

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

Z PRACOWNI PATOL. OGÓLNEJ UNIWERS. WARSZ.

---

## I. O STOSUNKU TOKSYNY DO ANTYTOKSYNY.

PODAŁ

JERZY BRUNNER.

---

*(Ciąg dalszy).*

Roux wstrzykuje świnom 1 ctm. sz. bardzo silnej surowicy, a następnie śmiertelną dawkę toksyny tężcowej; w zwykłych warunkach zwierzęta pozostają zdrowe zupełnie, niektóre z nich zachorowują, jeżeli wstrzyknąć im następczo wytwory hodowli niektórych bakterii, jak np. bac. Kielensis, bac. coli i innych. Toksyna przeto nie została zniszczona, skoro sprowadza tężec, nawet po kilku dniach, u świnek, których odporność osłabiono.

Na podstawie powyższych danych Roux wnioskuje, iż działanie antytoksyny polega na uodpornianiu komórek, nie zaś na zobojętnianiu lub niszczeniu toksyny.

Broniąc swoich poglądów, Behring powiada, iż świnka znacznie jest wrażliwszą na tężec od myszy, i że przeto w doświadczeniach Buchnera mieszanina obojętna dla myszy mogła zawierać pewien *plus* toksyny nie szkodliwy dla

myszy lecz wywierający objawy swoiste u świnek. Knorr<sup>1)</sup> zwraca uwagę na to, iż mieszanina Buchnera nawet dla myszy nie była obojętna, gdyż część zwierząt chorowała, część padła i tylko niewielka ilość pozostała zdrową; nie należy przeto dziwić się, iż tak niedostatecznie zobojętniona mieszanina mogła wywoływać u bardziej wrażliwych zwierząt objawy swoiste. Ten sam zarzut, według Knorra, odnosi się do doświadczeń Roux, który pracował z niezupełnie obojętnymi mieszaninami jadu i surowicy.

Miecznikow, znakomity twórca komórkowej teorii odporności, z natury rzeczy nie mógł dzielić poglądów szkoły Behringa; na zjeździe w Budapeszcie<sup>2)</sup> wyraża on zdanie, iż antytoksyczne działanie płynów ustroju polega nie na niszczeniu toksyn, lecz na wzmaganiu obrony komórkowej.

W 1895 r. zjawiała się praca Calmette'a<sup>3)</sup>, w której autor gromadzi szereg materiałów cennych do rozwiązania danej kwestyi. Z pomiędzy dużej ilości danych doświadczalnych, otrzymanych przez autora, przytoczymy tylko niektóre. Surowica przeciwtężcowa i przeciwabrynowa zobojętnia jad żmij podczas zmieszania *in vitro*; surowica przeciwabrynowa zobojętnia toksynę dyfterytyczną i rycynę; surowica krwi królików uodpornionych względem róży jest czynna *in vitro* przeciw jadowi żmij; tę samą własność posiada surowica zwierząt uodpornionych przeciw cholerze i przeciw wściekliznie.

Wszystkie te dane osłabiają wiarę w swoiste własności surowic, na podstawie tej też autor wnioskuje, iż surowice antytoksyczne według wszelkiego prawdopodobieństwa nie modyfikują toksyn, z którymi są zmieszane, lecz niezależnie od nich wywierają na ustrój działanie przeciwne, tak iż szkodliwy wpływ toksyn nie może się ujawnić.

---

1) Experimentale Untersuchungen über die Grenzen der Heilungsmöglichkeit des Tetanus dnich Tetanusheilserum. Habilitationsschrift. Marburg 1895.

2) Annales de l'Institut Pasteur 1894, Vol. VIII, Nr. 10.

3) Annales de l'Institut Pasteur 1895, Vol. IX, Nr. 4.

Dla doświadczalnego rozwiązania kwestyi stosunku toksyny do antytoksyny, Calmette wykonał doświadczenia następujące. Jad żmij nie ulega zmianie podczas ogrzewania do 68°C., wóczas gdy surowica swoista w tej ciepłocie zostaje zniszczona; autor tedy ogrzewał obojętne dla zwierząt mieszaniny jadu i antytoksyny i następnie wstrzykiwał je królikom, przyczem okazało się, iż mieszanina staje się wybitnie trującą. Tak więc ciepło działa na mieszaninę w ten sam sposób, w jaki działałoby ono na jad i surowicę oddzielnie; należy przeto wnioskować, iż jad zmieszany z surowicą nie uległ żadnej zmianie, że nie powstaje żadne połączenie obu ciał lub że wreszcie połączenie, jakie by powstać mogło, jest bardzo nietrwałe. Autor staje po stronie Roux i tłumaczy działanie surowicy jej wpływem nie na jad, lecz na komórki ustroju.

Hueppe <sup>1)</sup> w swem pięknem dziele również twierdzi, iż surowica ochronna zupełnie nie zubożętnia ani niszczy jadu i że oba ciała mogą swobodnie obok siebie istnieć; swoistość antytoksyny nie jest koniecznym warunkiem ich działania.

Gautier <sup>2)</sup> przypisuje surowicom jedynie wpływ na komórki, które stają się niewrażliwymi na toksynę lub wytwarzają pierwiastki zubożętniające tę ostatnią.

Lustig <sup>3)</sup> wypowiada również zdanie podobne.

Nikanorof <sup>4)</sup> działał na mieszaninę jadu błonicowego i antytoksyny roztworem octanu miedzi, przyczem otrzymywał osad, zawierający pewną ilość toksyny, podczas gdy antytoksyna pozostawała w roztworze. Na tej podstawie autor twierdzi, iż antytoksyna *in vitro* nie niszczy jadu i nie tworzy z nim stałego chemicznego związku, lecz że wytwa-

1) Naturwissenschaftliche Einführung in die Bakteriologie. Wiesbaden 1896.

2) Les toxines microbiennes et animales. Paris 1896.

3) Immunità per le malattie da infezione, vaccinazione sieroterapia. Torino, 1897.

4) Wracz, 1896, Nr. 31.

rzające się po zmieszaniu połączenie jest bardzo niestałe i za pomocą azotanu miedzi może być rozłożone.

Calmette i Delarde <sup>1)</sup> wykryli, iż podchloryn wapnia i chlorek złota niszczą *in vitro* jad żmij, abrynę i większość toksyn bakteryjnych, pozostawiając antytoksynę nietkniętą. Jeżeli tedy do mieszaniny zupełnie obojętnej jadu żmij i antytoksyny swoistej dodać pewną ilość podchlorynu wapnia, to badanie pokaże, iż jad został zniszczony, a antytoksyna nie uległa zmianie i zachowała swe własności uodporniające. Ztąd autorzy wyprowadzają wniosek, że w mieszaninie toksyny i surowicy antytoksyicznej toksyna nie jest ani zniszczoną, ani zmieniona przez antytoksynę. Ciała te przeto istnieją obok siebie bez zmiany lub też tworzą bardzo nietrwale połączenie z łatwością rozkładające się podczas ogrzewania lub pod wpływem odczynników chemicznych.

Wassermann <sup>2)</sup>, który, jak widzieliśmy poprzednio, wraz z Ehrlichem dzielił poglądy szkoły Behring'a, wykonał szereg nowych doświadczeń w celu rozwiązania danej kwestyi i zmuszony był zmienić zdanie. Autor przekonał się, iż jad laseczników błękitnej ropy nie ulega zmianie pod wpływem gotowania, zaś antytoksyna odnośna natychmiast w 100° się rozkłada. Wassermann ogrzewał obojętną dla zwierząt mieszaninę jadu i surowicy i w ten sposób przywracał jej własności trujące. Tak więc w mieszaninie istnieją oba ciała w stanie wolnym i toksyna zostaje zniszczona dopiero po wprowadzeniu do ustroju. Z powyższego autor wysnuwa wniosek, iż antytoksyna nie działa bezpośrednio na toksynę i dopiero przez pośrednictwo żywego ustroju powstaje z antytoksyny ciało zobojętniające w ciele toksynę.

(c. d. n).

1) Annales de l'Institut Pasteur. Tome X, 1896, Nr. 12.

2) Zeitsch. f. Hyg. u. Inf. 1896, Bd. XXII, Heft. II.

## II. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona medalem złotym na konkursie Amerykańskiego Tow. Laryngologicznego i odczytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w d. 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy*).

a) *Mycosis aspergillina et penicillina* w górnym odcinku dróg oddechowych spotykają się rzadko. Przyczyna tego faktu bezzaprzeczenia polega na własności tych narządów: tak np. w jamach nosowych przeszkodę dla rozwoju tego grzybka stanowi stały prąd powietrzny (Deile), jakoteż stała wydzielina, dalej obecność ropnych pasorzytów (cocci), wrogo usposobionych dla tego rodzaju grzybków, wreszcie nieodpowiednia ciepłota i własności chemiczne wydzieliny (Schubert). W gardzieli zaś gatunek aspergillus resp. penicillium rozwija się źle na błonie śluzowej, pokrytej śluzem, jakoteż na owrzodziałych powierzchniach z cuchnącą wydzieliną (Siebenmann).

Szczególniej usposobieni są do mycosis aspergillina pracujący w garbarniach, w ogóle zaś ci, którzy mają do czynienia ze skórami, stanowiącemi znakomite podłoże dla rozwoju aspergillus (Guarnacia).

W ogóle ten rodzaj grzybków występuje przeważnie, jako saprofit, a nie na żyjącej błonie śluzowej, jako chorobotwórczy pasorzyt.

W górnym odcinku dróg oddechowych spotykamy się z następującymi rodzajami aspergillus i penicillum: aspergillus glaucus, fumigatus (najczęstsza postać) i nigrescens, oraz penicillum glaucum.

Oдноśnie do mycosis aspergillina et penicillina górnych dróg oddechowych istnieją w literaturze następujące spostrzeżenia:

1. Przypadek Dunn'a z Richmondu: na tylnej części przegrody nosa po przypaleniu chloroformem w 2 tygodnie utworzył się strup, pokryty brunatno-żółtą substancją, mającą wygląd owocowego «gelée». Pod drobnowidzem znaleziono *aspergillus glaucus*. Po usunięciu strupa — wyleczenie;

2. Przypadek Deile'a z Lipska: *aspergillus fumigatus* w obu jamach nosowych w przypadku ozeny (autopsia).

3. Przypadek John'a Mackenzie'go z Baltimooru: chory dotknięty cierpieniem (empyema) zatoki Highmor'a; w błonie wydalonej z tej zatoki znaleziono pod drobnowidzem *aspergillus fumigatus*.

4. Przypadek Zarniko'a z Hamburga — analogiczny do poprzedniego, dotyczący chorej 50-letniej z ropniem jamy Highmor'a (*aspergillus fumigatus*).

5. Przypadek Schubert'a: 75-letnia źle odżywiana chora — cała jama nosogardzielowa wypełniona masą: ciemno-brunatno-zieloną (wewnątrz), oraz jasno-szarą (zewnątrz). Objawy: zupełne zatkanie nosa — wydzielina ostra. Wystrzyknięto z nosa formalny odlew nosogardzieli. Pod drobnowidzem zewnętrzna warstwa składała się ze zwyrodnionych ciałek śluzowych, jakoteż płaskiego nabłonka; wewnętrzna warstwa zaś z masy *aspergillus fumigatus*.

6. Przypadek Siebenmann'a z Bazylei: na stropie gardzieli starej kobiety znaleziono strupy, złożone z *aspergillus fumigatus* et *sidulans*, a także *mucor corymbifer*.

7. Przypadek Dick'a: młody zdrowy osobnik: pomiędzy łukami i na migdałkach podniebiennych — czopki rogowej konsystencji, czarno zabarwione na końcach. Pod drobnowidzem prawdopodobnie *aspergillus nigrescens*.

Wreszcie M. Schmidt w swoim podręczniku chorób górnych dróg oddechowych (str. 441) wspomina, że często w jamach nosowych, zwłaszcza zaś w jamie nosogardzielowej

widywał grzybki *penicillum glaucum* i *aspergillus fumigatus*. Niekiedy widać tam bardzo pięknie rozwiniętą darń (Rasen) z główkami, jako białe i szare masy grzybkowe.

Również i w ozenie widywał autor grzybnię (mycelium), rozpościerającą swoje nitki przy obfitem bujaniu od dolnej muszli do przegrody nosa.

«In parenthesis» wspomnę tu również, że Guarnacia z Katanii (Sycylia) spostrzegł 3 przypadki otomycosis *aspergillina* (przyczyna: *aspergillus niger*), wyleczone przy pomocy wody utlenionej (*hydrogenium peroxydatum*).

b) *Mycosis mucorina* w górnym odcinku dróg oddechowych spotyka się stosunkowo nie tak rzadko.

Występuje ta grzybica pod 2 postaciami: 1) zależna od gatunków: *mucor corymbifer*, oraz 2) częstsza—od *mucorniger*.

Pierwszą postać spostrzegł Paltau z Wiednia: 52-letni chory, cierpiący ad enteritis et peritonitis circumscripta z gorączką, kaszlem, obrzmieniem śledziony, żółtaczką, a także z zajęciem sensorii; po 14 dniach śmierć. Autopsia między innymi wykazała: phlegmone pharyngis et laryngis — pod drobnowidzem znaleziono: *mucor corymbifer*.

Druga postać: *mycosis mucorina nigra* spotyka się już o wiele częściej — mianowicie według niektórych autorów (Hewelke i Ciagliński, Sędziak, oraz prof. Schmiegelow z Kopenhagi) stanowi ona istotę t. zw. czarnego języka (*lingua nigra* s. *nigrities linguae*).

Pod nazwą «czarny język» rozumiemy sprawę chorobową, znamionującą się występowaniem na górnej powierzchni języka w bliskości nasady pod *papillae circumvallatae* — mniej lub więcej rozległego zabarwienia — zwykle czarnego, czasami brunatnego (Sędziak), lub nawet żółtego (Dinkler) o formie nieregularnej, owalnej (Rydygier), lub trójkątnej (Sędziak) — powierzchni równej, lub co częściej ma miejsce nierównej, włochowatej (*schwarze gehaarte Zunge-Brosin*, *melanotrichie linguale* — Surmont) sprawę o przebiegu ostrym (kilka dni), lub przewlekłym (kilka miesięcy, a nawet lat).

(d. c. n.).

### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Choroby wewnętrzne.

298. Paul C. Franze. **Nerwice serca i rozwijające się na tem tle rozszerzenie tętnoż.** (Berl. Klin. Woch., Nr. 35, 1905).

Autor rozpatruje wpływ czysto nerwowych zaburzeń czynności serca lub naczyń, lub obu razem na powstawanie rozszerzenia serca w słabszym lub średnim stopniu. W badanych przez autora przypadkach choroby, przeważnie w wieku młodocianym lub średnim, już od dłuższego czasu uskarżali się na ogólne objawy neurasteniczne, do których następnie dołączała się nerwica serca, resp. naczyń; później występowało, obok nerwicowych objawów w aparacie krążenia i w zależności od ostatnich, niewielkie, lecz niewątpliwe, powiększenie serca w obie strony, będące wyrazem rozszerzenia, a nie przerostu. Jednocześnie sprawność czynnościowa narządowa zawsze znacznie ulegała pogorszeniu, które udawało się jednak usunąć przez zabiegi lecznicze. Spostrzeżenia te, oczywiście, posiadają wielką wartość praktyczną, ponieważ wystąpienie rozszerzenia zmienia i wzmacnia objawy chorobowe i w znacznym stopniu wpływa na rokowanie oraz leczenie. Po rozpatrzeniu krytycznym odnośnych teorii, dotyczących siedliska i mechanizmu powstawania tych zaburzeń, autor przychodzi do wniosku, że najczęstszem ich siedliskiem jest system nerwu współczulnego; dla tego też powinniśmy zawsze szukać ognisk chorobowych w jamie brzusznej i miednicy, mianowicie—u mężczyzn w układzie moczopłciowym, u kobiet—w macicy i jej przydatkach; przy wykryciu takich ognisk należy nerwice serca uważać za odruch z nerwu współczulnego. Przy ogólnej neurastenii z objawami nerwicowymi ze strony serca należy pomyśleć przedewszystkiem o zajęciu dużych splotów i zwojów sympatycznych, z kąd bierze swe źródło podniecenie serca. W ten sposób przychodzimy do tezy, że przeważna większość wszystkich nerwic serca bierze początek z systemu sympatycznego, co posiada nadzwyczajną wartość leczniczo-praktyczną. Tą drogą staje się zrozumiałem działanie uzdra-



wiające właściwie zastosowanego prądu elektrycznego w nerwach serca.

Pytanie, w jaki sposób do rozmaitych nerwic serca dołącza się rozszerzenie tegoż, autor rozwiązuje w ten sposób: słabość skurczów prowadzi do rozszerzenia. W. D.

299. Ludwig Aldor. **Krwotoczna postać marskości wątroby (cirrhosis gastroenterorrhagica seu haemorrhagica Maixner).** (Berl. Klin. Woch., Nr. 35, 1905).

Występujące w przebiegu marskości wątroby krwawienia z rozmaitych narządów nie są bynajmniej objawem rzadkim; zazwyczaj można je spostrzegać w daleko posuniętym okresie choroby, jakkolwiek istnieją dane, że te krwawienia do przewodu pokarmowego mogą też stanowić jeden z pierwszych objawów rozpoczynającego się cierpienia. Maixner, który pierwszy zajął się szczegółowem opracowaniem tej sprawy, miał możność wykazania w części tych przypadków istnienia w przewodzie pokarmowym zupełnego krwiobiegu obocznego i na tej podstawie rozpatruje całokształt objawów tego swobodnego cierpienia, jako skutki silnie rozwiniętego zastojów żylnego z następczem powstawaniem krwiobiegu obocznego.

Wśród objawów klinicznych pierwsze miejsce zajmują nagłe i często powtarzające się krwawienia z kanału żołądkowo-kiszczkowego, dzięki czemu Maixner ochrzcił tę postać marskości mianem cirrhosis haemorrhagica. Autor miał możność obserwowania 4-ch przypadków omawianego cierpienia, których opis podaje w swym artykule in extenso; czytając te historie chorób, łatwo zauważyć w nich wszystkich pewne cechy wspólne, częścią pozytywne, częścią zaś negatywne. Do pierwszej kategorii należy zaliczyć znaczne powiększenie rozmiarów wątroby i śledziony, oraz krwawienia rozmaitego typu i niejednakowej uporczywości w poszczególnych przypadkach; cechy negatywne: brak wybitnych zaburzeń trawienia i zwykłych objawów marskości: wzdęcia brzucha, biegunki i puchliny brzusznej. Należy też podkreślić, że po tych krwawieniach chorzy poprawiają się znacznie prędzej i szybciej wracają u nich siły do pracy, aniżeli po krwawieniach wszelkiego innego rodzaju. Pod względem rozpoznawczo-różniczkowym postać niniejsza nie nasuwa trudności poważniejszych: ulcus ventriculi wykluczyć nadzwyczaj łatwo przy niezbyt nawet sumiennem badaniu z chorego; odmiennie za to przedstawia się

sprawa różniczkowania choroby Banti'ego, ponieważ dokładny przegląd nowszej literatury ostatniego cierpienia, jak również przypadków marskości Maixner'a, Curschmann'a i samego autora wzbudza mimowoli podejrzenie, czy krwotoczna postać marskości Maixner'a i dotychczas opisane pod mianem choroby Banti'ego przypadki nie są identyczne—przyszłe badania odpowiedzą na to pytanie. — Wracając do charakterystyki własnych przypadków, autor, na wzór swych poprzedników, przypuszcza istnienie rozgałęzionych dróg obocznych między vena portae i vena cava. Dokonane przez innych autorów odnośne badania anatomo-patologiczne wykazują, że istnieją rozmaite drogi oboczne i żyłki na żyłach, tworzących wspomniane drogi. Najczęstszym i najbardziej znanym jest połączenie venae coronariae ventriculi z vena cava superior, resp. z vena azygos za pomocą venae oesophageae inferiores. Tworzące się w przewodzie pokarmowym żyłki są znamienne co najmniej dla większości przypadków cirrhosis haemorrhagica Maixneri; Ewald, w ostatnich czasach i Curschmann dostarczyli klasycznych dowodów, że owe żyłki wcześniej czy później pękają, co stanowi bezpośrednią przyczynę wspomnianych krwawień, jakkolwiek nie jedyną, ani najczęstszą. Pomijając krwawienia, występujące w ostatnim okresie marskości i stanowiące bardzo często objaw przedśmiertny, w których należy upatrywać skutek patologicznej zmiany krwi, mogą się tu zdarzać też krwawienia mięszone lub z naczyń włosowatych. Ze strony klinicznej krwawienia te znamionują się niekiedy cechami, wprost groźnymi dla życia, niezależnie od tego, jakiego są one pochodzenia; trwają czasami przez całe miesiące bez przerwy i u chorego widzimy oznaki nie tylko marskości wątroby, lecz i niezytu kiszki. Zjawiające się w przebiegu marskości wątroby krwawienia z nosa należą do zjawisk późnego okresu tej choroby, przyczynę ich stanowią w tym razie znaczny upadek odżywiania lub takie zmiany patologiczne krwi, dzięki którym zostaje upośledzonym odżywianie ścianek naczyń, co łatwo sprowadza ich pęknięcie. Najlepsze tłumaczenie powstawania krwotoków nosowych znajdujemy w nowej teorii marskości Bleichröder'a, według której marskość wątroby jest jedynie skutkiem limfocytemii venae portae, na tle której, zdaniem Bleichröder'a, powstaje dyateza krwotoczna, a następnie i krwotoki.

W. Dobrowolski.

300. Tissier. **Badanie nowej infekcji kiszkowej u ssawca.** (Annales de l'Institut Pasteur maj 1905).

Z całej grupy infekcji przewodu pokarmowego u ssawców autor odosobnił jeden rodzaj, który posiada nietylko odrębne objawy przebiegu i leczenie, lecz i charakter bakteryologiczny. Infekcja wywołana jest przez bezpowietrzny drobnoustroj *Bacillus perfringens*. Znajduje się B. p. normalnie w przewodzie pokarmowym dorosłych, a także noworodków przed wydzieleniem t. zw. meconium. W późniejszym okresie wywołuje u ssawców biegunkę koloru zielonego z pianą, jak piana piwa, trwa zazwyczaj 1—2 miesiące, połączona z zatrzymaniem rozwoju ubytkiem wagi, brakiem apetytu i niespokojem, jest groźną u dzieci karmionych piersią, natomiast bardzo groźną u dzieci karmionych sztucznie; śmierć następuje bardzo szybko; bo w ciągu tygodnia. Chorują dzieci najczęściej do roku—tem groźniej, im są młodsze.

Co się tyczy badania bakteryologicznego, to nie znajdujemy na początku choroby zwykłych drobnoustrojów w kale noworodka, np. *Bacillus bifidus* następnie widzimy takie; jak zwykle przy bieguncie (*anaëroben cocobacillen di plococenni t.p.*), następnie dużo jest rodzajów anormalnych, z których najważniejszymi są *Bacillus perfringens* i *Bacillus III Rorella*, ten ostatni pozbawiony jest wszelkich chorobotwórczych własności. Autor wywołał podatną biegunkę u kotka, któremu dał do zjedzenia czystą hodowlę *Bac. perfringens*—prócz tego kobieta, która karmiła dziecko chore na biegunkę, wywołaną przez *Bac. perfringens*, zaraziła własne dziecko, prawdopodobnie przez brodawkę, którą ssalo chore dziecko. Kalomel, dyeta, enteroklizmy są bezsilne wobec choroby. Należy zmienić chemiczne działanie kiszek, usuwając związki białkowe, dając natomiast węglowodany. Jeżeli dziecko karmione jest piersią, trzeba działać na wydzielające się mleko, t. j. na osobę karmiącą (pokarmy jarskie, powiększenie ilości cukru i tłuszczu), przed każdym ssaniem dawać dziecku łyżeczkę sterylizowanego roztworu laktozy 10%. Jeżeli dziecko karmione jest sztucznie, należy usunąć mleko, a zastąpić je substancjami posiadającymi węglowodany (glukoza, sacharoza, laktoza, krochmal). Autor poleca też stosowanie takiego drobnoustroju, który przez swe własności peptolityczne, a także fermenty niweczy działanie *Bac. perfringens*, do tych należy: *Bacil. acidi paralactici* Kosai. Autor daje małym pacjentom jedną lub dwie łyżeczki

dziennie czystej hodowli, która przez 5 — 6 dni pozostawała w termostacie przy temperaturze 37° *Matylda Biehler.*

301. Th. Mironescu. **Tkanka sprężysta ściany żołądkowej i jej stosunek do patologii żołądka.** (Berl. Klin, Woch. Nr. 35, 1905).

Składnikami czynności ruchowej ściany żołądka są jej kurczliwość oraz sprężystość, ta ostatnia szczególnie odgrywa bardzo ważną rolę, dzięki niej bowiem żołądek powraca do normalnej postaci po uprzednim swem rozciągnięciu. Wystarczy dokładne zbadanie mikroskopowe żołądka człowieka dorosłego, aby przekonać się, jak obficie narząd ten jest zaopatrzony w tkankę elastyczną—stała i obfita ilość pomienionych włókien dostatecznie uzasadnia sprawiedliwość wygłoszonego poglądu. Włókna sprężyste w ścianie żołądka ułożone są w dwie warstwy—tworzą one w muscularis mucosae jedną siatkę, ściśle związaną z siatką mięśniową. Od poszczególnych miejsc tej warstwy odchodzą pęczki włókien sprężystych do śluzówki i rozdzielają się pomiędzy gruczołami. Miejsce wyjścia każdego z tych pęczków odpowiada przebiegowi małego naczynia, drażącego do śluzówki. Ta subtelna siatka elementów sprężystych wokół gruczołów nie dochodzi do powierzchni, ginąc zaraz pod ostatnią. Muscularis mucosae nie zawsze jest całkowicie utkana włóknami elastycznymi—w okolicy podśluzówki często bywają one mniej obfite, aniżeli w okolicy śluzówki. Druga warstwa sprężysta znajduje się na pograniczu między podśluzówką i mięśniówką, rozpościerając się w postaci błony sprężystej. Cały mięsień, zaczynając od podśluzówki, jest poprzątkany temi włóknami, co natychmiast rzuca się w oczy przy badaniu mikroskopowym. Po za tem włókna sprężyste znajdują się w podśluzówce i w podsurowicówce, ale już w ilości mniejszej. U wpuśtu elementy sprężyste znajdują się w znacznej ilości, mniej zaś ich jest w okolicy odźwiernika i dna żołądka. Ważne znaczenie dla fizyologii ściany żołądkowej posiada swoiste rozmieszczenie tkanki sprężystej: pomienione włókna rozmieszczone są równomiernie w muscularis mucosae, gdzie wspierają czynność włókien mięsnych. Również i układ włókien elastycznych wkoło warstwy mięśniowej posiada właściwą sobie rolę fizyologiczną: jest wielce prawdopodobnem, że po rozciągnięciu żołądka włókna sprężyste tworzą tutaj mocniej-

szy punkt oparcia dla skurczów mięśni. Z drugiej strony, dzięki swej sprężystości, stoją one na przeszkodzie nadmiernemu rozciągnięciu i w ten sposób pośrednio wspierają działanie warstwy mięsnej.

I właśnie w okresie trawienia elastyczność odgrywa rolę główną, ponieważ staje na przeszkodzie nadmiernemu rozciągnięciu w fali grzbietowej, powodując tą drogą dalsze rozdrobnienie zawartości żołądka. Że istnieje ścisły związek pomiędzy kurczliwością i włóknami elastycznymi, dowodzi tego mniejsza ilość ostatnich tam, gdzie ruchy fizjologiczne odbywają się w stopniu słabszym, jak np. w dniu żołądka.

Wiadome są powszechnie przypadki kliniczne, gdzie występują zaburzenia sprawności ruchowej bez określonej, zda się, przyczyny: w tych razach można tylko przypuścić istnienie wrodzonej słabości kurczliwości żołądka — badania żołądków u płodów dowodnie wykazały, że niekiedy pierwiastek sprężysty żołądka od urodzenia jest słabo wyrażony. Fakt wspomniany może nam wyjaśnić niektóre przypadki zwiotczenia i ostrego rozszerzenia żołądka; w poszczególnych przypadkach wskutek wykroczenia dyetetycznego może rozwinąć się zwiotczenie lub ostre rozszerzenie.

Nie znalazłszy w literaturze lekarskiej żadnych danych co do granic sprężystości ściany żołądkowej, autor wziął się do opracowania tej sprawy i przyszedł do wniosku, że istnieje oczywisty związek pomiędzy ilością włókien sprężystych i sprężystością omawianego narządu. Przekroczenie granicy sprężystości prowadzi do rozszerzenia żołądka; na zasadzie tychże danych anatomofizjologicznych opiera się przypuszczenie powstawania rozszerzenia żołądka bez zwężenia odźwiernika.

Stojąc na tym punkcie widzenia, łatwo zrozumieć wyleczenie pewnych rozstrzeni przez wyznaczenie odpowiedniej diety, która nie pobudza ścian żołądka do rozciągania się i pozostawia im dosyć czasu do powrócenia do właściwej postaci; z drugiej zaś strony, zabieg operacyjny posiada wartość jedynie paliatywną w tej kategorii rozszerzeń żołądka, których przyczyna tkwi w osłabieniu lub zaniku sprężystości ściany żołądka. Pożądane wyniki dadzą się osiągnąć jedynie za pomocą odpowiedniej diety. Przeciwnie, pierwszeństwo należy oddać operacji w przypadkach zwężenia odźwiernika z rozszerzeniem, gdzie sprężystość i sprawność ruchowa uległy zaburzeniu na drodze pośredniej.

Zdaniem autora, sprężystość żołądka przy niewydolności ruchowej odgrywa rolę daleko ważniejszą, aniżeli jej dotychczas przypisywano, i badanie włókien sprężystych ściany żołądka może wytłomaczyć patologię pewnych przypadków zwiotczenia.

W. Dobrowolski.

302. Lepine. **O działaniu promieni Röntgena na głęboko położone narządy.** (Sem. Méd. Nr. 33. 1905.)

Widzieliśmy, że promienie Röntgena wywołują wymioty, nudności, bicie serca, nie mniej że źle działają na jajniki i jądra. (Albus, Schönberg, Haberstädter i w. in.) Autor sam zauważył, że świnki morskie zdychały po kilku posiedzeniach, przyczem śmierci nie można było objaśnić ubytkiem wagi—glikogen wątroby prawie zupełnie zniknął, u psa nap. po jednym posiedzeniu zwiększyła się własność glikolityczna krwi; o ile zaś między aparatem a zwierzęciem postawiono płytkę aluminiową, nie było takich silnych objawów bicia serca, braku tch i t. p., jak bez płytki.

Badał też autor działanie promieni na gruczoł tarczycowy; już przedtem przekonał się, że w moczu zwierzęcia w kilka godzin po zjedzeniu gruczołu tarczycowego występuje *zmniejszenie* kwasu fosforowego w stosunku do mocznika, w następnie wydzielonym moczu ilość kwasu jest *zwiększona*. Otóż jeżeli zamiast mu dać do zjedzenia gruczoł tarczycowy, wystawimy szyję zwierzęcia w ciągu 3-ch godzin na działanie promieni Röntgena (reszta ciała oddzielona jest za pomocą płyty ołowianej), znajduje się też same zmiany odnośnie do kwasu fosforowego i mocznika; jeśli nie działać na szyję, to niema tego objawu, np. na głowę, to następuje podwyższenie ciepłoty. Promienie działają też na system nerwowy—nie przynoszą mu szkody, gdyż jest dobrze ochroniony przez kości. Nie działają na siatkówkę, którą chroni tylko soczewka.

Co się tyczy działania na narządy wyrabiające krew, to niektórzy autorowie (Henicke, Helber i in.) zauważyli, że promienie wywołują zmniejszenie śledziony, barwa jej staje się ciemniejszą, limfocyty są po większej części zniszczone, tak samo leukocyty wielojądrowe, ilość barwnika zwiększona, czerwone białka krwi nie są uszkodzone, (jeżeli niektóre zwierzęta mają hematuryę, to jest to wskutek pośredniego podrażnienia nerek); do tych samych wniosków doszli Berman

i Linser, wystawiając na działanie promieni szpik kostny (po kilku tygodniach wszystko powraca do normy, tak że uszkodzenia w szpiku kostnym są przejściowe. Według Szwarc promienie Becquerela mają specjalny wpływ na lecytynę leukocytów Bordin i Gallimand wykazali szkodliwy wpływ promieni X na białko jajka, w którym zatrzymane zostało utworzenie zarodka, białko zrobiło się płynniejszym, trudniej było trawione (trawienie sztuczne).

Autor jest zdania mimo pewności, iż promienie Röntgena przenikają głębiej, niż się to zdawać może na pierwszy rzut oka, że nie należy twierdzić, iż mogą one wyleczyć te lub inne choroby, długo jeszcze trzeba popracować w tym kierunku. Ze stu przypadków białaczki i pseudobiałaczki np. znanych w literaturze—nie otrzymano ani razu zupełnego wyzdrowienia, zawsze było ono czasowe, co jednak dużo znaczy, gdyż przynosi ulgę choremu.

Promienie X zdaje się, że dobrze działają w niektórych przypadkach zapalenia nerwów (próbowano leczyć epilepsyę).

Autor sam stosował promienie w zapaleniu nerek, nie otrzymał jednak żadnych wyników (promienie nie zmieniają moczu, wydzielanego przez zdrowe zwierzę).

Na zakończenie zachęca autor do dalszych badań wobec pełnych obietnic doświadczeń Quadrona, który za pomocą działania promieni stara się uodpornić organizm przeciw różnym infekcyom.

M. B.

#### IV. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

303. Galli-Valerio zaleca **izoform** (parajodoanisol), jako dobry środek przeciwnilny (Therap. Monatsh. 5, 1905): działa wybitnie bakteryobójczo, odwanniająco i nie jest trującym. W sprzedaży izoform znajduje się w postaci mieszaniny z równą częścią fosforanu wapnia (ze względu na własności wybuchowe) jako proszek izoformowy, jako pasta izoformowa i jako 1—10% gaza izoformowa.

W. D.

304. Winckelmann (Therap. Monatsh. Nr. 7, 1905) zastrzykiwał **digalen** do żył w tych przypadkach, gdy chodziło

o otrzymanie działania w jaknajkrótszym przeciągu czasu, w ilości 3—4cm. sz. jałowego płynu. Zwłaszcza u chorych na zapalenie płuc działanie było nadzwyczaj wyraźne. *D.*

305. Przyrządzane przez Roos'a pigułki „Flatulin“ mają następujący skład chemiczny: po 4 części natri bicarbonici, magnes. carbon., pulv. rad. rhei i po 3 części ol. foeniculi, ol. carvi i ol. menth. piperitae. Fuchs wielce zachwala ich działanie w cierpieniach cienkiej kiszki u osób nerwowych, w rozszerzeniu żołądka, w zatwardzeniu, w zaburzeniach hemoroidalnych.

(*Ther. Monatsh.* Nr. 5, 1905).

*D.*

306. Meyer zaleca stosowanie kwasu pikrynowego w chorobach skóry (*Ther. Monatsh.* Nr. 5, 1905), dodając go w ilości  $\frac{1}{2}$ —1% do zwykłej pasty cynkowej, albo też do zaróbki, składającej się z mieszaniny stearynianu cynku i płynnej parafiny w stosunku 1 : 1. Wyjątkowo stosował autor maść z równych części wazeliny i lanoliny lub miejscowe gorące kąpiele z dodatkiem  $\frac{1}{2}$ —1% kwasu pikrynowego. Przedmiotem badań w tym kierunku były najrozmaitsze pryszczycy. Skutki zastosowania wymienionego środka ujawniły się w znacznym zmniejszeniu wydzieliny, w słabszym za to stopniu dało się spostrzegać zmniejszenie swędzenia. Najwybitniejsze skutki otrzymano w łojotocznych i fachowych pryszczycach rąk, najporczywsze były pryszczycy gołeni. Nigdy nie widziano ogólnych objawów zatrucia. W każdym bądź razie należy zwracać uwagę na stan narządów trawienia i moczopłciowych. Ze względu na silnie barwiące własności kwasu pikrynowego nie można go stosować na odkryte części skóry. *W. D.*

307. O. Tilmann. Znieczulanie lędźwiowe za pomocą stovainy. (*Berlin. Klin. Woch.* Nr. 34, 1905).

Najodpowiedniejszym miejscem dla nakłucia lędźwiowego jest przestrzeń pomiędzy 2 a 3, lub 3 a 4 kręgami lędźwiowymi, przy czem wkłucie wykonywa się między wyrostkami ciernistymi pionowo akurat pośrodku. Jeżeli lig. interspinale jest bardzo tegie i twarde i trudno wymacać przestrzeń między wyrostkami ciernistymi, wtedy nakłóć najlepiej nieco z boku i skierować igłę skośnie ku linii środkowej. W celu zmniejszenia uczucia bólu przy ukłóceniu, można odpowiednie miejsce znieczulić chlorkiem etylu. Po wprowadzeniu igły akurat do kanału lędźwiowego, natychmiast zaczyna z niej wypływać ciecz mózgodzeniowa; wówczas nakłada się na igłę strzykawkę, zawierającą już roztwór stovainy, wyciąga się



powoli ciecz mózgodzeniową, która w ten sposób ulega zmieszaniu ze stovainą — niekiedy powstaje przytem obłoczkowate zmętnienie płynu, które, zresztą, nie posiada żadnego znaczenia. Następnie plyn ten powoli wstrzykuje się do kanału łądźwiowego, poczem igłę szybko należy wyjąć. Operację taką autor wykonywał ogółem 42 razy: w 25 przypadkach zupełne znieczulenie aż do pępka nastąpiło po upływie 3 minut z porażeniem ruchowem obu kończyn dolnych, w 8—po upływie 6 minut, w 5—po 10 minutach, wreszcie w 4-ch—po 15 minutach. Długotrwałość znieczulenia okazała się wystarczającą dla wszystkich wykonywanych przez autora operacji pomiędzy którymi np. operacja przetoki pęcherzowo-odbytnicowej trwała 1 godzinę, i amputacja obu kończyn dolnych—70 minut. Zazwyczaj wrażliwość na ukłucie igły wracała po upływie  $2\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  godz. Ilość zastrzykiwanej stovainy wynosiła stale 0,06, a u osobników młodszych—0,04.

Szczególnie dzielną przysługę wyświadczyła opisana metoda przy wszelkich operacjach na odbytnicy, guzach krwawniczych, przetoki pęcherzowo-odbytnicowej, prolapsus ani, periproctitis, przy wycięciu gruczolu krokowego i w. p. Nie stosował jej autor przy laparotomiach, operacjach ślepej kiszki itp. nie ze względów zasadniczych, lecz z tego powodu, że trudno przewidzieć, jak daleko trzeba będzie zachodzić w każdym danym przypadku, a następnie—ewentualna konieczność wyjmowania jelit na zewnątrz jest rzeczą niezmiernie przykrą dla chorego przytomnego. Co się tyczy ogólnego stanu chorych po zastrzyknięciu stovainy, to nie można w nim dostrzedz jakichkolwiek wybitnych objawów niepożądanych: tętno i oddech pozostają w granicach normy, brak mdłości i wymiotów, chorzy leżą spokojnie i czują się dobrze. Po ukończeniu operacji chory otrzymuje natychmiast szklanekę wina; u niektórych w ciągu pewnego, zresztą krótkiego, czasu po operacji występują bóle głowy. Miejscowe objawy porażenia czucia i ruchu znikają zupełnie u wszystkich operowanych najpóźniej po upływie 4-ch godzin od operacji. Szczególnie wskazaną jest ta metoda znieczulania, zdaniem autora, przy wadach serca, cierpieniach płuc, miażdżycy tętnic, u pikaków i otyłych, a najbardziej—przy wszelkich operacjach na odbytnicy i gruczole krokowym u ludzi starszych.

Reasumując wyniki swych badań, autor przychodzi do wniosku, że znieczulanie łądźwiowe za pomocą stovainy jest istotnem wzbogaceniem techniki znieczulania, wskazanem w operacjach poniżej pępka, jeżeli tylko niepożądaniem jest usypianie.

Po zatem wstrzykiwaniu stovainy autor zaleca w tych cięż-

kich przypadkach rwy kulszowej (ischias), gdzie leczenie wewnętrzne (ol. rącznikowy, jodek potasu, chinina) okazało się bezskuteczne, a bezkrwawe rozciągnięcie nerwu jest niemożliwe z powodu niezwyklej bolesności — wówczas ostatni zabieg wykonywa się w ciągu 4-dniowej bezbolesności po zastrzyknięciu stovainy. W każdym bądź razie ta metoda jest bezpieczniejszą i pewniejszą, niż wstrzykiwanie antypiryny, karbolu, kokainy etc.

*W. Dobrowolski.*

308. Netter. **Zabiegawcze leczenie wysypek po zastrzyknięciu surowicy za pomocą chlorku wapnia.** (Sem. méd. Nr. 30, 1905 r.).

Autor dawał dzieciom, którym skutek dyfterytu zastrzyknięto surowicę, w ciągu 3 dni codziennie po 1 gr. chlorku wapnia w roztworze wodnym, pierwszą zaś dawkę w chwili zastrzykiwania surowicy (przy powtórnym zastrzyknięciu należy to samo powtarzać). Na 114 chorych 11 dzieci miało wysypkę, gdy tymczasem w drugiej seryi równoległej, w której dzieciom nie dawano chlorku wapnia, miało 10 dzieci wysypkę. Przyczem należy nadmienić, że w pierwszych 11 przypadkach 4 były niepewne, w jednym przypadku nie sprawdzono, czy to było prawdą, co mówiła matka, w 3-ch innych dano tylko raz chlorek wapnia i to już późno. Jeżeli jednak nie obejmować tych 4-ch przypadków, to i tak dla pierwszej seryi mamy wysypkę w 9,64%, w drugiej 17,54% przypadków. Tym sposobem podawanie chlorku wapnia zmniejsza ilość wysypek po surowicy o połowę.

*M. B.*

309. **Pleuritis sero-fibrinosa jako powikłanie przy leczeniu promieniami Röntgena białaczki** zauważył w 2 przypadkach D-ra Pescatolo z Turynu Dr. Quadroni; interesujące jest to niezwykle powikłanie i z tego względu, że dotychczas leczenie promieniami wywoływało tylko cierpienia nerwów i skóry.

W jednym przypadku leczona była 12-letnia dziewczynka (miała pseudo-białaczkę limfatyczną pochodzenia gruczliczego). Posiedzenia trwały po dziesięć do 20 minut. Aparat znajdował się na odległości 20 centymetrów. Otóż po 15 posiedzeniach zauważono obecność z prawej strony płynu, płyn po pięciu jeszcze posiedzeniach znacznie się zwiększył, wypuszczono za pomocą nakłucia 1 i pół litra płynu zawierającego sporą ilość białka, płyn był mętny, ciemnego koloru — badanie wykazało naturę gruczliczą.

W drugim przypadku leczono 28-letniego mężczyznę, który

miał gruczoły na szyi ponad obojczykiem i pod pachą. Zaraz po 5-tem posiedzeniu zauważono stępienie pod lewym dolnym brzegiem płuc, po 9-tem posiedzeniu przerwano prześwietlanie, zrobiono nakłucie, otrzymano płyn taki, jak w pierwszym przypadku. Po upływie 1½ miesiąca chory wyzdrowiał, powrócono więc do radioterapii, trzeba było jednak przerwać leczenie zaraz po pierwszym posiedzeniu ze względu na groźne objawy ze strony opłucny.

Autor nie przypuszcza, by zapalenie opłucny było zwykłym zbiegiem okoliczności, a to dlatego, że ze strony opłucny u obydwóch chorych nie było z początku żadnych objawów przed stosowaniem radioterapii, chociaż pacyenci chorzy byli już od 2 i 3 lat, powtórę — zapalenie opłucny zjawilo się wtedy, gdy już gruczoły były znacznie zmniejszone, prócz tego w drugim przypadku recydywa wystąpiła wyraźnie natychmiast po rozpoczęciu kuracji po raz drugi, nakoniec u obydwóch chorych znajdowano zapalenie opłucny po jednej i tej samej stronie i to po tej, która była wystawiona na działanie promieni.

(Sem. méd. Nr. 32., 1905).

*M. B.*

310. **Dwusiarczan sodu w tyfusie** dał dobre wyniki Dr. Cannady (Friedlaend używał tej soli jako antisepticum, p. sem. méd. 1899, str. 48.). Autor daje co 3 godziny po 2 gramy dwusiarczanu sodu w roztworze wodnym (2:60). Roztwór powyższy nie wywołuje nudności ani wymiotów. Leczył autor tym sposobem 85 chorych (w ciągu roku). Śmiertelność wynosiła 8%, we wszystkich przypadkach dwusiarczan sodu działał jako środek odkażający przewód pokarmowy, nie było ani razu objawów trujących. U chorych zaznaczyć można było zatrzymanie biegunki, brzuch mniej był wzdęty—środek ten odkażał doskonale jamę ustną.

(Sem. méd. Nr. 30., 1905 r.).

*M. B.*

311. **Naparu skrzypu**, jako środka leczniczego przeciw stomatitis aptosus, używa od 12 lat z doskonałymi wynikami Montmolin z Neuchâtel. Wyleczył on tym sposobem między innymi kobietę, która miała aftę na dolnej wardze ogromnie bolesną, kiedy nie pomagały ani smarowania kokainą, ani inne; po kilku dniach (codziennie płukała naparem, trzymając go dłuższy czas w ustach), ból i afta znikły. U innej chorej, która miała aftami pokryte całe podniebienie i jamę ustną tak, że nie mogła zupełnie połykać pokarmów, przez co znacznie wychudła, napar skrzypu dał doskonałe

wyniki (przykładano tampony, zmaczane w naparze). Wyzdrowienie nastąpiło w przeciągu tygodnia.

(Sem. méd. Nr. 30, 1905 r.).

*M. B.*

312. **Leczenie wyciągiem gruczołu tarczycowego w krzywicę** dało dobre wyniki D-wi Meynier (z Turynu); pisał już o tem 10 lat temu Hertoghé, patrz Sem. méd. 1895 r., str. 471, 1896 roku str. 393 i str. 421 1897 r. Autor stosował powyższe leczenie w 9-ciu przypadkach, przyczem zauważył tylko przejściowy białkomocz lub obecność cukru w moczu (w jednym przypadku). Opo-terapia dawała dobre wyniki tylko w tych przypadkach, w których krzywica połączona była z zatrzymaniem w rozwoju, gruczoł tarczycowy nie działał w przypadkach zwyczajnej krzywicy.

(Sem. méd. Nr. 30, 1905).

*M. B.*

313. **Leczenie róży za pomocą surowicy branej od ozdrowieńców tejże choroby.** (Sem. méd. Nr. 30, 1905).

Od kilku lat robią autorowie próby z surowicami branemi od ozdrowieńców danej choroby, (Weisbecker o surowicy przeciw odrze i szkarlatynie, sem. med. 1896 r., Annexes str. CXXII i 1897 Annexes str. LIV, Von Leyden o surowicy przeciw szkarlatynie p. Sem. méd, 1902 r. str. 108). Obecnie Dr. Formea leczył różę twarzy w 9-ciu przypadkach następującym sposobem: Krew do iniekcji bierze się od osobnika, który tylko co przeszedł różę i był leczony zwykłymi sposobami, raz tylko wzięto krew od osoby leczonej za pomocą seroterapii. Zastrzykiwano od 10—30 cc. na raz—wogóle od 20—68 cc., raz nawet 90 cc., przyczem ostatnia iniekcya wynosiła 50. Po zastrzyknięciu stan ogólny się poprawiał, apetyt powracał i bóle głowy znikaly, także osłabienie i maligna. O ile był białkomocz, szybko znikal, niemniej i wałki.

W 3-ch przypadkach temperatura spadła do normy nazajutrz po zastrzyknięciu, w 2 spadek nastąpił po 2-ch iniekcjach, w jednym przypadku dopiero po 3-ch. U 3-ch pacjentów zastrzykiwania nie miały wielkiego wpływu na ciepłotę. Co się tycze stanu miejscowego, to ten nie bardzo się zmienił.

U żadnego z leczonych surowicą chorych nie znaleziono powikłań, które by można było surowicy przypisać—powtórnego zachorowania też nie było.

*M. B.*

314. **Ksylol w ospie** rzadko bywa używany (p. Sem. méd. 1887 r., str. 68, praca Dr. Oetvös), otóż obecnie Bellin z Pa-

ryża daje po 40—70 kropeł ksyłolu dziennie w winie w lekkich przypadkach, w ciężkich zaś po 120 kropeł; dla dzieci dawka dzienna wynosiła 20 kropli. Ksyłol podaje się tak długo, dopóki zupełnie wysypka nie przyschnie. Na 335 chorych, leczonych powyższą metodą (od 1-go lutego 1904 r. do 1-go marca 1905 r.), tylko 50 umarło, co stanowi 15%, w okresie zaś, w którym metody powyższej nie stosowano, śmiertelność wynosiła 31,30%. Ksyłol wpływa podobno na powstrzymanie ropienia i zmniejszenie blizn; ponieważ ksyłol wydziela się drogą płucną, niszczy on więc i przykry zapach, który wydzielają zazwyczaj chorzy na ospę.

(Sem. méd. Nr. 30, 1905 r.)

*M. B.*

315. **Wieloliczne nakłucia lędźwiowe przeciw meningitis cerebrospinalis epidemica.** (Sem. méd. Nr 13, 1905).

Już 4 lata temu zrobił K o p l i k nakłucie z dobrym wynikiem, również B a b i ń s k i (p. Sem. méd., 1901 r., str. 128 i 1902 r., str. 370.). Obecnie ogłasza L e n h a r t z wyniki 10-letnich badań w 45 przypadkach. Bardzo często następowało wyzdrowienie po jednym nakłuciu, w niektórych przypadkach robił nakłuć kilka, nawet kilkanaście (codzień lub co drugi dzień), dochodząc do wypuszczania razem 400 cc. płynu, to w przypadkach ostrych. W przypadkach o przebiegu więcej powolnym, które kończą się zazwyczaj po 10-u tygodniach śmiercią (na sekcji znajduje się wtedy hydrocephalus acutus), autor też otrzymał znaczne polepszenie dzięki nakłuciu, niekiedy nawet wyzdrowienie.

Ani razu nie notował autor żadnych powikłań, ani wypadków z powodu usuwania płynu, radzi w każdym bądź razie postępować ostrożnie—i nie wypuszczać naraz więcej, jak 30—50 cc. płynu.

*M. B.*

316. **W zniepodobniającem zapaleniu stawów (arthritis deformans)** otrzymał B l a n c doskonale wyniki, stosując surowicę antydifterytyczną. Autor zastrzykiwał 2 chorym, którzy zapadli na błonicę, przy czem zauważył znakomite polepszenie stanu ogólnego, zastosował więc powyższe leczenie w 10 innych przypadkach, otrzymując nader zachęcające wyniki, w każdym bądź razie lepsze, niż przy leczeniu kąpielami.

(Sem. méd., Nr 13., 1905).

*M. B.*

317. **Leczenie szkarlatyny za pomocą zastrzykiwań podskórnych i do wen sublimatu** stosował z dobrymi wynikami A n d r e a (po-

szedł on za przykładem Rucarado p. Sem. méd., 1902, str. 96). Autor leczył 4-ch chorych w jednej rodzinie, wszystkie osoby wyzdrowiały, 2 zaś nie leczone powyższą metodą umarły. Andrea zastrzykiwał od 0,002 do 0,008, stosownie do wieku chorego i wrażliwości jego, a także charakteru objawów, w jednym przypadku zastrzyknął autor nawet 0,01 sublimati corrosivi. Średnia dawka była 0,004 niekiedy powtarzana była inyekcya codziennie przez 3 do 4 dni.

(Sem. méd., Nr. 20, 1905).

M. B.

318. Bartlett. **Nowy sposób wyjaławiania katgut.** (Centralblatt f. Chirurgie, Nr. 16, 1905).

Autor poleca nowy sposób wyjaławiania katgut, który to sposób on przez rok wypróbował i jałowość którego stwierdził ściśłem badaniem bakteryologicznem. Surowy materiał tnie się w nitki, długości 2 stóp. Zwija je się naokoło siebie w pierścienie, wielkości rubla srebrnego. Pierścienie takie nawleka się na nitkę bawełnianą. Suszy się je potem przez godzinę przy  $85^{\circ}$  C., a potem podwyższa się stopniowo temperaturę do  $105^{\circ}$  C. po upływie godziny, kładzie się do płynnej parafiny na tak długo, aby katgut zrobił się przezroczystym, co następuje najdalej po upływie 12 godzin. Dalej wstawia się naczynie z parafiną i katgutem do kąpieli piaskowej i ogrzewa się je do  $160^{\circ}$  C. i utrzymuje się taką ciepłotę przez godzinę. Potem za pomocą wyjałowionego narzędzia wkładamy nitkę z pierścieniami katgutowymi do wyjałowionego naczynia, napełnionego roztworem kryształów jodowych, jedna część na 100 części wysokoku Nitkę bawełnianą wtedy się zanurza i po upływie 24 godzin katgut zdalny jest do użytku. Tak przygotowany katgut odznacza się swoją jałowością, giętkością i trwałością, przyczem własność wysuszenia wcale się nie zmniejszyła.

Wacław Biehler.

319. Kornfeld. **Albargina w leczeniu rzeżączki.** (Therapie der Gegenwart, zeszyt 3, 1905 r.).

Używając albarginy przez czas dłuższy w leczeniu rzeżączki, autor przychodzi do przekonania, że jest to jeden z najlepszych preparatów i to dzięki temu, że można go używać we wszystkich stadiach choroby, że wcale nie wywołuje podrażnień jakichkolwiek bądź i że świetnie odkaża tkanki. Stosuje się albarginę w świeżych przypadkach w roztworze 1 lub 2 na tysiąc; w podostrej rzeżączce autor zastrzykiwał szprycą rano i wieczór roztwór 1 na tysiąc, oprócz tego 3 lub 4 razy tygodniowo robił

przepłukiwania  $\frac{1}{4}$ —1% roztworem za pomocą szprycy i oliwy, zawsze bez użycia kateteru lub irygatora. Dobre wyniki przy Urethritis posterior i przy prostatitis chronica catarrhalis daje połączenie Albarginy z Kalium permanganicum. Instylacje za pomocą kateteru Guyon'a lub Ultzmann'a roztworu Albarginy 0,4—1,2 na 50 wody dają świetne wyniki.

*W. Biehler.*

320. **Pilokarpina jako środek przeciw meningitis cerebrosppinalis epidemica.** (Sem. méd., Nr. 28, 1905).

Pilokarpinę stosował z dobrym wynikiem Vohryzek u chorego, który miał jednocześnie zapalenie płuc—przyczem dawał 0,07 dziennie per os—ciepłota i tętno powróciły do normy — chory był przytomny, skurcze zniknęły. Zważywszy, że pilokarpina dobrze działa w przekrwieniach mózgu i że wywołuje sztuczną leukocytozę, autor zaczął podawać środek ten w zapaleniach mózgu, a także meningitis cerebrosppinalis epidemica i zachęca kolegów do powtórzenia doświadczeń. Ubocznych objawów, widzianych przy podskórnych iniekcjach pilokarpiny, nie daje się zauważyć przy podawaniu jej per os. Autor dochodził do 0,05 — 0,07 dziennie dla dorosłych, 0,02—0,04 dla dzieci do lat 14-tu, przyczem nie widział żadnych zatrważających objawów ze strony dróg oddechowych lub też naczyń krwionośnych lub serca.

*B. M.*

---

## V. ODCINEK.

---

# ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

---

Pośród mnóstwa szpitali, rozrzuconych ongi po ziemiach dawnej Rzeczypospolitej, kikanasćie zaledwie doczekało się opisów historycznych. Brak tej ważnej karty w dziejach dobroczynności

naszej, w dziejach cywilizacji, postanowił zapełnić dr. Męczkowski. Idąc w ślady prof. Girsztowta, nie rachował on wyłącznie na siły własne, dla takiego przedsięwzięcia zaiste niedostateczne, a przeto powołał do współdziałania w swojej pracy kolegów z prowincyi, oraz osoby do zarządów szpitali zbliżone. Należy przypuszczać, że dzięki temu i sama praca rażno się posunie i dokładność jej zyska. Jakoż początki zapowiadają rzecz, która przyniesie zaszczyt autorowi i piśmiennictwu.

Szpitalnictwo nie stanowiło wogóle przedmiotu poszukiwań moich, gromadząc atoli materiały do dziejów sztuki lekarskiej w Polsce, zapisywałem również wiadomości o szpitalach, o ile napotykałem je w źródłach dotąd niedrukowanych, mało komu znanych i niezawsze dostępnych. Ta mianowicie okoliczność wydała się mnie dostateczną pobudką do ogłoszenia drukiem zawartych tutaj przyczynków do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.

Właściwe materiały, czyli wyciągi z rękopisów, pomieściłem w rozdziale III. Znajdują się tam rzeczy większej i mniejszej wagi, wybrane z pośród mnóstwa akt, dotyczących szpitali. Jeżeli przytem którykolwiek szpital nie pozostawił nam dokumentów ogólniejszego znaczenia, poprzestawałem na bliższych nawet świadectwach, ażeby wskazać przynajmniej istnienie danego szpitala. Wybór okazał się nieodzownym, albowiem większość akt szpitalnych dotyczy wyłącznie gospodarki finansowej, a właściwie jednego jej działu, mianowicie pożyczek udzielanych z funduszków szpitalnych różnym osobom. Mamy więc szczegółowe rachunki z odbioru procentów i kapitałów, umowy o ich lokatę, sprawy sądowe o zwrot kapitału lub procentów i t. d., co wogóle dla właściwej historii szpitali nie posiada znaczenia. Co ważniejsze akta przytoczyłem w całości.

Komisya Policji w dniu 4 listopada 1791 r. ustanowiła *Deputacyę gólną do wejrzenia w stan i fundusz wszystkich w kraju szpitali*. Deputacya zaś zebrała przedewszystkiem wiadomości o liczbie szpitali istniejących i naliczyła ich na całym obszarze Rzeczypospolitej 497. Oczywiście byłoby ich więcej, gdyby wszystkie dawne szpitale do tego spisu dotrwały. Niektóre jednak szpitale przestały już przedtem istnieć, nie zostawiwszy po sobie nic, okrom chyba pamięci. Poczytałem tedy za rzecz użyteczną zebrać krótkie bodaj wiadomości o wszystkich wogóle szpitalach, głównie dla wykazania ich liczby i miejsc, gdzie się znajdowały.

W ten sposób powstał rozdział II.

Stosownie do założenia pomijałem w tym rozdziale szczegóły, mając na oku dwa zagadnienia: czy szpital istniał i gdzie istniał?



Nie kusząc się o wyliczenie wszystkich szpitali, przejrzałem źródła, które obiecywały dać najwięcej pod tym względem wskazówek, a więc dzieła następujące: Słownik Geograficzny.

M. Baliński i T. Lipiński: Starożytna Polska.

Głębocki Józef Teodor: Zakłady ku ulżeniu cierpieniom bliźnich. Kraków. 1852.

Łukaszewicz Józef: Krótki opis historyczny kościołów... w dawnej dyecezyi poznańskiej. Poznań. 1858—1863.

Dr. J. Moszyński: Zakłady dobroczynne w Wilnie w czasach przeszłych i dzisiejszych. Praktyczne postrzeżenia niektórych lekarzy. V. Wilno. 1862.

Dzieje dobroczynności krajowej i zagranicznej. Wilno.

Janikowski: Notatki do dziejów szpitalów i zakładów dobroczynnych w dawnej Polsce. Przegląd Lekarski, 1867.

J. Rolle: Zakłady dobroczynne i szpitale w dawnym województwie podolskiem. Przegląd Lekarski, 1867.

Jana Łaskiego Liber beneficiorum, T. I. II.

W rozdziale I wreszcie pomieściłem treściwy zarys szpitalnictwa, osnuty na wiadomościach, zebranych w rozdziałach II i III Kładąc główny nacisk na rozdział III, t. j. na *zapiski*, w innych rozdziałach nie usiłowałem bynajmniej wyczerpać przedmiotu, a jedynie zebrać jak najwięcej danych.

## I. Uwagi ogólne.

W przywileju Jana księcia Mazowieckiego z dn. 10 kwietnia 1425 r. powiedziano, że szpital św. Ducha w Warszawie daje się „ubogim, których podobało się Panu Bogu różnemi natury utrapieniami i kalectwami wieku podeszłego nawiedzić“. Istotnie też szpitale dawniejsze były raczej przytułkami, w których znajdowali schronienie ubodzy, nędzą, wiekiem lub kalectwem dotknięci, dzieci bezdomne, pątnicy i podróżni ubodzy, wreszcie — i to może w najmniejszej liczbie — chorzy.

Liczba szpitali w dawnej Polsce była bardzo znaczna: przy każdym niemal kościele parochjalnym istniał przytułek, w którym ubóstwo znajdowało schronienie i utrzymanie. Większe miasta, oprócz schronisk przy kościołach, posiadały szpitale, a w stolicach, jak Kraków, Warszawa, Poznań, bywało ich nawet po kilka.

Deputacya ogólna do wejrzenia w stan i fundusz wszystkich w kraju szpitalów, ustanowiona w d. 4 listopada 1791 r. przez Ko-

miszę Policyi, zebrała wiadomości o ilości szpitali, liczbie pensyonaarzy, tudzież o funduszach szpitalnych.

Znajdowało się wtedy: Szpitali Pensyonarzy		Kapitałów		Intraty rocznej	
w prowincyi Wiel-					
kopolskiej	90	1600	1103371 zł.	276405 zł.	15 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> gr.
w prowincyi Mało-					
polskiej	213	1862	1675952	138397	29
w W. Ks. Litew-					
skiem	194	2159	840328	16 gr.	51232 14
razem	497	5621	2619651	16	466035 28 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>

Szpitalne zakładano prawdopodobnie zaraz po zbudowaniu kościoła, ale rzadko kiedy możemy znaleźć ścisłą datę ich powstania. Podług Długosza najstarszym szpitalem w Polsce miał być św. Michała w Poznaniu, założony w roku 1170 przez Mieczysława I. Najwięcej wszakże wiadomości posiadamy o szpitalach, ufundowanych dopiero w XVI—XVII w., gdyż zapewne w tym okresie najwięcej też ich powstało.

Założycielami szpitali bywali królowie, zakony, posiadacze wsi, urzędy miejskie, pojedynczy mieszczanie, plebani. Z czasem zapomniano o założycielach, niekiedy nawet bardzo prędko, w Strzelczu np. szpital założył w połowie XVI w. Marcin Orzeł, pleban miejscowy, a już w r. 1610 wizyta Happa nazywa go „niejakim Orzełkiem“; wizyta Kierskiego z r. 1738 zaznacza, że łan roli, główne uposażenie szpitala w Ujściu, pochodzi z daru króla Zygmunta III, chociaż istotnie ofiarodawcą był Piotr Potulicki, wojewoda kaliski. Nie masz więc nic dziwnego, że założycieli wielu szpitali nie możemy dziś wcale wskazać. Z pośród wiadomych zaś na osobną wzmiankę zasługuje Mikołaj Spytek Ligeza, kasztelan sandomierski, starosta biecki i ropczycki, który w zaraniu XVII w. założył w miasteczkach i wsiach swoich posiadłości ziemskich 12 szpitali na 128 osób.

Zarząd dawnych szpitali spoczywał albo w rękach założycieli, o ile nimi były zakony, bractwa, urzędy miejskie, albo też, zwłaszcza po wsiach i miasteczkach, w rękach proboszczów. Bezpośrednio zarządzali większemi szpitalami prowizorowie, małemi — niekiedy jeden z ubogich, z wyboru współtowarzyszów swoich lub przełożonych. W szpitalach św. Ducha di Saxia (*Duchakami* u nas zwanych) był osobny *Praepositus et Magister hospitalis* — zwierzchnik szpitala, a obok niego przełożony nad chorymi: *hospitalarius*, *infirmarius*, *praefectus valetudinarii seu sanitatis*. Szpital św. Ducha w Warszawie pozostawał pod zarządem magistratu Starej

Warszawy, szpital zaś Panny Maryi — magistratu Nowej Warszawy, św. Rocha — siostr Miłosiardzia pod zwierzchnością proboszcza św. Krzyża. Szpitalem św. Ducha Panien Marcinkanek zarządzały zakonnice, kapituła zaś warszawska delegowała co rok dwu kanoników „do odbierania kalkulacyi“.

Uposażenie szpitali składało się zwykle z ziemi, niekiedy z całych folwarków i wsi, a nadto z gotowizny, lokowanej zwykle na nieruchomościach ziemskich lub miejskich. Szpital przy bractwie św. Benona w Warszawie np. miał rolę, ogrody, stodoły, stajnie, chlewy, obory, browar i łaźnię. Stajnie wynajmowano przyjezdnym, za warzenie piwa w browarze i korzystanie z łaźni pobierano opłatę. Szpital kościański prowadził całe gospodarstwo rolne, miał stajnie, obory, stodoły, rolę zaś uprawiał przy pomocy własnej czeladzi i zaprzęgu. Szpital w Nowym-Sączu był właścicielem kilku wsi, w Krzywiniu — posiadał swoje wiatraki i jatki, w Wysokiem Litewskiem — 30000 złp. kapitału.

Niektóre szpitale miały zapewnioną stałą ordynaryę roczną, która też stanowiła właściwe ich uposażenie. Szpital w Tykocinie dostawał co rok 30 korcy zboża, 40 fur drzewa opałowego i 12 złp. gotówką, nadto co dwa lata ubranie dla dwu ubogich; szpital w Żywcu od r. 1608 miewał rocznie: 24 korce żyta, 4 korce grochu, 12 fasek masła, 15 kop sera, 12 antałów piwa, 12 pości słoniny i 48 zł. na sól; szpital w Wiślicy dostawał od zagrodników z przedmieścia daninę w kurach; szpital w Korczynie otrzymywał na swoje potrzeby drzewo z lasów królewskich, w Latowiczu zaś — stałego rolnika do pracy, szpital w Kowalu dostał z zapisu doktora Marcina Boruckiego sukno na odzież dla swoich ubogich i obuwie od szweców miejscowych; szpital ormiański w Kamieńcu Podolskim pobierał daniny od kupców i rzeźników, a nadto po jednym polanie z każdej fury drzewa, przewożonego przez bramę Ruską; szpital w Ratnie ściągał opłatę od handlu gorzałką.

Bywały też ofiary przypadkowe: oto w r. 1595, w Kaliszu, Stanisław Świeżyński za pobicie Wawrzyńca Gąski wynagrodził go w drodze polubownej 7 markami pieniędzy i dwiema beczkami piwa jasnego; Gąska cały ten okup przekazał szpitalowi miejscowemu św. Ducha. (*Akta miejskie kaliskie, ks. 15, Rk. 1595*).

Ofiary takie dostawały się szpitalom głównie dzięki uroczystościom rodzinnym w domach zamożnych mieszczan, a najczęściej przy pogrzebach.

Do dochodów szpitali należało *wkupne*, tj. pieniądze, które składał wchodzący do szpitala bądź dobrowolnie, bądź też stosując

się do przepisu, oraz *spadek*, pozostały po zmarłym w szpitalu. Wkupne w szpitalu Panny Maryi w Warszawie było dwojaki: wynosiło 200 lub 100 złotych. Statuty niektórych szpitali i królewskie przywileje erekcyjne zawierają niekiedy przepis wyraźny, że wszystko, co pozostaje po zmarłym, przechodzi na wyłączną własność szpitala, chociażby znajdowali się prawni spadkobiercy, nawet w prostej linii.

Niektóre szpitale, szczególnie po wsiach, nie miały zgoła żadnego uposażenia, albo też niewystarczające, i wtedy zamieszkali tam ubodzy, utrzymywali się z jałmużny.

Czasu wojen, moru i wogóle klęsk majątki szpitalne ginęły nieraz przez nieład, powszechnie wtedy panujący lub nawet przez złą wolę zarządców:

„Więc cokolwiek szpitalów fundowanych u nas,  
Niemal wszystkich intraty w niwecz poginęły.  
Bo czegóż długo w Polsce, Jedni niewydają  
Czynszów, tak że fundusze giną. Sami często  
Proboszczowie rozbiorą, co ubogim dano“.

Tak mówi Opaliński, a dość przejrzeć księgi miejskie Starej Warszawy, by się przekonać, że satyryk, wbrew swemu zwyczajowi, bynajmniej nie przesadza. Księgi owe zawierają bardzo dużo akt szpitalnych i treścią ich właśnie są głównie sprawy o odzyskanie należności.

(d. c. n.)

## VI. Rola lekarza w instytucjach samorządnych.

### I.

Nadchodzi chwila, kiedy kraj nasz po 40-letniej przerwie otrzyma samorząd miejski i ziemski. Kiedy to nastąpi, oznaczyć niepodobna, prawdopodobnie jednak już w ciągu r. p. oczekiwać należy wprowadzenia u nas, zapowiedzianej w czerwcu r. b., reformy.

Wobec tego czas już dziś zastanowić się nad rolą, jaka przypadnie w nowych instytucjach lekarzom, jako takim i jako jednostkom, stojącym na czele inteligencji krajowej. Lekarze bowiem zainteresowani są dwojako, jako lekarze i higieniści oraz jako przedstawiciele inteligencji, na której barki spadnie znaczna część pracy społecznej w przysłych instytucjach.

Instytucje samorządu miejscowego mają na celu prócz utrzymania dróg, wszelkie urządzenia społeczne, dążące do podnoszenia ogólnej kultury kraju, a więc szkoły, lecznictwo, urządzenia higieniczne, przytulki dla kalek, starców i wogóle dobroczynność publiczną. Sprawy te, pierwszorzędnej wagi, u nas stoją od dziesiątków lat odłogiem z braku kompetencji i inicjatywy odnośnych organów wykonawczych. Dość przytoczyć fakt, że podczas gdy zagranicą miasta konkurują z sobą wysokością długów, włożonych, oczywiście, w urządzenia kulturalne, u nas miasta posiadają i zbierają wciąż nieoprocentowany kapitał zasobowy, zbierany bez celu, ale za to żadne miasto nie posiada w należytych stanie szpitali, przytułków, wodociągów, kąpieli publicznych i t. p., nie mówiąc już o szkołach, o które dotąd kołatano wciąż bezskutecznie. Jednym słowem, instytucje samorządu rozpoczynać muszą pracę prawie na nowo, opracowywać plan działania na długie lata, a ponieważ lwia część tych urządzeń dotyczy zdrowia publicznego, na lekarzy więc przedewszystkiem spadnie praca twórcza i wykonawcza. Nim to nastąpi, należałoby rozejrzeć się w brakach już dziś, zbierać materiały, aby z chwilą otwarcia ziemstw i rad miejskich wystąpić z gotowym materiałem. Podobną pracę co do szpitali już posiadamy, dzięki kol. Męczkowskiemu. Nie będę streszczał jej wniosków, gdyż przy czytaniu nastęrczają się same, a każdy lekarz, który zechce wziąć udział w pracy około dobra kraju, zapoznać się z nią musi.

Memoryał w sprawie pomocy lekarskiej na wsi i w miasteczkach mamy opracowany częścią na zjeździe higienistów w Warszawie, częścią z r. 1898 w drukowanym przezemnie artykule w „Ateneum“. Są to materiały cyfrowo opracowane i niejako gotowe do wprowadzenia po krótkotrwałej nawet dyskusji co do niektórych szczegółów. Natomiast sprawę urządzeń sanitarnych w miastach i wsiach urywkowo tylko znajdujemy w sprawozdaniach zjazdu higienistów z r. 1903 i to odnośnie tylko do niektórych miejscowości, podczas gdy cały kraj objąć muszą. Tu właśnie otwiera się szerokie pole dla działalności lekarzy, pole nader wdzięczne, bo mało wyzyskane. Gdyby każdy z lekarzy zechciał opisać źródłowo braki miast, miasteczek i wsi okolicznych, stworzyłoby się dzieło pierwszorzędnej wagi, które pozwoliłoby przyszłym instytucjom na niezwłoczne ich usunięcie.

Schemat do opisu jest bardzo prosty, podaję go tu w zarysach ogólnych: nazwa miasta, wsi, przestrzeń, ogólna ilość domów, liczba mieszkańców, stan ulic, stan placów, ich ilość i powierzchnia,

czy są plantacje i jakie (przeźródła), czy jest w bliskości rzeka lub źródła, zdatne do zasilania miasta wodą, oświetlenie, szkoły, szpitale, urządzenia społeczne, kasy, straże ogniowe i t. p., ambulatorya, rzeźnie, piekarnie, fabryki i t. p.

Jest to szkielet, który uzupełnić można i należy, a gdyby lekarz przy pomocy chętnych zechciał go wypełnić, dokonałby czynu obywatelskiego, pierwszorzędного znaczenia, z opisu samego bowiem już widoczne byłyby braki, a przyszli ojcowie miast mogliby wysnuć wnioski ku ich usunięciu.

Tu również należy uwzględnić dobroczynność publiczną, a więc zająć się opisem działalności dotychczasowej wszelkich Towarzystw dobroczynnych, przytułków, ochron, straży ogniowych, a, jeśli można, zebrać statystykę starców, kalek i sierot.

Jest to praca przygotowawcza, niezbędna dla dalszego wyteżonego działania społeczeństwa, praca twórcza może być tylko wynikiem dokładnego zapoznania się z krajem, od lat 50 rządzonym na mocy krępujących przepisów administracyjnych.

Na placówkach licznych w głuchych zakątkach kraju częstokroć prócz lekarza niema inteligencji miejscowej, do lekarza więc należy inicjatywa zarówno w sprawach przygotowawczych, jak i twórczych. Lekarz-obywatel musi w danej chwili zrezygnować z chwil wypoczynku, zogniskować koło siebie kółko ludzi dobrej woli i wraz nimi pracę rozpocząć bezzwłocznie.

Wszelkich wyjaśnień, wszelkiego pośrednictwa w otrzymywaniu źródeł chętnie podejmie się nasza redakcja, do której zechcą koledzy zwracać się z zapytaniem. Chodzi nam przedewszystkiem o to, aby reforma zastała kraj przygotowanym do pracy kulturalnej i aby jaknajprędzej można było przystąpić do wprowadzenia w życie tych reform, jakie społeczeństwo uważa za konieczne.

Aby nie rozstrzeliwać się w pracy, lekarz, oczywiście, główną uwagę zwrócić winien na urządzenia sanitarne, na lecznictwo i dobroczynność publiczną i dopiero, jeżeli czasu mu zostanie, może zająć się szkolnictwem, drogami i t. p.

Powtarzamy, czas wielki rozpocząć pracę, a nie wątpimy, że, jak zawsze, lekarze nie opuszczą sposobności do wykazania, iż czują się obywatelami kraju i że wśród jego inteligencji zajmują jedno z miejsc pierwszych.

Pracę lekarza skierować dziś należy nie ku szerokiej arenie pracy politycznej, ale około dobra bezpośrednio obchodzących go obywateli, tu lekarz skupić winien wszelkie siły, czeka bowiem każdego pracy nie mało.

Otwierając na łamach „Kroniki“ tę kwestyę, chętnie widzieć będziemy głosy lekarzy prowincjonalnych jako najlepiej poinformowanych.

*Dr. J. Zawadzki.*

## Kronika bieżąca.

(jz) W Warszawie d. 26 z. m. stwierdzono pierwszy przypadek cholery azyatyckiej u robotnika przy III moście Gosia.

W Łodzi zanotowano do tej pory 6 niewątpliwych przypadków cholery.

(jw) Wśród robotników, zajętych przy budowie 4-go mostu (dróg nadwiślańskich), zaszły dosyć liczne zachorowania na tyfus brzuszny. Robotnicy ci są to rosyjanie, sprowadzeni z wewnętrznych gubernii Cesarstwa, i zamieszkują w barakach, umyślnie dla nich zbudowanych w pobliżu mostu.

(jw) Departament podatków ministerjum finansów zwrócił się do Towarzystw Lekarskich w Cesarstwie z zapytaniem, jaką pensyę pobierają lekarze pozostający na służbie państwowej i jakie mają dochody lekarze zajmujący się wolną praktyką?

Cały szereg Towarzystw Lekarskich odmówił udzielenia w tym względzie jakichkolwiek wiadomości. Tak np. Towarzystwo Lekarzy Chersońskich udzieliło odpowiedzi odmownej, „gdyż nie jest pewne, że wiadomości tego rodzaju będą mieć pożyteczne zastosowanie“.

Towarzystwo Lekarzy Dońskich doszło do wniosku, że zbieranie takich wiadomości „raczej należy do obowiązków policyi, niż lekarzy“, i wskutek tego odrzuciło propozycyę ministerjum finansów, „o czem podaje się do wiadomości odpowiedniego departamentu“.

**Zmarli:** Dr. Thorgny Brandstedt, b. lekarz wojskowy, dnia 19 września r. b. w Warszawie.

Dr. Tadeusz Soczołowski, b. lekarz szpitala św. Trójcy w Piotrkowie, dnia 26 września r. b. w Warszawie, w wieku lat 44.

— Z Krakowa nadeszła telegraficzna wiadomość, zwiastująca zgon słynnego przedstawiciela polskiej nauki lekarskiej, profesora

uniwersytetu tamtejszego i dyrektora kliniki chorób wewnętrznych, dr. Edwarda Korczyńskiego.

Zmarły urodził się w r. 1844 w Dobromilu, w sanockiem, medycynę studyował na wszechnicy jagiellońskiej, gdzie w r. 1868 uzyskał stopień doktora. W r. 1869 został asystentem przy klinice terapeutycznej w Krakowie, w 1881 prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych przy szpitalu św. Łazarza. Zyskawszy szybko rozgłos zarówno pracami naukowymi, jak rozwiniętą szeroko praktyką, został w r. 1874 profesorem patologii i terapii szczegółowej, oraz dyrektorem kliniki lekarskiej.

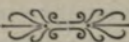
Jako profesor rozwinął szeroką działalność pedagogiczną i naukową. Postawił klinikę na wysokim stopniu udoskonalenia i wykształcił cały zastęp wybitnych lekarzy, z których wielu zajmuje już dzisiaj katedry profesorskie i pracami swymi pomnaża zapas wiedzy lekarskiej.

W r. 1875 założył prof. Korczyński w Krakowie „Towarzystwo wydawnictwa dzieł lekarskich polskich“, które w r. 1890 zmieniło nazwę swoją na „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie“. Nakładem tego wydawnictwa wyszedł szereg dzieł z zakresu medycyny.

W r. 1899/90 był Korczyński rektorem uniwersytetu jagiellońskiego. Jako prezes Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ożywił i rozszerzył znacznie jego program. W r. 1900 z okazji 25-letniego jubileuszu jego katedry ofiarowano mu cenne dzieło zbiorowe, w którym obok wielu prac specjalnych znajduje się także historia kliniki krakowskiej z doby kierowania nią przez prof. Korczyńskiego.

Liczne jego rozprawy naukowe pomieszczone są w czasopismach niemieckich i francuskich, tudzież w krakowskim „Przeglądzie Lekarskim“. Z ważniejszych prac, osobno wydanych, wymienić należy: „Najnowsze prace o pylicy płucowej“, „Nowsze teorie gorączki“, „Zapalenie stawów ze stanowiska etyologicznego z przeważnem uwzględnieniem gościca stawowego i ropnicy“ i t. d. Mnóstwo zresztą prac Korczyńskiego mieści wydawany przez niego oddawna „Zbiór prac klinicznych“.

*Dr. J. Z.*



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 септября 1905 г.