wytwarzają tylko nieznaczne ilości kwasów tłuszczowych; w próbówce bez ciał białkowych wcale się nie rozwijają. Gdy znajduje się tylko mała ilość białka lub gdy znajdują się takie rodzaje białka, które w gotowaniu nie ścinają się, to wydzielanie się kwasów jest nieznaczne; wytwarzają się lotne kwasy tłuszczowe, lecz bardzo mało kwasu mlecznego. Gdy zaś się doda ciał białkowych, jak naprzykład wyciągu z rakowatej tkanki lub surowicy krwi, to wytwarza się dużo kwasów, a przeważnie kwasu mlecznego. Takie oddziaływanie wyciągów z tkanek na zmianę materyi drobnoustrojów należy nazwać fermentacją. Długie laseczniki rozwijają się tylko wtedy, gdy w soku żołądkowym niema kwasu solnego lub gdy kwas solny znajduje się w nieznacznej ilości; współdziałają wydzielaniu się kwasu mlecznego zaburzenia w ruchach dowolnych żołądka. Gdy się znajduje kwas mleczny w wielkiej ilości w zawartości żołądka, to można z całym spokojem postawić rozpoznanie raka żołądka.

W. Biehler.

247. Bittorf. **Przyczynek do kliniki umiejscowionych zapaleń kiszek grubej i otrzewny tejże.** (Deutsches Archiv f. klin. Med. Tom 84, 4—6 zeszyt).

Cała kiszka gruba ma znacznie mniej naczyń krwionośnych, niż kiszka cienka, którą karmi i odżywia gęsta i często bardzo łącząca się sieć naczyń krwionośnych; to samo można

powiedzieć i o naczyniach limfatycznych. Najmniej naczyń ma kiszka ślepa, szczególnie wyrostek robaczkowy, potem następuje okrężnica wstępująca i poprzeczna; lepiej odżywiana jest okrężnica zstępująca, najlepiej zaś okrężnica esowata. Podobne znaczenie ma też i różnorodność w przyczepieniu rozmaitych kawałków кишки grubej między sobą, to jest różnorodność w pokryciu otrzewną i długości kreski okrężnicy, od czego, jak wiadomo, zależy i miejscowe odżywianie krwionośnymi naczyniami. Przy kiszce ślepej i wyrostku robaczkowym niema mowy o jakichkolwiek ruchach robaczkowatych lub też poruszających z miejsca. Podobne stosunki mamy też i w okrężnicy wstępującej, u prawego i lewego zgięcia i na początku okrężnicy poprzecznej, gdzie otrzewna z nerki i dwunastnicy przechodzi prosto na okrężnicę poprzeczną.

Najwięcej ruchomą jest okrężnica esowata, która też pod tym względem najwięcej odpowiada kiszkom cienkim.

Tym regułem anatomicznym odpowiadają w zupełności i doświadczenia kliniczne. Najczęstsze zapalenia z wysiękiem znajdują się w okolicy кишки ślepej i wyrostka robaczkowego, najrzadziej mamy wysięki zapalne w okolicy okrężnicy esowatej; z 19 powstałych przypadków zapalenia naokoło кишки grubej 9 przypadków przypada na okrężnicę wstępującą, 7 na poprzeczną, a 3 na zstępującą.

W. Biehler.

248. Hasebroeck. **O leczeniu duszniczy bolesnej i podobnych stanów za pomocą gimnastyki leczniczej i masażu klatki piersiowej.** (Deutsches Archiv f. klin. Medic. Tom 86, 4—6 zeszyt).

Mechaniczne leczenie narządów krążenia krwi znajduje się jeszcze ciągle w zupełności w okresie doświadczenia tak pod względem praktycznym, jak i teoretycznym.

Osiągnięte doświadczenia pozwalają nam twierdzić, że gimnastyka nie przynosi bezpośredniego niebezpieczeństwa chorym na ogólne zwapnienie naczyń krwionośnych, jako to w ciężkiej miażdżycy aorty. W duszniczy bolesnej, wywołanej zwapnieniem, zauważono znaczne polepszenie tak pod względem obiektywnym, jak i subiektywnym; tętno skaczące i napięte znacznie się uspokoiło. Takie objawowe dobre działanie gimnastyki na dusznicę bolesną należy sobie wytłomaczyć pobudzeniem nerwów naczynioruchowych. W wielu przypad-

kach nie otrzymano dobrego wyniku, co, być może, zostało wywołane przez podrażnienie pewnych dróg odruchowych w przebiegu nerwów rdzeniowych lewej części klatki piersiowej. Gdy macamy klatkę piersiową z lewej strony, w okolicy uderzenia wierzchołka serca wzdłuż międzyżebra aż do jamy pod pachą i znajdujemy wyraźny ból na ucisk, lub też umiejscowione punkty bolesne przy wyjściu nerwów międzyżebrowych na lewo od mostka, między 2 a 4 żebrem, lub też nadzwyczajną wrażliwość gruczołu piersiowego lewego na ucisk, to możemy przypuszczać, że przy wywołaniu dusznicy bolesnej odgrywa pewną rolę nerwica czuciowa i odruchowa. Jeżeli się uda za pomocą masażu i gimnastyki usunąć te punkty bolesne, to dusznica bolesna znacznie się zmniejsza, lub też ginie zupełnie. Ma się rozumieć, że oprócz tego należy stosować i środki wewnętrzne, jako to preparaty jodowe etc.

W. Biehler.

Z KONGRESU LEKARSKIEGO W MADRYCIE.

Sekcja medycyny wewnętrznej.

249. Carlos Fransa. **Meningitis cerebrospinalis.**

Autor zaznacza, że istnieje kilka typów zapalenia epidemicznego opon mózgodzeniowych. Najbardziej rozpowszechnionym jest typ, w którym choroba wybucha nagle—objawia się silnym bólem głowy, wymiotami, gorączką i niekiedy drgawkami. Nazajutrz zjawia się sztywność karku, opistotonus, objaw Kernig'a, fotofobia i bredzenie. Objawy te trwają dni kilka, poczem gorączka spada. Choroba rozwija się w ciągu 2—3 tygodni, przyczem bóle głowy to ustają, to znów się powtarzają; niemniej i gorączka. Następnie temperatura spada stopniowo—zaczyna się okres zdrowienia, który trwa dosyć długo, gdyż zmiany, wywołane zapaleniem, są dość znaczne.

Prócz tego typu istnieje forma ostra z wybroczynami krwawymi na skórze, bardzo ciężkim stanem ogólnym i zaburzeniami ze strony narządów oddechowych i krwiobiegu. Chory jest nieprzytomny i umiera w przeciągu 24 do 36 godzin.

Istnieją wreszcie formy chroniczne, formy, w których dają

się zauważyć nawroty i które trwają po parę miesięcy. W ciągu całego okresu znajduje się w płynie mlecza pacierzowego diplococcus Weichselbaum'a.

Co się tyczy zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźliczego, to i tutaj, klinicznie biorąc, widzimy dużo różnych postaci.

Tak np. u ssawców—okresu zwiastunów niekiedy brakuje—choroba zaczyna się nagle drgawkami, albo też hemiplegią, poczem przychodzi stan nawpółprzytomności i śmierć w ciągu 2—5 dni.

U dorosłych i młodzieży choroba zaczyna się nagle — jednym objawem; o ile większa ilość objawów zapalenia przybywa—choroba zaczyna się rozwijać szybko i kończy śmiercią.

Autor jest zdania, że bez względu na to, jakiej natury jest zapalenie opon mózgowych—gruźlicze, lub wywołane przez inne drobnoustroje, lub też bez drobnoustrojów — trudno jest postawić rozpoznanie bez badania płynu mózgodzeniowego; tylko ostatnie rozstrzyga o naturze zapalenia. W płynie, który w normalnych warunkach mało zawiera elementów anatomicznych, widzimy w meningitis bardzo znaczną leukocytozę, przyczem leukocyty są nader różnorodne. W meningitis cerebrospinalis epidemica w płynie mózgodzeniowym znajdujemy najpierw bardzo dużo leukocytów wielojądrowych (w okresie ostrym), ciałek z jądrami jest niewiele, natomiast jest sporo limfocytów i jednojądrowych. O ile w przebiegu choroby występuje zaostrzenie—ilość komórek wielojądrowych wzrasta się.

Badanie cytologiczne w zapaleniach natury gruźliczej daje zupełnie inne wyniki—tutaj jest znaczna limfocytoza; wielojądrowych komórek jest bardzo mało.

Co się tyczy badania bakteryologicznego, to na 271 przypadków znaleziono *Micrococcus intracellularis meningitidis* Weichselbaum'a we wszystkich—podczas epidemii, która grasowała w Lizbonie; tylko w 3-ch przypadkach znaleziono inne drobnoustroje: raz pneumococcus, raz streptococcus i raz staphylococcus.

Leczenie stanowią kąpiele 40°, chociaż są one nader bolesne; dobrze znoszone jest nakłucie lędźwiowe, które zmniejsza ciśnienie płynu mózgodzeniowego i ilość drobnoustrojów i toksyn, przez nich wydzielanych.

Należy tylko usunąć sporą ilość płynu codziennie, w pierwszych dniach choroby.

Autor wprowadzał tu środki antyseptyczne w przestrzeń podpajęczynówkową, z dobrym wynikiem.

W ciężkich przypadkach stosowano podskórne zastrzykiwania eteru, ażeby wpłynąć tym sposobem na komórki wątroby; prócz tego robił autor codziennie zimne lawatywy. W razie zajęcia nerek stawiano bańki na krzyż i dawano laktozę larga manu. Odżywiany powinien być chory z ostrożnością, lecz dobrze.

Niemniej jedynym leczeniem w zapaleniu opon mózgowych pochodzenia gruźliczego jest też nakłucie łądźwiowe — jeżeli nie pomaga, to ogromną przynosi ulgę. Co się tyczy iniekcji środków antyseptycznych, to te nie dały żadnych wyników.

Jeżeli się ma do czynienia z toksycznym zapaleniem opon, to i tu dobrze robi nakłucie -- pozwala ono często uniknąć wodogłowia, które pojawia się dość późno, jako powikłanie tego rodzaju zapalenia opon mózgowych.

Co się tyczy leczenia zapalenia opon mózgowych ropnego wskutek zapalenia ucha, to należy przedewszystkiem leczyć narząd słuchowy.

Judice Cabral z Lagos mówi też, że meningitis cerebrospinalis jest chorobą epidemiczną, wywołaną przez *diplococcus intracellularis meningitidis*, odnaleziony przez Weichselbaum'a w 1887 r. Inne drobnoustroje mogą wywołać zapalenie opon mózgodzeniowych, nie będzie to jednak nigdy zapalenie *pierwotne*. Zarazek dostaje się do ustroju bądź drogami oddechowymi—według jednych, bądź przez przewód pokarmowy—według drugich. W każdym bądź razie zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, często napotykanne przed tą chorobą, przygotowują niejako grunt. Największa ilość osób skłania się do przypuszczenia, że zarazek dostaje się przez błonę śluzową nosa — meningococcus przechodzi przez lamina cribrosa i os ethmoideum do jamy głowy, idąc wzdłuż naczyń limfatycznych membranae pituitariae. Westenhoffer sprzeciwia się temu pogładowi i twierdzi, że zarazek dostaje się przez naczynia ossis sphenoidae; może też dostać się do ucha przez kanaliki karotiko-tympaniczne (p. Sem. méd. 1905, str. 273). Jest to choroba zaraźliwa—tak wprost jak i za pośrednictwem przedmiotów, których się chory dotykał.

Objawami zwykłymi są dreszcze, ból głowy, wymioty zjawiają się nagle; w niektórych przypadkach notowano okres

zwiastunów (ogólne zmęczenie, bóle w kończynach dolnych), albo objawy ze strony przewodu pokarmowego — kolki, rozwolnienie, w szczególności w formie rdzeniowej. Po tych objawach następuje kilkogodzinny spokój; niekiedy dopiero nazajutrz zjawiają się drgawki, skurcze, opistotonus, objaw Kernig'a, maligna, podniecenie, bezsenność, obstrukcja, pragnienie, brak apetytu. Stan taki trwa zazwyczaj 8 dni i poprawia się powoli w lekkich przypadkach, pogarsza w ciężkich. Śmierć następuje w 40%, w ostrych przypadkach in coma, w formach konwulsyjnych przez uduszenie wskutek paraliżu przepony brzusznej i unieruchomienia klatki piersiowej, w innych przypadkach śmierć następuje wskutek obrzęku płuc lub głośni, lub zapalenia mięśnia sercowego i t. p.

Rozpoznanie jest nader łatwe — objawami głównymi są: ból głowy, wymioty, dreszcze, następnie rachialgia, drętwość karku, opistotonus, herpes labialis, objaw Kernig'a i in. Różniczkowa dyagnostyka zachodzi między tyfusem (kwestyę rozstrzyga serodyagnoza i nakłucie łądźwiowe) i gruźlicą i tutaj jeszcze rozstrzyga sprawę badanie bakteryologiczne i cytologiczne płynu mózgowodzeniowego. Co się tyczy zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźliczego, to ostatnie poprzedzone jest zazwyczaj okresem zwiastunów, chociaż zdarza się, że i ono zjawia się nagle; wtedy należy zrobić badanie bakteryologiczne (hodowla we krwi z żelatyną) i cytologiczne płynu mózgowodzeniowego. W ostrych zapaleniach mózgu meningokokowych lub innych przeważają komórki wielojądrowe, w zapaleniu pochodzenia gruźliczego limfocyty. W błąd może jednak wprowadzić badanie w okresie zwolnienia choroby, gdyż wtedy, tak w jednym, jak i w drugim przypadku, większa jest ilość limfocytów.

Co się tyczy rokowania, to zależne jest ono od epidemii, tak np. na 151 przypadków, obserwowanych w 1901 r., śmiertelność była 41,30%, w 1902 wynosiła 57,6%.

Rokowanie tem jest gorsze, im są silniejsze objawy nerwowe, im dłużej trwa maligna, drgawki i im temperatura jest większa.

Wszystkie środki: tak podniecające, jak i uspokajające, nie dają pożądaných wyników, niemniej i kąpiele gorące, które są tylko bardzo bolesne. Bardzo uspokajają upusty krwi pod postacią ciętych baniek wzdłuż kręgosłupa i pijawek za uszami — wywołują też sen na kilka godzin. W niektórych

przypadkach zachęcające wyniki dają środki odciągające w okolicy pleców. Co się tyczy środków wewnętrznych, to tylko opium, kalomel i brom mogą być stosowane z pewnym pożytkiem. Niemniej radzi autor obfite lawatywy (z 2-ch litrów) z wody przegotowanej czystej lub takiej, do której dodano lekkie środki czyszczące.

M. Biehler.

(Sem. méd. N-r 19, 1906).

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

250. **Radioterapia w arthritis deformans** stosowaną była w dwóch przypadkach przez Anders'a i Yudson Daland'a w Filadelfii (pisał już o tem Sokołow p. sem. méd. 1897 Annexes, str. CCXXVI).

Na działanie promieni wystawiono w pierwszym przypadku stawy ręki, łokcia i ramienia 3 razy w tygodniu w ciągu 15 minut. Leczenie trwało 5 tygodni. Po pierwszym posiedzeniu bóle zmniejszyły się, po trzecim ankiloza była mniejsza. Stawy prześwietlono w 9 tygodniu po skończonem leczeniu, przyczem zauważono, że stan ich zbliżył się do normalnego. Jednocześnie dawano choremu jodek sodu do wewnątrz, należy jednak przypuszczać, że polepszenie nastąpiło tylko dzięki promieniom, gdyż zmiany w dolnych kończynach pozostały te same, nie były bowiem poddawane działaniu promieni. Stan ich znacznie się poprawił z chwilą, gdy zaczęto prześwietlać i dolne kończyny, widząc tak doskonałe polepszenie w górnej (z górnych kończyn zajęta była tylko lewa).

W drugim przypadku 53 letni chory, który miał ankilozę kolana w pozycji zgiętej i wskutek tego nie mógł chodzić, po 15 posiedzeniach naświetlania opuścił szpital, chodząc doskonale.

M. B.

251. **Wyjaławianie katgut** wykonywa Karewski z Berlina w następujący sposób: Namotany na szpulkę katgut kładzie się do szklanej rurki, której końce zatopione są z dwóch stron – z jednej wychodzi nitka katgut zakończona supełkiem; o ile chce się użyć trochę katgut odłamuje się koniec i wyciąga potrzebną ilość przez otwór. Rurki z katgutem sterylizuje się w kąpieli alkoholowej

w ciągu godziny przy T. 103; nie należy przekroczyć 105°, gdyż wtedy psuje się katgut, ten ostatni też przed włożeniem do rurki należy zagotować w glicerynie, którą się wyciąga za pomocą eteru i alkoholu—robi się to w tym celu, aby katgut po działaniu wysokiej temperatury nie stracił nic ze swej trwałości i elastyczności. Po wyższa sterylizacya oswobadza katgut od zwykłych drobnoustrojów; —co się tycze sporów i zarazka karbunkułu, to te nie są zniszczone; ażeby tego dopiąć należy rurki z katgutem włożyć do miedzianego; naczynia z alkoholem 70° alkohol powinien być w takiej ilości, aby pokrywał rurki i ażeby powierzchnia jego od powierzchni rurek odstawała o 10 ctm. i była oddzielona od pokrywy o 20 cc.; przez pokrywę szczelnie zamykającą naczynie przechodzi termometr i rurka, przez którą ulatnia się para alkoholu, która się zbiera w specjalnem naczyniu. Przez 25 minut podtrzymuje się ciepłotę 79°, następnie daje się płynowi wystygnać.

Dolna część rurek jest zapieczętowana; rurki napełnia się w pustej przestrzeni alkoholem absolutnym i gliceryną 1—3% i znów zamyka się je z drugiej strony i na zakończeniu ogrzewa do 103° w celu zniszczenia zarazków z powietrza, które mogłyby się w czasie wszystkich manipulacyi do rurek przedostać.

Katgut jest dopóty jałowym, dopóki nie otwiera się rurek—tak przygotowany,—daje doskonale wyniki.

(Sem. méd. № 22, 1906).

W. B.

252. Pollack. **Szybkie i stałe wyleczenie bliznowatego zwężenia przełyku za pomocą tiozinaminy.** (Therapie d. Gegenwart, w marcu 1906).

Istnieje już spora ilość przypadków zwężeń bliznowatych polepszonych lub wyleczonych zastrzykiwaniami tiozinaminy—nie miej na uwagę zasługuje przypadek Pollack'a z powodu szybkości wyleczenia.

Przypadek był następujący: 30 letni mężczyzna napił się roztworu sody—8 lat temu, mimo ciągłego rozszarzenia przełyku zwężenie postępowało do tego stopnia, że trzeba było zrobić przetokę żołądkową. Badanie za pomocą zwierciadła przełykowego wykazało obecność blizny położonej o 20 ctm. poniżej łuku zębowego; blizna nie przepuszczała zgłębnika. Chory od 2-ch lat nie mógł przełykać płynów. Po 3-ch podskórnych zastrzyknięciach tiozinaminy (na dawkę brano $\frac{1}{2}$ cc. roztworu tiozinaminy 2 gr. na 8 gr. gliceryny i 12 gr. wody destylowanej) przeszedł zgłębnik i chory mógł poły-

kać płyny. Po 24 zastrzyknięciach, zrobionych w ciągu 2-ch miesięcy, chory połykał wszystkie stałe pokarmy bez najmniejszego trudu.

M. B.

253. **Leczenie chronicznego zaparcia za pomocą przemywania żołądka** z dobrym wynikiem przeprowadzili Spiwak i Ziemssen (p. Sem méd 1901 r. str. 152). Obecnie stosował je Tullio Calabi z Werony. Zaleca on przemywanie żołądka rano na czczo—w 24 godzin potem następuje wypróżnienie nawet w tych przypadkach, w których niepomagała fadaryzacya, mięsienie i t. p. O ile robić przemywania codziennie w ciągu 15 do 20, dni to można chorego zupełnie z zaparcia wyleczyć. Ziemssen robi przemywania lekko czyszczącym środkiem, możnaby więc przypuszczać, że część płynu dostaje się do kiszek i że to wywołuje wypróżnienie, że tak nie jest dowodzi fakt, że skutek jest ten sam, jeżeli się robi przemywanie żołądka czystą wodą ciepłą lub zimną lub na przemian to ciepłą, to zimną i jeżeli się wypompowuje całą zawartość żołądka. Prawdopodobnie ma się do czynienia z mechanicznem działaniem na ruchy żołądka—które to ruchy wywołują ruchy robaczkowe kiszek.

Sem. méd. № 23, 1906.

M. B.

254. **Oburęczne mięsienie nerki w kolce nerkowej** zastosował D-r Woods u 33 letniego pacjenta, chorego na kamienie nerkowe; po uśpieniu chorego autor robił dwuręczne mięsienie wzdłuż przewodu moczowego w celu ułatwienia kamieniom przejścia autor trzymał ręce w takiej pozycji, jak do oburęcznego badania. Po 24 godzinach znaleziono kamień w moczu: bóle ustąpiły. We 2 miesiące potem tenże sam chory miał znów napad kolki nerkowej w 5 godzin po masażu, ponownie dokonanym, znów został usunięty jeden kamień, było to w 48 godzin po ataku. Autor jest zdania, że mięsienie skraca ataki kolki nerkowej—u chorego przed mięsieniem kolka trwała zazwyczaj 7 dni.

(Sem. méd. № 23, 1906).

M. B.

BIBLIOGRAFIA.

Jules Comby. **Podręcznik chorób dzieci** *). Tom I. Biblioteka Lekarska, spolszczył d-r Józef Zawadzki.

W pierwszym tomie rozpowszechnionego wśród lekarzy i studentów francuskich, a obecnie spolszczonego, podręcznika chorób dzieci znajdujemy choroby zakaźne, choroby odżywiania, zatrucia; poprzedza wykład o tych chorobach wstęp z krótkimi wiadomościami z zakresu fizjologii i higieny dziecka. Spotykamy tu oryginalną radę co do karmienia niemowląt przez matki pracujące, którą w całości bez zmiany przytaczam: „Jeżeli matka pracuje w bliskości i może w południe karmić dziecko, należy karmić je w dzień tak, jak w nocy, t. j. 1—2 razy, w nocy zaś jak zwykle w dzień (5—6 razy); jest to lepsze, niż pożywienie mieszane. W dzień trzeba wtedy dziecko kołysać i trzymać w ciemnym pokoju.” Mówiąc nieco dalej o karmieniu sztucznym, autor kategorycznie twierdzi: „krzywica jest nieodzownym następstwem karmienia sztucznego.” Czy jednak powyższa rada autora wychowywania dziecka w ciemnościach, bez światła, nie spowodziłaby łacniej krzywicy, niż zastosowanie w takich wypadkach karmienia mieszanego?

Z działu chorób zakaźnych, obszernie traktowanego, zaznaczyć mi wypada, iż autor, mówiąc o błonicy, a będąc zdecydowanym zwolennikiem nie tylko leczniczego, ale i zapobiegawczego stosowania surowicy, niepotrzebnie i za rozwlekle omawia leczenie pędzłowaniem, przytaczając dużo różnych przepisów; mniej obznajmionego z nowszymi kierunkami czytelnika może to wprowadzać w błąd i skłaniać do stosowania obok surowicy zarzuconych i zbytecznych, a przykrych pędzłowań.

Wbrew rozpowszechniającemu się już w podręcznikach zwyczajowi ospę traktuje autor dość obszernie, wychodząc ze słusznej zasady, że dopóki niema przymusowego szczepienia ospy, lekarz może się jeszcze spotkać z tą chorobą, a więc musi ją choć teoretycznie znać.

Ciekawą wzmiankę znajdujemy co do płonicy, mianowicie. iż we Francji płonica nie jest tak groźna, jak w Niemczech, a głównie w Anglii, nie grasuje nigdy epidemicznie, wyjątkowo zdarzają się postaci złośliwe i zazwyczaj kończą się pomyślnie. W czasie zdrowienia po płonicy radzi autor „dla uniknięcia przeziębień i powi-

*) Ze względu na stosunek do naszego Redaktora, przytaczamy ocenę z Czasopisma Lekarskiego.

kłań zawiąć we flanelę" (sic!). O surowicy przeciwpłoniczej znajdujemy krótką niepoehlebną wzmiankę i to tylko o surowicy *Mar morek'a*, o *Moser'ze* ani słówka.

Różyczkę (rubeola) uwzględnia autor obszernie i stoi na gruncie odrębności tej postaci chorobowej.

W krztuścu autor przeciwny jest hospitalizacji ze względu na możliwość ciężkich powikłań w środowisku szpitalnem. Ideałem byłoby mieć na wsi zakład specjalny w ogrodzie, gdzie dzieci mogłyby przebywać odosobnione od zdrowych, a korzystać ze świeżego powietrza. Środki przeciw krztuścowi zaleca autor według szkoły francuskiej, a więc przedewszystkiem belladonnę, bromoform. Wspomina o antypirynie i bromku potasu, i o metodzie Gillet'a—duże dawki *T-rae Belladonnae*: niżej roku 30—40 kropel, powyżej lat 5-cių: 300—600 kropel dziennie.

Uwzględnia autor tyfus plamisty i gorączkę powrotną, powołując się na prace zmarłego niedawno pedyatry naszego *L. Wolberga*, jak również gorączkę potną czyli potnicę prosówkową (*suette miliare franc.*, *Schweissfieber niem.*) i wściekliczną, a nawet dżumę.

Szczegółowo omawia autor przymiot dziedziczny i nabyty, o *spirochaete pallida*—krętku bladym—nie znajdujemy wzmianki, (tłom. z r. 1906).

Rozdział o gruźlicy należy do najlepiej opracowanych; autor zarażenie się przez kanał pokarmowy stawia na drugim planie, na pierwszym—gruźlicę przez wdychanie. Środki zapobiegawcze radzi autor skierować przeciwko tej drodze głównie, z gruźlicą pochodzenia kiskowego liczy się mało: wszelkie ostrożności w tym względzie nie zmniejszyły wcale śmiertelności dzieci z gruźlicy.

Kwestyę dziedziczności gruźlicy omawia autor gruntownie, hołduje pogładowi, iż gruźlica nie jest dziedziczną w ścisłym tego słowa znaczeniu, a nabywa się łatwo wskutek wielkiej wrażliwości organizmu dziecka.

Nader ważny, a oryginalnie ze względu na cały szereg prac autora w tym zakresie opracowany, dział o chorobach odżywiania szczególnie się zaleca. Autor dzieli choroby odżywiania na dziedziczne, czyli skazy, i nabyte. Do pierwszych zalicza zoży i skazę moczanową, która się przejawia jako otyłość, wychudzenie, dychawica, połowiczny ból głowy, cukrzyca, krwawiczka. Im dziecko jest młodsze, tem trudniej znaleźć ślady skazy, jednak nawet u niemowląt ślady te wykryć można, zdaniem autora, dzięki występowaniu bez przyczyn wysypek skórnych uporczywych. W innych wypadkach bez zmian na skórze występuje niezwykła wrażliwość, nerwowość, bezsenność, strachy nocne, pocenie obfite, kurcz głośni, drgawki, które również są objawem skazy moczanowej. Mówiąc o dychawicy i cukrzycy, autor zwraca uwagę, iż trzeba o nich myśleć, żeby je rozpoznać ze względu na ich rzadkość.

W dziale chorób odżywiania nabytych omawia autor niedokrewność, którą dzieli na niedokrewność, blednicę, niedokrewność złośliwą postępującą, niedokrewność rzekomobiałaczkową, białaczkę rzekomą, białaczkę, dalej idą choroby okresu rozwoju i t. d.

Specjalny rozdział poświęca autor ząbkowaniu, ale tylko, żeby dowieść, iż nie gra ono żadnej roli w patologii dziecięcej: „ząbkowanie samo przez się nie wywołuje żadnej choroby, zaburzenia w ząbkowaniu nie usposabiają do żadnej choroby.” Wogóle dział chorób odżywiania jest bardzo wyczerpująco i wszechstronnie opracowany; także dość miejsca poświęca autor i chorobie Barlow'a, i achondroplazji, osteomalacji itd.

Ważny dział stanowią umiejętnie i przejrzyście opracowane „zatrucia;“ działu tego najczęściej nie znajdujemy w podręcznikach chorób dzieci. Zacytować należy zdanie autora: „że częstą przyczyną niedokrewności, połowicznych bólów głowy i braku łaknienia u uczniów jest przewlekłe zatrucie tlenkiem węgla.”

Rzecz cała pisana jest nader potoczyście i obrazowo, przekład polski dokonany poprawnie. Podnieść należy tylko niektóre nieścisłości językowe, jak np. krzywizna wagi zamiast krzywa, na str. 245—, stolce są coraz rzadsze i częstsze (płynniejsze i częstsze) itd., na str. 18 omyłka druku: Brieger zamiast Behring.

To są jednak drobiazgi. Razi nieco pewna nierównowierność spolszczenia. Tłomacz może albo oddawać oryginał dosłownie, albo opatrywać oprócz tego swojemi uwagami, o ile sądzi, że większa z tego wypłynie korzyść dla czytelnika polskiego; np. jeżeli autor mówi o leczeniu dżółw i wylicza miejscowości kuracyjne, tłumacz może i powinien dla wygody czytelników polskich przytoczyć oprócz francuskich miejscowości z oryginału i miejscowości polskie; powinno być to jednak zaznaczone jako uzupełnienie tłumacza, choćby w ten sposób—„u nas miejscowościom tym odpowiadają...” Tymczasem spotykamy takie zestawienie: „stosujemy solanki — Ciechocinek, Iwonicz, Rabka, Druskieniki, Birsztany, Salies de Béarne, Salins.” Czytelnikowi polskiemu sprawiłoby to naturalnie rzetelną przyjemność, gdyby autor francuski w taki sposób to zdanie ułożył, czyli przekładał źródła polskie nad francuskie, ale tak przecież nie jest. W innym znowu miejscu, gdy autor omawia leczenie w cierpieniach gruczołów, mamy wskazane tylko Bourboule, gdyż tłumacz nie dodał żadnej miejscowości polskiej. W tem właśnie widzę nierównomierność spolszczenia; na str. 216 przy wyliczeniu wód mineralnych spotykamy same tylko polskie. Tłumaczyć by to można tem, że autor nie uważa za stosowne opatrywanie przypiskami, lecz w tłumaczeniu spotykamy takie przypiski; np. na str. 308 czytamy: lekarz po stwierdzeniu zatrucia powinien opróżnić żołądek za pomocą przemycia (w otruciu ługiem rzecz ryzykowna ze względu na możliwość przedziurawienia żołądka — przyp. tłum.) — przypisek nader słuszny i potrzebny. Zwracając na to uwagę z obowiązku referenta, zresztą z całym uznaniem podnieść muszę staranność sty-

lową tłumaczenia. Za wzbogacenie tym przekładem literatury pediatrycznej polskiej należy się tłumaczowi szczerą wdzięczność, podręcznik ten bowiem z przyjemnością i korzyścią przeczyta lekarz praktyk, a i pedyatry, czytając rzeczy sobie znane w języku ojczystym, odświeży i uporządkuje swoje wiadomości. Od czasu tłumaczenia przestarzałego już podręcznika Bagińskiego jest to bowiem pierwszy przekład polski, odpowiadający nowszemu poglądom w pedyatryi.

J. Brudziński.

Kronika bieżąca.

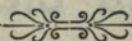
(Kn) Na posiedzeniu kwietniowym w r. u. Tow. Hyg. w Berlinie prywatdocent d-r Heller omawiał kwestyę, czy kobieta ze względu na swe zdrowie nadaje się do zawodu kupieckiego? Wejście niewiast w szranki stanowisk odpowiedzialniejszych zaostrza walkę konkurencyjną i prowadzi do obniżenia płacy w stosunku nawet do pracowników-mężczyzn. Logicznym następstwem tych stosunków musi być podskoczenie w górę okresu lat, w którym mężczyzna decyduje się wstąpić w związki małżeńskie, a te są, przecie, celem i pragnieniem największem najzacieklejszych feministek.

Zważywszy, że robotnik przeciętny między 20 i 25 rokiem życia, stojąc na zenicie swych sił wytwórczych, pobiera wówczas i płacę najwyższą, widzimy odwrotnie, że w zawodach wyższych maximum dochodów osiąga człowiek w czwartym mniej więcej dziesiątku lat i że wtedy dopiero pomyśleć może o założeniu ogniska rodzinnego. Według H. odsetka mężczyzn żonaty, nie mających lat 30, do „wyższych” sfer zaliczonych, nie przewyższa 40, gdy w stanie robotniczym dochodzi do 78% i odpowiednio ku temu ilość chorób sekretnych uwydatnia wyższą wyraźną. Tymczasem wzrost liczbowy kobiet, które garną się do kupiectwa, jest oczywistym w ciągu ostatnich lat 15, lubo fizyczne warunki kobiety nie nadają się zbyt do takiej profesyi. Autor porównywa stosunki zdrowotne pracownic handlowych i służ, przyczem pierwsze i drugie zalicza do jednakiej warstwy społecznej z tą różnicą jedynie, że pracujących w handlu dostarcza miasto, służ — wieś przeważnie. Zważywszy, iż, dzięki nowoczesnym zarządzeniom higieny, zdrowotność wielkich miast nie ustępuje wcale zdrowotności gmin, można twierdzić, że warunki pochodzenia w wynikach porównań nie mogą odgrywać zbyt wybitnej roli. Choć jednak rodzaj pracy, narażanie się, możliwość zakażenia się i t. p. wywołać winny u służ bardzo znaczną odsetkę chorób, ta ostatnia jest właśnie daleko wyż-

szą wśród kupczącego personelu niewiast, a związana z handlem natężona praca umysłu, z którą mężczyzna daje sobie radę bez trudu, zdrowiu kobiety przeciętnej szkodzi niezmiernie. Strat tych, mierna zazwyczaj, płaca nie równoważy zupełnie.

W konkluzji, rwącym się do roboty na dniówkę, kobietom doradza d-r H. raczej służbę i obowiązki pomocnicy pani domu (Hausgehilffinnen), co najwyżej — prowadzenie ksiąg rachunkowych w majątkach ziemskich, a przedewszystkiem — chów drobiu, sadzenie jarzyn i przemysł owocowy. Na koloniach i folwarkach pole pracy dla kobiet stoi otworem. (Archiv f. soz. Medizin u. Hygiene. Bnd 2. H. 3. 1905).

Zmarli. D-r Józef Kotarski dnia 22 czerwca r. b. w Warszawie, w wieku lat 44.



Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

BUSKO. Dr. Majkowski
praktykować będzie przez
cały sezon
(20 maj — 20 wrzes.)

Tegoż do nabycia monografia „Busko wody siarczano-słone”
kop. 60.

Pensjonat hydropatyczny
Dr. J. Kołaczkowskiego w Szczawnicy

cały rok otwarty. Nowo założony park
dla pensjonarzy wyłącznie przeznaczony. Kuchnia wy-
kwintna i higieniczna. Ceny przystępne. Zarząd.