

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

*D. 15 Listopada 1905 r.*

Od lat 26 pierwszy numer wydajemy bez cenzury prowencyjnej. Wprawdzie cenzura dla pism naukowych mniej była uciążliwą, zdarzały się jednak wypadki kreślenia artykułów w sprawach zawodowych i ogólnolekarskich. Niedawno np. skreślono nam sprawozdanie ze zjazdu Pirogow'a, kilka lat temu byliśmy wpisani na czarną księgę za odpowiedź daną „lekarzowi,” który osmieszył się w jednym z pism rosyjskich rzucić na lekarzy polaków podejrzenie, że świadomie szkodzą swym pacjentom. Zabroniono nam wreszcie pisać o jubileuszu Wszechnicy Jagiellońskiej.

Zorzę, która zaświtała nad nami, witamy wraz całą prasą polską. Pozwoli ona więcej poświęcić uwagi i prasie specjalnej sprawom ogólnolekarskim u nas, pozwoli na krytykę urządzeń lekarskich, pozwoli jawnie wypowiadać zdanie, bez osłonek żadnych.

Przez czas od 1 do 15 b. m. pismo nasze z powodu bezrobocia ogólnego wyjść nie mogło, stajemy dziś znowu przed naszymi czytelnikami ufni w ich poparcie, w dobie obecnej tak niezmiernie potrzebne.

Z chwilą zamknięcia uniwersytetu w Warszawie nastąpi przerwa w kształceniu nowych lekarzy w kraju. Jak długo przerwa ta potrwa, dziś przewidzieć trudno. Prawdopodobnie w r. p. powitamy w murach Wszechnicy słowo polskie i wtedy nauka nasza zyska nowy postereunek, zyska źródło żywe, z którego czerpać będziemy wszyscy. Rolę wszechnicy w rozszerzaniu światła od 1868 r. grały pisma naukowe polskie. Przechowały one język naukowy, udoskonaliły go, obznajmiały czytelników ze zdobyczami wiedzy w kraju i zagranicą. Z uczuciem spełnionego obowiązku rzec możemy, żeśmy starali się godnie stać na tej placówce. Jeżeli ważymy, że pisma nasze istniały ofiarnością jednostek, że żadne z nich nie dawało zysków, ale coroczne straty, że wszyscy nieomal współpracownicy niewdzięczną nieraz pracę dawali darmo lub prawie darmo, przyznać musimy, że duch narodu, pozbawionego kulturalnego rozwoju w ciągu lat bez mała 40, nie skarłał, że miał zawsze ofiarnych obywateli, którzy nie żalowali sił moralnych, ani wysiłków pieniężnych.

Ta gwiazda przyświecała całej prasie lekarskiej polskiej, ten promyk wśród ciemności przebijał gęstą zasłonę, jaką na nas rzuciło. To też kraj jest dziś lepiej przygotowany do własnej wszechnicy, niż w r. 1862, posiada wyrobione naukowo siły, które przejawszy się tym duchem, jaki ożywiał zawsze uczonego polskiego, łatwiejszą, niż wówczas, będą miały pracę.

Z tem uczuciem, że stanowiliśmy łącznik między nauką wszechświatową a lekarzami polakami, że starannie uprawialiśmy grunt dla nauki polskiej, stajemy dziś przed czytelnikami.

Siły dziś wszystkie wyteżyć należy w kierunku pomyślności wiedzy naszej: świt błyska, ale nie zablysł jeszcze, konieczną więc jest rzeczą nie ustawać w dalszej pracy.

Czeka nas i inna praca — praca na polu samorządu i doprowadzenia do porządku naszych urzędzeń lekarskich i higienicznych. Sprawę tę omawiałem w jednym z zeszytów Kroniki i nieraz do niej powrócę.

Wreszcie nie możemy zaniedbywać i naszych własnych potrzeb. Mam już gotową ustawę izb lekarskich w Królestwie i niebawem podzielę się nią z czytelnikami. Sprawa to pilna, ale dziś, w nowych warunkach, czekać musi na zatwierdzenie przez sejm. Ogłoszę ją dość wcześnie, aby wszyscy przyjąć mogli udział w dyskusyi, stanowić bowiem powinna zwrot w naszych stosunkach leczniczych.

---

Z PRACOWNI PATOL. OGÓLNEJ UNIWERS. WARSZ.

---

## I. O STOSUNKU TOKSYNY DO ANTYTOKSYNY.

PODAŁ

JERZY BRUNNER.

---

*(Ciąg dalszy).*

Przeciwko tym poglądom powstali Cobbett i Kanthack<sup>1)</sup>, twierdząc, iż Bomstein nie miał do czynienia z zupełnie obojętną mieszaniną; zwierzę może znieść pewien

---

1) Cent. f. Bakter. Bd. XXIV, 1898, Nr. 4/5, S. 129.



drobny nadmiar jadu, jeżeli wszakże ilość wprowadzonej do ustroju mieszaniny zaczynamy zwiększać, to zarazem wzrastać musi odpowiednio i ów nadmiar, który sumując się, tworzy śmiertelną dawkę.

Po długim milczeniu odezwał się Ehrlich w obronie swych dawnych poglądów<sup>1)</sup>. Autor przyznaje, iż kwestya stosunku toksyny do antytoksyny jest bardzo trudną do rozwiązania i przyczynę upatruje w tem, iż większość doświadczeń wykonywana była na zwierzętach i wobec tego fakty mogą być niekiedy rozmaicie tłumaczone; pożądanem byłoby gdyby można było się oprzeć na doświadczeniach *in vitro*.

Autor dla swoich doświadczeń posiłkował się roślinną toksyną—rycyną, która pod wieloma względami przedstawia znaczne podobieństwo do toksyn bakteryjnych. Jak wiadomo (Kobert) rycyna wywołuje we krwi nawet poza ustrojem osobliwe objawy krzepnięcia. Jeżeli odwłóknioną i rozcieńczoną krew mieszać z roztworem rycyny, to krążki czerwone sklejają się w kupki, zlewają się ze sobą i opadają na dno, pozostawiając płyn przezroczysty. Szybkość zjawiska zależy od stężenia roztworu rycyny; jest to objaw czysto chemiczny, niezależny od życia, gdyż występuje nawet we krwi nasyconej rozmaitemi solami.

Doświadczenie tedy prof. Ehrlicha polegało na tem, iż pewien roztwór rycyny został zmieszany z wzrastającymi ilościami antyrycyny, poczem mieszaniny te dodawano do krwi rozcieńczonej w probówkach. W niektórych probówkach czerwone ciała ścinały się, w innych objaw ulegał opóźnieniu, w innych wreszcie nie występował zupełnie. W próbach określenia siły antyrycyny na zwierzętach okazała się zupełna zgodność z wynikami doświadczeń *in vitro*, czyli że ta sama ilość antyrycyny, która zapobiegała krzepnięciu czerwonych ciałek *in vitro*, zubożętniała zarazem trujące *in vivo* działanie rycyny. Opierając się na powyższem, Ehrlich twierdzi, iż

1) Fortschr. der Med., 1897, Bd. 15, Nr. 2.

toksyna i antytoksyna bezpośrednio działają na siebie chemicznie.

Podobnych doświadczeń w próbkach, jako najbardziej odpowiednich dla rozwiązania danej kwestyi, dokonali również liczni inni badacze, przyczem wyniki, stwierdzające zupełnie poglądy Ehrlicha, otrzymali Denys & van de Velde<sup>1)</sup> oraz Bail<sup>2)</sup> z leukocydyną z hodowli gronkowców i antileukocydyną, Morgenroth<sup>3)</sup> z krotyną, Ehrlich<sup>4)</sup> i Madson<sup>5)</sup> z tetanolizyną, Neisser i Wachsberg<sup>6)</sup> ze stafilotoksyną.

Stephens i Myers<sup>7)</sup> przekonali się, iż jad okularnika posiada własność rozpuszczania czerwonych ciałek krwi i że antytoksyna swoista zapobiega temu; zubożnianie jadu *in vitro* przez surowicę jest najzupełniej w zgodzie z siłą zubożniającą *in vivo* (u świnek), że przeto to zubożnianie jest zjawiskiem natury chemicznej, nie zaś komórkowej. Camus i Gley<sup>8)</sup> i niezależnie od nich Kossel<sup>9)</sup> wykonali podobne doświadczenia z surowicą krwi węgorza czyli tak zwaną ichtyotoksyną, posiadającą krwinkobójcze (globulicide) własności i z swoistą surowicą antytoksyczną; okazało się, iż antyichtyotoksyna zubożnia *in vitro* działanie ichtyotoksyny na ciałka krwi królika normalnego.

Bardzo przekonujące są doświadczenia Dungerna<sup>10)</sup> i Morgenrotha<sup>11)</sup> z labfermentem i jego antytoksyną; wza-

1) La cellulul 1896.

2) Archiv für Hygiene 1897.

3) Berl. Klin. Wochenschr. 1898, Nr. 12.

4) Ibid.

5) Zeitsch. f. Hyg. 1899, Bd. 32.

6) Zeitsch. f. Hyg. 1901, Bd. 36.

7) British med. Journ., 5 mars. 1898.

8) Arch. intern. de Pharmakod. Vol. V, Fasc. III/IV 1898.

9) Berl. klin. Woch. 1898, Nr. 12.

10) Münch. med. Woch. e898.

11) Centr. f. Bakter. 1899, Bd. XV, Nr. 17.



jemne działanie ich w próbówce stwierdza w zupełności swoisty wpływ antytoksyny bez żadnego, rzecz prosta, udziału ustroju.

Co się tyczy sposobu łączenia toksyny i antytoksyny, Knorr<sup>1)</sup> na podstawie bardzo zajmujących doświadczeń twierdzi, że toksyna i antytoksyna łączą się dość powoli i przytem o tyle wolniej, im mniej stężonych używamy roztworów; oprócz połączenia obu ciał w określonym stosunku może mieszanina zawierać jeszcze pewną ilość toksyny związanej w postaci podwójnego połączenia. Autor spostrzegał również, że mieszaniny toksyny i antytoksyny w silnem stężeniu mogą być obojętne, t. j. nieszkodliwe dla ustroju zwierzęcego, podczas gdy mieszaniny tych ciał w słabem stężeniu, choć w tym samym stosunku, mogą oddziaływać trująco. Zkądinąd wiadomo, że toksyna zostaje szybciej wchłaniana aniżeli antytoksyna. Otóż przypuścić należy, że w słabych roztworach toksyna może pewien czas swobodnie istnieć obok antytoksyny, nie wchodząc z nią w połączenie, że przeto po zastrzyknięciu takich mieszanin część jedna szybko ulegnie wessaniu i zdąży spowodować zmiany w komórkach, zanim na nie podziała antytoksyna.

Martin i Cherry<sup>2)</sup> dla rozwiązania kwestyi stosunku toksyny do antytoksyny, posiłkowali się bardzo oryginalną metodą. W 1896 roku dowiódł Martin, iż w roztworze zawierającym ciała o wielkiej i o małej drobinie można odzielić jedne od drugich za pomocą przesączania pod dużem ciśnieniem przez błonkę żelatynową, przyczem ciała o dużej drobinie nie przechodzą do przesączu. Wychodząc z hipotezy, iż drobina antytoksyny jest większą od drobininy jadu, autorzy spodziewali się w ten sposób odzielić toksynę od antytoksyny w mieszaninie, w razie gdyby te ciała nie działały na siebie chemicznie. Dla doświadczeń obrano jad żmij i swoistą surowicę; ciała te mieszano w pewnym stosunku

1) Fortsch. de Med. 1897, Bd. XV, Nr. 17.

2) Proc. Roy. Soc. London. Vol. 63, 1898.

i po upływie pewnego czasu przesączano i wstrzykiwano zwierzętom. Okazało się iż po zmieszaniu następuje *in vitro* ścisłe połączenie obu ciał i rozkład jego na pierwotne składniki już się nie udaje.

Doświadczenia ostatnich czasów, dokonane przez Ehrlicha <sup>1)</sup> i jego szkołę, wielostronnie wyjaśniły i rozwinęły daną kwestyę.

Dowiedziane zostało, że, na wzór innych odczynów chemicznych, szybkość odczynu między toksynami i antytoksynami jest w zależności od nasycenia, ciepłoty, rozpuszczalnika i składu solnego połączenia.

W każdym razie powinowactwo (Avidität) antytoksyny w stosunku do toksyny dla różnych jądów bywa rozmaite. Tak, naprz., połączenie tetanotoksyny z antytoksyną tworzy się wolniej, aniżeli toksyny dyfterytycznej lub jadu żmij z odnośną antytoksyną; z biegiem czasu połączenie obu antagonistów staje się coraz mocniejsze.

Co się tyczy stosunków ilościowych, w których wiążą się toksyny z antytoksynami, to Ehrlich starał się ustalić prawo stałych iloczynów, wyrażając w liczbach, że 10 objętości toksyny wiąże 10 objętości antytoksyny, 100 objętości toksyny — 100 obj. antytoksyny i t. d.

W ostatnich czasach jednak prawo Ehrlicha poddawane było nieraz surowej krytyce.

Bordet <sup>2)</sup>, Eisenberg <sup>3)</sup>, Danysz <sup>4)</sup>, Arrhenius i Madsen <sup>5)</sup> twierdzą, że w działaniu wzajemnem toksyn i antytoksyn nie następuje zupełne nasycenie jednej części drobin z pozostawieniem drugiej części nietkniętą, lecz że, na wzór odczynu między kwasami i zasadami, następuje stan

1) Gesammelte Arbeiten zur Immunitätsforschung. Berlin 1904.

2) Annales de l'Institut Pasteur, 1903.

3) Centralblatt für Bakter., 1903.

4) Annales de l'Inst. Pasteur, 1903.

5) Zeitsch. für phys. Chemie 1903 i 1904.



równowagi, w którym prócz nasyconego połączenia obojętnego, znajdują się również wolne drobiny toksyny i antytoksyny.

Nim przejdziemy do rozpatrzenia wyników naszych doświadczeń, wspomnieć jeszcze o dwóch pracach, mających bliską styczność z daną sprawą.

Dönitz<sup>1)</sup> w całym szeregu doświadczeń starał się wykryć, czy można po zatruciu zwierzęcia toksyną osiągnąć wyleczenie za pomocą następczego wprowadzania do krwi różnych dawek antytoksyny, innymi słowy, czy antytoksyna może i kiedy może jeszcze rozszczepić połączenie receptorów tkankowych z toksyną, inaczej mówiąc, wylugować toksynę.

Doświadczenia dowiodły, że o ile to zjawisko występuje stosunkowo łatwo w doświadczeniach z tetanotoksyną i jego antytoksyną, o tyle trudno osiągnąć bywa wynik z jadem błonicznym i jego antytoksyną.

Fakt ten przemawia za tem, że jad tężcowy posiada mniejsze powinowactwo (Avidität) do odnośnego receptora komórkowego, aniżeli błonicy.

Wasserman i Bruck<sup>2)</sup> starają się rozwinąć kwestyę, czy można w żywym ustroju rozszczepić powstałe *in vitro* połączenie toksyny z antytoksyną. Doświadczenia dokonywane były na morskich świnkach z toksyną tężcową i surowicą swoistą i polegały na znanych uprzednio faktach, że toksyna tężcowa wkracza do układu nerwowego centralnego drogą nerwów obwodowych, antytoksyna zaś wysana bywa jedynie przez układ krwionośny lub chłonny. Zagradzając drogę wessania antytoksyny zapomocą adrenaliny, która sprawdza kurczenie się naczyń krwionośnych, można zmienić szybkość wssania się składników obojętnej (zrównoważonej) mieszaniny toksyny i antytoksyny i w ten sposób sprawdzić siłę ich powinowactwa.

1) Archives de pharmacodynamie, 1905.

2) Handbuch der Pathogenen Mikroorg. Bd. IV, S. 477; Centr. für Bakter., 1905.

Autorzy zastrzykiwali obojętną mieszaninę TA. w tylną łapę świnki morskiej, gdzie uprzednio zwięzono naczynie za pomocą adrenaliny, przyczem okazało się, że jeżeli mieszanina sporządzona była na godzinę przed doświadczeniem, to zwierzęta chorowały, t. j. toksyna odłączała się od antytoksyny, po dwugodzinnem zaś działaniu wzajemnem obu ciał rozszczepienie ich *in vitro* nie występowało.

Doświadczenia te przemawiają na korzyść niezbyt silnego powinowactwa obu antagonistów.

W naszych doświadczeniach posilkowaliśmy się metodą, którą dla celów odmiennych stosował Decroly. Autor ten dowiódł, że jeżeli zastrzyknąć królikowi toksynę błoniczą i natychmiast zacząć przemywać układ krwionośny zwierzęcia roztworem fizyologicznym soli i krwią drugiego królika, to bez względu na to zwierzę po kilku dniach ginie wśród objawów zatrucia toksyną, co jest dowodem, że jad natychmiast po zastrzyknięciu został pochłonięty i związany przez komórki ustroju; jeżeli zaś to samo doświadczenie wykonać na króliku, któremu zastrzyknięto antytoksynę przeciwbłoniczą, to okazuje się, że antytoksyna zostaje wypłukana z ustroju, albowiem następcze zastrzyknięcie odpowiedniej dawki toksyny zabija zwierzę we właściwym czasie.

(d. n.).



## II. Etiologia 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*).

Po większej części pleśniawki u dorosłych rozwijają się w następstwie mniej, lub więcej długich, wyniszczających ustrój cierpień, jak np. gruźlicy, moczówki cukrowej (diabetes mellitus), raka (Löri), tyfusu (Tordeus), gastritis alcoholica (Gage).

Ja spostrzegalem to cierpienie przy cierpieniu serca.

Następnie pleśniawki występują też u paralityków (Damaschino), obłąkanych, zwłaszcza «sub finem vitae» w ogóle u bardzo starych osobników (Mettenheimer), wreszcie istnieją spostrzeżenia, gdzie pleśniawki wystąpiły u zupełnie zdrowych ludzi (M. Schmidt, Schech, B. Fraenkel resp. Mlinik, Freudenberg, wreszcie Seifert).

Jako wynik ostrych spraw chorobowych pleśniawki występują już o wiele rzadziej, zwłaszcza u dorosłych.

O możliwości tego rodzaju wspomina Forcheimer. Loeri opisał rzadki przypadek pneumonii krupowej, podczas której 7-go dnia, tj. podczas crisis wystąpiły pleśniawki w jamie ustnej, szybko się rozszerzające na gardziel i krtań.

Analogiczny przypadek był opisany przez Altmann'a.

Ja również miałem sposobność spostrzegać taki przypadek u 8 miesięcznego dziecka.

Bardzo ciekawy przypadek pleśniawek w gardzieli i no-

sie u chorego 17-letniego po influenzy opisał Thorner z Cincinnati.

Rozenberg spostrzegal analogiczny przypadek z wystapieniem pleśniawek po ciężkiej influenzy.

Ja spostrzegalem pleśniawki w następstwie błonicy u dziewczynki 15-letniej.

Cierpienie to również bylo spostrzegane po zapaleniu opon mózgowych, odrze (Reubold, jakoteż w jednym z moich przypadków), oraz szkarlatynie.

Ja spostrzegalem również wystapienie pleśniawek 6-go dnia po ciężkim (kleszczowym) porodzie.

Pleśniawki mogą też występować endemicznie (w szpitalach).

W ogóle istnieje w literaturze około pół setki prac, ogłoszonych w kwestyi pleśniawek w górnym odcinku dróg oddechowych, z których większa część przypada na Francję i Niemcy, następnie zaś idą kolejno: Austria i Ameryka, Włochy, Polska, Holandia i Hiszpania.

Z liczby spostrzeganych przezemnie przypadków pleśniawek w górnym odcinku dróg oddechowych zasługują na uwagę z różnych względów następujące:

*Przypadek 1-szy*<sup>1)</sup>. 15-letnia córka oficjalisty skarży się na zawadę przy łykaniu, mowę nosową, oraz od czasu do czasu zwracanie płynów przez nos. Powyższe objawy trwają mniej więcej od 2 tygodni. Chora przed miesiącem przebyła ciężką błonicę gardzieli, po której pozostało znaczne osłabienie.

Przy badaniu znalazłem co następuje: chora nędznie odżywiana, blada, w wewnętrznych narządach (serce, płuca itp.) zmian niema. Stan bezgorączkowy, tętno drobne, słabe.

Dysphagia—mowa z dość wyraźnym odcieniem nosowym.

W jamie ustnej: na całym miękkim podniebieniu, na łukach i języczku widać mocno zaczerwienioną i obrzmiałą błonę śluzową, na której są porzrucane w dużej ilości tu i owdzie białawe plamki różnej wielkości od łepka szpilki aż do  $\frac{1}{2}$ —1

<sup>1)</sup> Przypadek ten był już ogłoszony w Gazecie lekarskiej.



ctm. w średnicy mające — te ostatnie widocznie ze złania się 2 i więcej plamek pochodzące.

Szczególnie obficie nagromadzone są one na obu migdałkach podniebiennych, na których tworzą poprostu całe błony, na podobieństwo dyfterytycznych. Tylna ścianka gardzieli natomiast zawiera ich mało i to tylko drobniejsze, tu i owdzie porozrzucane.

Badając nos od tyłu zapomocą lusterka, przekonałem się, że i jama nosogardzielowa nie jest wolna od tej sprawy chorobowej.

Zarówno strop gardzieli—mianowicie t. zw. migdalek Luschka'i, jakoteż i boczne ścianki (okolice trąbek Eustachiusza, foveae Rosenmülleri), poczęści są pokryte drobnymi, pojedynczymi plamkami tego samego charakteru, co i w jamie ustnej.

Błona śluzowa, wyściełająca jamę nosogardzielową, przedstawia się dość silnie zaczerwieniona i rozpulchniona.

Tylne końce dolnych i średnich muszel, jakoteż lemieszka również nieco są pokryte białawymi, drobnymi plamkami, natomiast w jamach nosowych od przodu z wyjątkiem umiarkowanego nieżyty rozlanego, tworów podobnych do powyżej opisanych nie udało mi się wykryć.

Wreszcie, badając chorą lusterkiem krtaniowem, spostrzegamy także białawe plamki, a raczej błonki na rozpulchnionym i mocno zaczerwienionym migdałku językowym, nieco mniej na przedniej powierzchni nagłośni, więzach nagłośni-nalewkowych, oraz tylnej ściance i zatokach gruszkowatych (sinus pyriformis).

W obu tych ostatnich miejscach znowu w większej ilości.

Błona śluzowa na powyższych miejscach jest zaczerwieniona i obrzmiała.

Struny, zwłaszcza prawdziwe, natomiast zmian żadnych nie przedstawiają.

Uszy resp., błony bębenkowe zdrowe, słuch dobry.

Gruczoły chłonne szyjowe z obu stron nieco powiększone, lecz nie bolesne.

Łaknienie słabe, stolce prawidłowe. Miesiączkowanie słabe.

Już z samego wyglądu, podejrzewając jakąś sprawę grzybkową, za pomocą wyjałowionej pincety zdjąłem kilka białych plamek, oraz błonek z różnych miejsc jamy ustnej (z migdałków, języczka), jakoteż jamy nosogardzielowej tj. migdałka Luschka'i, wreszcie z migdałka językowego, oraz tylnej ścianki krtani), co dość łatwo—prawie bez krwawienia dało się uskutecznić, przyczem błona śluzowa pod spodem okazała się dość mocno zaczerwieniona, nieco nierówna.

Twory te, poddane badaniu drobnowidzowemu, wszędzie i zawsze wykazywały też same obrazy, mianowicie: liczne komórki nabłonkowe, oraz masy grzybkowe, które przy bliższym rozpatrzeniu składały się z rozgałęzionych, cylindrycznych nitek, złożonych z wydłużonych, obok siebie leżących komórek z ziarenkami, oprócz tego t. zw. owoconośnie (sporangia), oraz pojedyncze spory.

Jednym słowem mieliśmy obrazy typowe dla t. zw. grzybka pleśniowego, inaczej pleśnią białawą (*oidium albicans* s. *lactis* Robin'a) zwanego, a identyfikowanego ostatniemi czasy z *mycoderma vini* (Grawitz), lub *sacharomyces albicans* (Rees).

Z przebiegu cierpienia niewiele mam do zanotowania: chorej zaleciłem do wewnątrz Arszenik pod postacią Sol. Pearsoni z nalewką chinową w stosunku 1:2, do płukania zaś mentol.

Stan ogólny zaczął się poprawiać: łykanie coraz lepsze, wygląd także. Płyny przez nos nie są zwracane. Bóle przy łykaniu powoli też ustąpiły, ilość plamek resp. błon coraz mniejsza, również zaczerwienienie, oraz obrzmienie błony śluzowej jamy ustnej i nosogardzielowej, a także i krtani mniejsze. Po upływie 2 tygodni zaledwie jeszcze ślady tego cierpienia były na migdałkach podniebiennych, oraz językowym—wreszcie i te ustąpiły.

Ostatecznie po 2 miesiącach ani śladu przebytego cier-



pienia: mowa wyraźna, bez odcienia nosowego — stan ogólny dobry.

Następne przypadki podaję tu w skróceniu.

*Przypadek 2-gi.* Chory lat 70—skarży się na ból w gardle; stan ogólny marny (cachexia)—wada serca. Na twardem jakoteż miękkim (łukach i migdałkach) podniebieniu, a także na nasadzie języka (tonsilla lingualis) liczne białe drobne plamki, czyniące wrażenie sprawy gruźliczej. W płucach lekkie zajęcie szczytów. Badanie drobnowidzowe powyższych plamek wykazało typowe obrazy „oidium albicans”; laseczników gruźliczych natomiast nie znaleziono. Zalecono: płukanie bromku sodu z dodatkiem kokainy—poprawa miejscowej sprawy chorobowej.

*Przypadek 3-ci.* Półtoraroczna dziewczynka—przed 6 tygodniami odra, od tego czasu utrudnione oddychanie.

W gardzieli (na bocznych ściankach po za łukami podniebieno-gardzielowymi), oraz w jamie nosogardzielowej (na strzpie—na przerosłym migdałku Luschka'i) rozlane białe błony, przedstawiające pod drobnowidzem typowe obrazy „oidium albicans”.

Zalecono: pulweryzacje (sprey) z kwasu bornego do gardła; menthol (1% w olejku migdałkowym) do wlewania do nosa.—Wyzdrowienie.

*Przypadek 4-ty.* Pięcioletni chłopczyk — w lewym kącie ust, oraz na błonie śluzowej policzka lewego — białe plamy. Pod drobnowidzem—„oidium albicans”.

Płukanie z kali chloricum.—Wyleczenie.

*Przypadek 5-ty.* 25-letnia kobieta—przed 6 dniami ciężki poród kleszczowy; skarży się na ból i trudności w połykaniu.

Cały język, miękkie podniebienie, jęczyczek, łuki, migdałki, podniebienne i językowy, tylna ścianka krtani, wreszcie górna część przetyku pokryte są białymi, zlewającymi się plamami.

Pod drobnowidzem przedstawiają się, jako typowe grzybki pleśniowe, mianowicie gatunek „oidium albicans”.

Zaleciłem płukanie początkowo z bromku sody i kokainy, a następnie z salolu. Wewnętrznie — Vichy. Wyleczenie.

*Przypadek 6-ty.* Dziewczynka 8 miesięcy mająca—zaburzenia żołądkowe—ostre zapalenie płuc. Pleśniawki (badanie drobnowidzowe) w jamie ustnej (język, policzki), jakoteż w nosie i gardzieli,—prawdopodobnie (badanie lusterkiem niemożliwe) i w krtani (utrudniony oddech, chrypka).

Zalecono: pulweryzacye z kwasu borowego—śmierć (sekcya nie była robiona).

Wreszcie ostatni *przypadek 7-my* dotyczył urzędnika 23 letniego, który od 4 miesięcy ma chrypkę i kaszel. Rhinitis hypertrophica, pharyngitis granulosa. Stan ogólny nędzny (lekkie zajęcie wierzchołków płuc). Na strunach głosowych — zwłaszcza prawej—drobne białe plamki (pleśniawki stwierdzone badaniem drobnowidzowem).

Miejscowo były stosowane przyżeganie z argento nitrico (1—5%), wewnątrznie zaś arsenik. Po paru miesiącach zupełne wyleczenie.

*Etyologia.* Pierwotnie od czasów Robin'a—za przyczynę pleśniawek uważano grzybek „oidium albicans s. lactis”, obecnie jednakże jest on znany pod różnorodnemi nazwy: mycoderma vini (Grawitz), sacharomyces albicans (Rees).

Według Plaut'a oidium albicans jest identyczny z monilia candida (rodzina torulaceae). Villermin zalicza go do ascomycetes ze znamionem sporami, nazywając go „endomyces albicans”. W ogóle jednakże stanowisko tego grzybka w systemie nie jest dotąd w zupełności rozstrzygnięte.

Zakażenie pó większej części powstaje z zarażonych przedmiotów (smoczków), rzadziej z powietrza, lub podczas aktu porodowego.

Pott łączy tą sprawę z zarazą racic i pyska u krów (zakażenie za pomocą mleka i masła).

Klempereer wykazał, że po zastrzyknięciu królikowi czystej hodowli do żył występuje ogólna grzybica pleśniowa. To samo stwierdzają: Stoos i Grasset.



Pleśniawki najczęściej *umiejscawiają się* w jamie ustnej, przedewszystkiem zaś na języku (Butlin), mianowicie jego brzegach i wierzchołku, zwykle na brodawkach, często wystających, jako czerwone punkty, jakoteż na podstawie, na t. zw. migdałku językowym (Seifert).

Również często zajętem jest wędzidełko pomiędzy dolną wargą, a żuchwą, następnie wewnętrzna powierzchnia warg, zwłaszcza kąty ust, dziąsła, policzki, wreszcie rzadziej już migdałki podniebienne, jakkolwiek w moich przypadkach stosunkowo dość często były one siedliskiem pleśniawek.

Z jamy ustnej pleśniawki per continuitatem resp. contiguitatem rozszerzają się przedewszystkiem ku dołowi na gardziel i przełyk (Virchow, Wegner, Schmidt, Langerhans, wreszcie Mackenzie, który spotrzągał 3 przypadki pierwotnych pleśniawek przełyku), a nawet i na żołądek (Zalesky), jakoteż krtani, tchawicę i oskrzela (przypadki Schroeter'a, Massei'ego oraz Fasano'a).

Ja również miałem sposobność spostrzeżać tego rodzaju przypadki (pleśniawki w krtani i przełyku).

Już o wiele rzadziej pleśniawki rozszerzają się z jamy ustnej i gardzielowej ku górze, a więc na nosogardziel, zajmując migdałek gardzielowy, jakoteż wyloty trąbek Eustachiusza, oraz foveae Rosenmüllera (przypadki Valentin'a i moje).

Natomiast jamy nosowe rzadko tylko bywają zajęte tą sprawą chorobową (Thorner).

Dawniej był pogląd, że pleśniawki rozwijają się tylko na tych miejscach błony śluzowej, które są pokryte płaskim nabłonkiem (Berg, Reubold, Butlin, Solis Cohen, Jules Simon), przyczem jakoby nabłonek stożkowy, migawkowy nie sprzyjał rozwojowi tego grzybka i że w tych rzadkich przypadkach mamy do czynienia jedynie ze zwykłym (przypadkowym) rozszerzeniem się sprawy chorobowej bez udziału błony śluzowej.

Jednakże przeciwko temu przypuszczeniu przemawia fakt rozszerzania się pleśniawek na błonie śluzowej muszel noso-

wych, jakoteż przegrody w przypadkach wrodzonego rozszczepu (fissura) podniebienia, następnie niewątpliwe przenikanie nittek pleśniowych między zachowany stożkowy nabłonek tchawicy do tkanki łącznej. wreszcie znane w literaturze przypadki (Seltman, Ariza, Thorner, M. Schmidt, oraz mój), w których pleśniawki umiejscowione były w jamach nosowych, jakoteż w krtani, t. j. w miejscach, gdzie błona śluzowa pokryta jest nabłonkiem stożkowym.

*Obraz kliniczny:* Pleśniawki w górnym odcinku dróg oddechowych występują pod postacią drobnych, białych plamek, okrągłych, oraz nieco w pośrodku zagłębionych—początkowo dających się łatwo zdjąć, następnie zaś trudniej. Plamki te w następstwie łączą się w nieregularne błony więcej już brudnego koloru; błona śluzowa pod nimi przedstawia się czerwona i obrzmiała.

Oprócz tych lekkich postaci pleśniawek, trwających zwykle 1—4 dni, zdarzają się i cięższe — mianowicie u wycieńczonych osobników: cała błona śluzowa jamy ustnej jest wtedy pokryta silnie przylegającą błoną, z trudnością tylko dającą się zdjąć, przyczem następuje mniejsze lub większe krwawienie.

Sama błona śluzowa jest wówczas mocno czerwoną i obrzmiała.

Jest to t. zw. ostra postać pleśniawek (angina soorica — francuskich autorów — Teissier i Mounier), która również może przyjąć charakter przewlekły i wtedy błona śluzowa przedstawia się matowa, niebieskawo-gładka, brodawki zanikłe, nabłonek zgrubiały.

*Objawy* pleśniawek w górnym odcinku dróg oddechowych polegają przede wszystkim u ssawców na utrudnionem ssaniu, a co zatem idzie, upośledzeniu odżywiania.

Dzieci są niespokojne, z trudnością łapią powietrze, zwłaszcza w przypadkach zajęcia nosogardzieli, ciągle wysuwają język na zewnątrz, głos słaby; następnie dołącza się wy-



cieńczenie, wymioty, zielony stolec, wskazujące na obecność nieżyty kiszek.

U starszych objawy te są mniej wyrażone; w przypadkach Massei'ego i Fasano'a massy grzybkowe w krtani wywoływały objawy zaduszania.

W ogóle zaś objawów może nawet i nie być, jak to mianowicie zdarzyło się w paru moich przypadkach.

Czasami poprostu bywa pieczenie, palenie, oraz suchość w gardle, jakoteż trudność w polykaniu, zwłaszcza w przypadkach zajęcia przelyku (Kronenberg).

*Rozpoznanie* pleśniawek w górnym odcinku dróg oddechowych nie jest w ogóle trudne (z wyjątkiem pierwotnego zajęcia przelyku), tem więcej, że drobnowidz usuwa tu wszelkie wątpliwości: oidium albicans znamionuje się mianowicie obecnością szerokich nitek o podwójnych konturach i poprzecznych przedziałkach (grzybnica—mycelium), zakończonych maczugowato (owoconośnie—sporangia) i prócz tego pod drobnowidzem widać też okrągłe zarodniki, rozpad drobnoziarnisty (detritus), wreszcie komórki nabłonkowe.

Na przecięciach widać niekiedy przenikanie nitek głębiej do tkanki podśluzowej, która w tych razach przedstawia objawy zapalenia reakcyjnego.

Przy różniczkowem rozpoznaniu należy mieć na uwadze: cząstki pokarmowe, zwłaszcza mleko, które jednak łatwo usunąć się dają; następnie afty, występujące, jak wiadomo, u starszych dzieci, przytem mające zwykle czerwoną otoczkę (area); prócz tego nie są one tak okrągłe i regularne; dalej herpes, oraz błonica wykazują niekiedy wielkie podobieństwo (Schaldewaldt), różniące się jednakże brakiem gorączki (z wyjątkiem przypadków t. zw. angina soorica francuskich autorów), oraz mniej wyrażonem obrzmieniem błony śluzowej, mniej zbitymi błonami, wreszcie samem umiejscowieniem licznych białych plamek w różnych miejscach błony śluzowej.

Od „plaques muqueuses” pleśniawki różnią się przede-

wszystkiem brakiem innych objawów syfilitycznych (zajęcie skóry i gruczołów chłonnych).

(d. n).

---

### III. ODCINEK.

---

## ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

---

(*Ciąg dalszy*).

W wydrukowanej 1728 roku ustawie dla szpitali pod opieką zakonników św. Jana Bożego (Bonifratrów) w rozdziale XXXV czytamy: „*Porządek w pokarmowaniu chorych*. Czasu pokarmu tak przed południe, jako i wieczór mają dzwonić, a kucharz jeść wyda, a tymczasem bracia posługacze dadzą na ręce wody chorym, przykazawszy aby mówili pacierz za dobrodzieje, a bracia, którzy będą w domu, pójdą do kuchni brać jeść i przyniosą do niemocnicy; co gdy się stanie, kapłan niech błogosławi jadło, a infirmarz wstawszy, niech je dzieli dając każdemu to, co rozkazał lekarz: brat jeden na toznaczony niech czyta w księdze, w której napisano to, co ma być dano choremu i niech ma infirmarz staranie o tych, którzy jeść nie mogą o swej mocy, aby im posłał brata, któryby im służył, karmiąc, pojąc i w innych wszelkiego chorego potrzebach (pomagając). Wydawszy potrawy starszy brat ma nawiedzić chorego, jednego po drugim, pytając ich, jeżeli im wszystko wydano, co lekarz rozkazał. Skończywszy pokarm podziękują P. Bogu głośno, aby wszyscy w niemocnicy chorzy słyszeli, przykazując im, aby zmówili pacierz za dobrodzieje. Potem niech bracia zamiotą niemocnicę, a łóżka mają być od nich słane rano i wieczór.“

Aczkolwiek dawne szpitale były właściwie przytułkami dla



ubogich, nędzarzów, starców, kalek, nie należy atoli mniemać, że działalność ich na tem się kończyła. Przeciwnie, już od najdawniejszych czasów udawali się do szpitali wogóle chorzy i doznawali tam ulgi i pomocy w cierpieniach. Stosownie do tego przeznaczenia miewały niekiedy szpitale osobne urządzenia, a w aktach erekcyjnych umieszczano odpowiednie zastrzeżenia. Szpitale pod zarządem braci św. Ducha miały przyjmować „pauperes, infirmos, orphanos, *pregnantes mulieres* et iacentes in plateis.“ Kanonik Ambroży Rudzki, zakładając szpital w Bolewowie, wymienia, iż ma służyć „pro alendis et *curandis pauperibus*.“ W opisach urządzenia wewnętrznego szpitali często spotykamy wzmianki o izbach, przeznaczonych wyłącznie dla chorych: w r. 1605 dr. Jan Zemelius sprawił własnym kosztem poduszki, prześcieradła, kołdry, pierzyny i t. p. na 13 łóżek „in stuba infirmorum alias w niemocniczy“ przy szpitalu św. Trójcy w Kaliszu; szpital w Borku ma w r. 1684 „izbę dla chorych“, szpital w Dolsku posiada w r. 1610 „infirmeryą dosyć obszerną“, szpital w Krobi ma dwie izby: jedną dla ubogich, drugą dla chorych i kalek; w szpitalu św. Ducha Panien Marcinkanek w Warszawie w pierwszej połowie XVIII w. leczyło się stale po stu z górą chorych.

Co większa, istniały nawet szpitale specjalne, dla chorób poszczególnych.

Znana już oddawna zaraźliwość trądu zmuszała do zakładania dla dotkniętych tą straszną chorobą osobnych przytułków. Nawet w Polsce, gdzie trąd nie występował nigdy epidemicznie, istniało kilka szpitali dla trędowatych. W Elblągu już w r. 1292 był szpital dla trędowatych pod wezwaniem Bożego Ciała; w Poznaniu—1404 roku poza murami miasta; w Kościanie zakład „infirmorum et leprosorium“ przy kościele św. Krzyża w r. 1425; szpital św. Leonarda w Krakowie służył pierwotnie dla trędowatych, jak również szpital św. Walentego na Kleparzu dla kobiet, trądem dotkniętych; wspomina o tem dokument z r. 1425. (*Codex diplomatic. Univers. Pars I, pg. 148; Pars II, pg. 69*).

Zaraza morowa, która trapiła Europę w XIV, XV i XVI wiekach, zniewalała podobnie do zakładania oddzielnych szpitali celem odosobnienia chorych. Były też to przeważnie baraki („szopy“), czasowo urządzone, w miarę potrzeby, lubo nie zbywało i na stałych szpitalach, umyślnie przygotowanych, jak tego dowodzi szpital św. Szymona i Judy w Krakowie (*Zapiska 51*).

Szpital dla syfilityków istniał w Poznaniu już w połowie XVI w.; w Warszawie chorzy dotknięci przymiotem znajdowali przytu-

łek u św. Łazarza, byli też przyjmowani do szpitala św. Ducha; Kraków buduje specjalny dla nich szpital w roku 1528 (*Zapiska 51*), a w r. 1578 dostaje zapis „pro victu pauperum ex Gallico morbo infirmorum in hosp. Sti Sebastiani.“ (*Zapiska 59*).

Pieczy nad obłąkanymi poświęcali się, jak wiadomo, zakonnicy Jana Bożego (*Boni Fratelli*). W Wilnie 1635 r. zakłada dla bonifratrów szpital Abraham Wojna, biskup wileński, w Warszawie 1650 r. Bogusław Leszczyński osadza ich na Lesznie, około tegoż czasu sprowadza ich do Łucka Baltazar Tyszka, kanonik łucki.

Kobiety ciężarne znajdują przytułek w szpitalach braci św. Ducha z mocy zasadniczego przepisu, który nakazuje braciom przyjmować do siebie „pauperes, infirmos, orphanos, *pregnantes mulieres* et iacentes in plateis.“

W Gdańsku już w w. XVI istnieje „*xenodochium Pokenhaus dictum*“, w Warszawie, w drugiej połowie XVIII w., dr. August Otto de Ott wymurował własnym kosztem kamienicę poza miastem dla zarażonych ospą.

Były również szpitale dla różnej kategorii osób.

Dla księży wiekiem i ubóstwem przyciśnionych zakłada przytułek w Poznaniu Jan Lubrański r. 1518, arcybiskup Jan Łaski w Uniejowie 1522 r., a synod 1720 r. w Górze Kalwarji, przy kościele św. Krzyża, dla księży z archidyaconatu warszawskiego.

Dla starych żołnierzy Stefan Batory założył szpital w Warszawie, a Jan III we Lwowie. Był też dom inwalidów w Uniejowie około r. 1526, albowiem dokument z tego czasu mówi o nim jako o nowozałożonym: „*hospitale sacerdotorum et militare noviter fundatum*.“ Fundują i uposażają przytulki dla zasłużonych weteranów: marszałek litewski Krzysztof Wiesiołowski w połowie XVII w w Tykocinie, a Michał Stanisławski, wojewoda Kijowski, w Kamieńcu Podolskim. W Zagórzcu, w pow. Sanockim, powstaje schronisko dla inwalidów pochodzenia szlacheckiego, w Trechtymirowie dla kozaków.

Górnicy, „którzy pracując w kopalniach, przez nieszczęśliwe przypadki postradali ręce i nogi, straciwszy zaś zdrowie, nie mogli się jać ponownie pracy, ani też nie mieli gdzie skołatanej głowy przytulić“, mieli szpitale w Wieliczce i Bochni od r. 1363; król Zygmunt August 1553 r. wyznacza 20 marek rocznie doktorowi Anzelmowi Ephorinusowi z obowiązkiem udzielania pomocy lekarskiej chorym górnikom w Wieliczce, w roku zaś 1644 Władysław IV nakazał odbudować tam łaźnię, osadził przy niej chirurga, oraz za-



łożył „kuchnię publiczną, w której górnicy chorzy lub nie mający własnych ognisk domowych mieliby łatwość nabycia sobie pożywienia.“ W Olkuszu górnicy sami zobowiązali się do składek, o czym świadczy postanowienie ich z r. 1671 (*vid.* Olkusz — w spisie).

Większość przytułków służyła dla ubogich płci obojej, bywały atoli wyłącznie dla kobiet przeznaczone, np. szpital św. Walentego na Kleparzu dla kobiet z Kleparza, szpital dla ubogich wdów przy klasztorze pp. Dominikanek w Krakowie, „Hospitale St. Crucis pro vetulis“ w Warszawie, w Gidlach dla panien i wdów z rodu szlacheckiego.

Niemowleta, dzieci, podrzutki, sieroty bezdomne posiadały oddzielne przytułki. Zadaniem ich było wychowanie młodszych a kształcenie starszych dzieci. W Grudziądzu dom dla opuszczonych i zaniedbanych dzieci istniał od r. 1382; dom sierot w Tarnowie, fundacyi biskupa Zbigniewa Oleśnickiego, powstał w r. 1448, w Drohobyczu szpital dla dzieci fundacyi Zygmunta I w r. 1540, domy wychowawcze w Warszawie, Gdańsku, Białej Radziwiłłowskiej i in.

Bractwo św. Benona, które powstało w Warszawie w pierwszej połowie XVII w., założyło „dom publiczny dla wykształcenia i wyżywienia sierot pozbawionych ojca, niemniej dla przyjmowania i leczenia chorych podróżnych.“ W przywileju Władysława IV z r. 1636 dla tego domu sierot czytamy: „Wychowañcy z nieznaných rodziców lub nieprawego łoża, już tem samem, że w domie tym wykształcili się i wyuczylili, uważani będą za prawych i od nas ogłaszani za zdolnych do wszelkich rzemiośł i urzędów miejskich gminowi w tej Rplitej dozwołonych.“ Krzysztof Szembek, biskup poznański, pobudowawszy 1720 r. nowy szpital dla bractwa, tak określił obowiązki przełożonych jego względem sierot: „Tych powinność będzie, lub sami przez siebie lub przez braci młodszych po Warszawie i przedmieściach zbierać sieroty chłopców tułających się i do tego domu oddawać tak wiele, ile ich ten dom wyżywić będzie mógł... ażeby się nauczyli katechizmu i czytać i pisać, przysięgając też rzemiośł jakich, konserwując na to magistrów.“

Sieroty z domu podrzutków w Gdańsku, podług przywileju z r. 1552, powinny były być „względnie do swego uzdolnienia i rozwoju umysłowego kształcone w nauce lub rzemiośle“ i w tym celu oddawane do nauczycieli lub majstrów, którzy pod karą dwustu złotych obowiązani byli przyjmować sieroty i uczyć. Dzieci w szpitalu warszawskim Dzieciątka Jezus należało ćwiczyć: „inprimis in Doctrina Christiana, Cathesi, ac bonis moribus, deinde in literis, Scrip-

tura ac in Arithmetica educabuntur et si possibile erit in linguis latina et germanica instruentur.“

Sieroty z domów podrzutek korzystały z przywilejów dzieci prawego łoża i były dopuszczone „do obejmowania urzędów i osiągnięcia zaszczytów w służbie duchownej lub świeckiej.“ (Zapiska 21, oraz Metr. Reg. Lb. 231, fl. 300 – przywileje Zygmunta Augusta i Augusta III).

Podrzucanie dzieci było tolerowane, byleby niemowlęta składowano w miejscu bezpiecznym i ku temu wskazanem. Według przywileju Zygmunta Augusta z r. 1552 dla szpitala sierot w Gdańsku (*Xenodochium Orphanorum*) „każdy przyłapany na podrzuceniu dziecka w innym miejscu, nie zaś w tym szpitalu, ma uleść karze cielesnej lub innej publicznej, ten zaś, kto winien będzie śmierci dziecka podrzuconego i przez psy i świnie pogryzionego, ma głowę dać.“ O kole do składania niemowląt-podrzutek podawano w Warszawie ogłoszenia do pism publicznych; czytamy np. w *Gazecie Warszawskiej* z dn. 13 stycznia 1776 r.: „Dla zabezpieczenia publicznemu zgorszeniu i dwoiakiej niewiniątek śmierci, gdy pod progi, dREWSTOSY i inne ludziom niewiadome miejsca, dzieci złego łoża kładzione, od zimna i głodu umierać muszą, donosi się Publico, iż przy furcie Szpitala Generalnego Warszawskiego pod tytułem Dzieciątka Jezus iest umyślnie zrobione koło, czyli szafeczka od ulicy dzień i noc otworem stojąca, tym końcem, aby tam dzieci złego łoża kładzione z ulicy, a obrócone tymże kołem do Szpitala bez żadnej trudności dostawać się mogły.“

Szpitaly były również domami gościnnymi. Szpital św. Michała w Poznaniu z końca XII wieku miał służyć głównie za przytułek dla podróżnych; także przeznaczenie nadano w Elblągu szpitalowi św. Ducha, założonemu 1242 r., w Warszawie utrzymywało „dom publiczny dla przyjmowania i leczenia chorych podróżnych“ bractwo św. Benona, w Poznaniu jednym z zadań bractwa św. Trójcy była opieka nad wędrowcami. Anna z Chodkiewiczów ks. Joachimowa Korecka, nabywszy 1608 r. dobra w powiecie berdyczowskim, zbudowała w miasteczku Białółowce dom dla podróżnych, w którym „czerncy doglądać mają, aby ubodzy i przychodzący z niewoli tatarskiej pożywienie słuszne mogli mieć.“ (Słowa jej testamentu z r. 1626).

Wyodrębniają się niekiedy szpitale wyłącznym przeznaczeniem swoim dla jakiegoś stanu. Obok np. szpitala św. Jadwigi w Krakowie dla szlachty widzimy szpitale dla włościan: w Wysokiem Li-



tewskiem fundacyi Aleksandra Michała Sapielhy, w Ostrogu — ks. Konstantego Ostrogskiego.

Rzemieślnicy starali się podobnie zapewnić sobie uprzywilejowane miejsca w szpitalach. Cech sukienników w Kazimierzu pod Krakowem złożył 1545 r. szpitalowi św. Leonarda 5 marek z zastrzeżeniem, by zarząd miał tam zawsze gotową izbę i łóżko dla chorego towarzysza: „cameram et lectum in ea construere, in qua camera socius artis pannificie, si egrotus fuerit, et dominus Deus infirmitate eum praeoccupauerit, iacere poterit... Ita quod, si aliquis socius apud aliquem magistrum artis pannificie ciuitatis nostre egrotare ceperit, ad hospitale sancti Leonardi si voluerit, debet dari et per prouisores eiusdem hospitalis debet suscipi.“ (Akta histor. do objaśnienia rzeczy polskich służące, T. VIII. str. 521, Nr. 443).

Znane są oddzielne szpitale dla ormian i żydów, zakładane przez nich dla współwyznawców. Zpśród licznych stowarzyszeń żydowskich o charakterze dobroczynnym bractwo Bykur Cholim (bractwo szpitalne) zajmowało się specjalnie odwiedzeniem i wspieraniem chorych po domach prywatnych oraz zakładało przytulki dla potrzebujących opieki i bezdomnych.

Obok szpitali istniały towarzystwa i zakłady, udzielające pomocy w potrzebie, w nędzy, niedoli i chorobie. Rzecz ta przekracza atoli zakres niniejszego szkicu, poprzestaniemy tedy na podaniu tylko kilku przykładów. W Krakowie ks. Piotr Skarga zakłada 1584 r. Bractwo Miłosierdzia; za przewodem jego powstają także bractwa w Wilnie i w Warszawie; Bractwo ubogich pod wezwaniem Wniebowzięcia NMPanny zawiązało się w Pniewach na początku XVII w., w Radomiu w r. 1523 przy kościele św. Wacława, w Mohylowie za przywilejem Zygmunta III w r. 1602; w roku 1787 powstał w Krakowie związek filantropów ku uczczeniu pamiątki pobytu Stanisława Augusta.—Przy bractwach miłosierdzia lub też samodzielnie czynne były tak zw. „banki pobożne (*montes pietatis*), t. j. lombardy, które udzielały pożyczek na mały procent lub zgoła bez procentu, głównie ubogim rzemieślnikom. Zasobniejszych instytucyj tego rodzaju znamy kilka: w Krakowie i Warszawie przez ks. Skargę założone, we Lwowie przez Pawła i Marcina Kampianów, ojca i syna, na przełomie XVI i XVII w., w Zamościu lombard z kapitałem 10,000 złp., ofiarowanych przez Jana Zamoyskiego, w Pułtusku — fundacyi Hilarego Szembeka, biskupa płockiego, w Olyce — Olbraclita Stanisława Radziwiłła, kanclerza litewskiego i in.—Godne są wzmianki liczne fundacye i przytulki dla ubogich uczniów: powszechnie znane buszy krakowskie, zapisy na uczniów

w kolegjach jezuickich, potem pijarskich, „konwikty“ wileńskie z zapisów Korsaków, Cywińskiego i in. Szpital św. Gertrudy w Poznaniu fundacyi z r. 1456 dla uczniów szkoły miejskiej, fundacya Korsaka z r. 1639 w Głębokiem, mieszcanki jaworowskiej Małgorzaty Hryckównej z r. 1636 w Jaworowie dla dziewcząt sierot, Leszczyńskich w Lesznie, Szaniawskich i Izdebskich w Łukowie, Dorengowskich w Chojnicach z r. 1620, w Trzemesznie opata Kosmowskiego z XIV w., Radziwiłłów w Białej, Anny Chodkiewiczowej, żony hetmana Jana Karola, z r. 1640 na 20 uczniów z ubogiej szlachty w kolegjum ostrogskiem i wiele innych.

Przy Bractwie Miłosierdzia w Krakowie istniała tak zwana „skrzynka św. Mikołaja“ dla ubogich panien, uczciwie wychowanych, „które z ubóstwa podlegają niebezpieczeństwu utraty cnoty“; ks. Ambroży Beynart, kanonik wileński, w początkach XVII w., a ks. Wojciech Żabiński, officyał wileński, w połowie tegoż wieku zostawili fundusze na posagi dla ubogich panien w Wilnie; wdowa po Stanisławie Salomonie, rajcy krakowskim, w r. 1549 zrobiła zapis na posagi dla ubogich sług-dziewcząt.—Burmistrz warszawski Borumbach (Borbach, Burbach) przeznaczą 1544 r. fundusz na ubranie i obuwie dla trzeźwych i pracowitych rzemieślników, obarczonych liczną rodziną; dr. Piotr z Poznania w XVI w. sporządza legat na pomoc lekarską i leki dla ubogich chorych krakowskich; w r. 1633 powstają w Gdańsku warsztaty do nauki rzemiosł ubogich włóczędzów.

(d. c. n.)

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Choroby wewnętrzne i dzieci.

339. De Bovis. **Krwawiączka u kobiet.** „De l'hémophylie chez la femme”. Sem. méd. Nr. 36, 1905.

Na wstępie zaznacza autor, że krwawiączka nie jest tak rzadką u kobiet, że do chorób czyli stanów krwawiących zalicza też wszystkie te, w których chory krwawi bez widocznej przyczyny tylko dlatego, że jest do tego skłonny (z wy-



jątkiem krwawiączki w chorobie nerek, serca, w leukemii, malarii, histeryi, chorobie Werlhofa, skorbucie itp.)

Przypadłość ta, jak twierdzi historia, znaną jest oddawna — wspominają o niej w Talmudzie nawet; po za tem znane są prace Nasser'a (1820), Schuman'a, Harder'a, Kolster'a, Kehrera i w. innych. Ze statystyk okazuje się, że więcej podlega krwawiączce mężczyzn. Znana rodzina Tenn'a, badana przez Hossla (przez trzy wieki), złożona z 400 członków, na 26 hemofilików liczyła tylko 2 kobiety. Kolster na 359 hemofilików z 50 rodzin znalazł 1 kobietę na 6 mężczyzn, czyli 13,7%. Niektórzy autorowie, jak Grandidier i Dunn znajdują tylko 6,6% do 8%. Według Rittershaina, krwawiączka u noworodków równa jest prawie, tak u chłopców, jak i u dziewczynek: na 106 chłopców — 100 dziewczynek.

Co się tyczy wpływu rasy, to germańska i anglo-saska są częściej nawiedzane przez tę chorobę niż lacińska — napotyka się ją też u murzynów i dosyć często u żydów. Jest to skłonność dziedziczna, często jednak przeskakuje całe generacje, łatwiej przechodzi do następnych przez córki do linii męskiej, zdarza się jednak i to, że dziedziczność trzeba wykluczyć.

Wiek nie robi różnicy, najczęściej jednak objawia się choroba w 20-ym roku, często też w okresie rozwoju.

Często hemofilicy pochodzą z rodziny nerwowych. Niektórzy chorzy mają t. zw. habitus haemophilicus, są bladzi — nawet przed objawami krwawiączki — inni znów mają wygląd zupełnie zdrowy. Chore, dotknięte krwawiączką, mają zazwyczaj dużo dzieci: od 8 — 9. Hansen znalazł np. 100 dzieć. na 22 rodziny — uważa on tę cyfrę za niską, autor jednak robi uwagę, iż chodziło tam o rodziny duńskie.

Jednym z objawów krwawiączki jest krwawienie z nosa, to jednak zjawia się rzadziej u kobiet. Następnie t. zw. purpura — często zwyczajny ucisk wywołuje już siniaki. Osoby cierpiące na krwawiączkę mają duży upływ krwi po najlżejszem zakłuciu, skaleczeniu, przyłożeniu pijawek, wezykatoryi itp. (Jeżeli krwawienie ma miejsce, gdy naskórek jest niepokrzywiony, to należy przypuszczać histeryę, chociaż i tu może jednocześnie istnieć i krwawiączka — przypadki Cohen'a).

Prócz krwotoków z nosa i skóry istnieją jeszcze krwotoki z dziąseł, żołądka, kiszek — (np. po wyrwaniu zęba, hemo-

roidalne itp.). Zauważono też hematuryę jako objaw krwawiaczki (Kolster, Schuman i in), chorzy tacy mało oddają moczu: 250—500 gr. na dobę.

Chociaż niekiedy występuje polepszenie (w lekkich przypadkach nawet wyzdrowienie), jednak często kończy się ta choroba śmiercią, wskutek anemii (autor ma takich przypadków 11). Nawet po wyzdrowieniu jest to choroba, która zawsze powraca. Rzadziej umierają na krwawiaczkę kobiety niż mężczyźni.

Z powikłań najważniejszymi są wylewy krwawe do stawów. Rokowanie złe.

Co się tycze miesiączki, to, sądząc z danych różnych autorów, De Bovis dochodzi do wniosku, że te córki z rodziny hemofilików, które same na krwawiaczkę nie cierpią, mają miesiączkę b. obfitą i b. bardzo wczesnie się rozwijają; co się tycze tych, które same na krwawiaczkę chorują, to u tych miesiączka jest też b. obfita. Wogóle rozwijają się nie nadzbyt wczesnie. O okresie klimacterium danych jest bardzo mało; 3-ch chorych Nassa wpływ krwi był tak wielkim, że 2 zmarło, a jedna z trudem została uratowana.

Często u kobiet takich pojawiają się krwotoki z macicy po za okresem miesiączki.

Co się tycze ciąży, to te, które pochodzą z rodziny hemofilików — same zaś są zdrowe, rodzą normalnie — te zaś, które same dotknięte są krwawiaczką, mają albo częste poronienia, albo też, jeśli ciąża przebiega normalnie (czasem tylko krwotok nosowy), mają krwotoki post partum, zaraz po urodzeniu dziecka częściej, w kilkanaście zaś dni potem rzadziej.

Niekiedy krwotoki takie kończą się śmiercią i wogóle powiedzieć można, że okres ciąży jest bezpiecznym — niebezpiecznym jest okres post partum. Krwawiaczka może się jednak pojawić nie tylko jako dyateza, lecz jako objaw przypadkowy miejscowy — zaliczyć tu można przypadki silnych miesiączek i krwotoków w okresie klimakterycznym, a także post partum u takich osób, u których nie było przodków hemofilików, lub u których nie można było krwotoków macicznych położyć na karb zapalenia lub sklerozy macicy. Do takich miejscowych krwawień należą też krwawienia z nerek, łącznic, lub z gruczoła sutkowego. Ścisłe zebrana amanneza w przypadkach, na które powołuje się autor, wykazała tylko



częste krwawienie z nosa u niektórych członków rodziny. Co do krwotoków post partum, to skłonniemi są te osoby, u których miesiączka trwa zwykle długo i jest bardzo obfita. Wogóle autor jest zdania, że krwawiczka nie jest tak rzadką wogóle i że rozwija się ona również często u kobiet, u tych ostatnich jednak choroba pojawia się podczas aktów fizyologicznych, skłonnych już do wywoływania krwotoków, jak np. miesiączka, poród, climacterium.

Co się tycze leczenia, to u kobiet prócz miejscowego nie różni się niczem od leczenia u mężczyzn. W każdym razie należy zabraniać tak mężczyznom, jak i kobietom, wstępowania w związki małżeńskie. Niektórzy autorowie (Krauze, Heyman, Carnot) stosują z powodzeniem zastrzykiwanie surowicy żelatynowej, u bardzo wielkich hemofilików nie radzi ich robić Sahli z obawy przed krwotokami podskórnymi, prowadzącymi do zgorzeli.

Wogóle należy pamiętać, że wszyscy hemofilicy-to neuropaci i że dany środek może stosownie do chwili pomódz lub nie. Czy leczenie kobiet dotkniętych hemofilią w czasie ciąży — chroni dzieci od tej choroby, — dokładnie nie wiadomo, w jednym przypadku Meuve nie otrzymał zbyt zachęcających rezultatów w innym (Brock) przeciwnie — wyniki były doskonałe (dawano strychninę, żelazo — calcium chlorat.). W ostatnich czasach dawano adrenalinę, ta jednak w krwawicze, gdzie krwotoki zależą od stanu krwi, nie wiele dała. Sahli w krwotokach szyjki macicy używa szczypców Museux, któremi ściąga na dół i ścisła macicę. Pozostaje jeszcze jeden sposób usunięcia organu, który krwawi. Otóż chore lepiej znoszą operacye, niż by się zdawało — gorzej znoszą uszkodzenia nałych naczyń. Wielu autorów operowało polipy w nosie, robiło hysterektomie itp., przyczem chore doskonale się czuły — chociaż czasem w bliźnie robią się małe wybroczyny krwawe. Autor radzi w nagłych przypadkach wykonywać zabiegi operacyjne, nie radzi jednak wywoływać poronienia, gdyż w czasie tego ostatniego bywają większe krwotoki, niż w czasie normalnego porodu u kobiety dotkniętej hemofilią. Najlepiej czekać, aż płód sam wyjdzie przedwcześnie lub normalnie, w ostateczności zaś można się uciec do hysterektomii.

*Matylda Biehler.*

340. Gillot. **Przebieg malaryi pod postacią ostrego zapalenia otrzewny.** (Sem. méd. Nr. 37, 1905).

Na wstępie przypomina autor kilka podobnych przypadków, opisanych w literaturze (Manginas, Groraris, Pampukis, Laveran i ostatnio opisany przez Soulié w 1892 r).

Sam autor opisuje kilka przypadków z własnej praktyki, z których w jednym chora zmarła na 3-ci dzień po operacji, na której nic nie znaleziono — niestety badania krwi nie robiono. W innych przypadkach znaleziono hematozoa Laveran'a raz tylko nie było), wszyscy, nawet jedna kobieta w ciąży, wyzdrowieli po iniekcjach chininy — wszystkie typowe objawy ostrego zapalenia otrzewny znikły zupełnie. Trzeba być bardzo ostrożnym i niezapominać o żadnym badaniu klinicznym, ażeby nie wziąć choroby za inną. Autor radzi nawet w szczególności w krajach malarycznych przy objawach ostrych ze strony otrzewny dawać zaraz chininę, która w wielu przypadkach rozstrzyga kwestyę rozpoznania.

Forma ta jest nader rzadką — autor stawia ją zupełnie oddzielnie i nie zalicza do grupy t. zw. gorączek żółciowych (chorzy jego nigdy nie mieli żółtaczk). Co się tycze wymiotów, to autor przypuszcza, iż są one spowodowane podrażnieniem nerwowym układu centralnego (przekrwienie bulbus np.), albo też wprost podrażnieniem samej otrzewny. Wymioty te są tu tylko wtórnym objawem, najważniejszym zaś jest gorączka, która przybiera charakter gorączki t. zw. gastrycznej. Najczęściej pojawia się malarya pod postacią zapalenia otrzewny w ukrytych formach malaryi, które są też nader rzadkie. (Ukrytymi nazywa Laveran te, które przebiegają pod postacią innych, nie takich chorób, za jakie je się odrazu wziąć powinno, myśli się najwpierw o drugiej, zanim się przypomni pierwsza, właściwa).

Na zakończenie radzi autor szczegółowe badanie krwi, które w wielu przypadkach dużo powiedzieć może.

*Matylda Biehler.*

341. Borini. **Badania bakteryologiczne dotyczące odry.** (Riforma méd. 24/VI 1905).

Autor badał krew (wziętą z żył) oraz wydzieliny łącznicy i oskrzeli chorych dzieci od 3—10 lat w okresie, gdy gorączka i wysypka dosięgały maximum ( $T 40^{\circ} 5$ ), 2 razy tylko przed wysypką. Część krwi wstawiano zaraz do termostatu, część zasiewano na agarze z gliceryną lub agarze



z żółtkiem. Badanie krwi wprost nie dawało żadnych wyników, badanie krwi na agarze, wykazywało obecność bardzo małych drobnoustrojów (po 36 godzinach), laseczniki znajdowały się po 2 razem o 7<sup>u</sup> długości, z trudnością barwiły się barwnikami anilinowymi, odbarwiały się za pomocą Grama. Więcej pojawia się laseczników na agarze z żółtkiem. Kolonie są dosyć duże, na agarze z gliceryną kolonie są b. małe, jak punkciki przezroczyste, które po pewnym czasie się zbierają. We krwi z bulionem drobnoustroje tworzą zmętnienie, długo jednak trzeba czekać na utworzenie się osadu. Hodowle są bez zapachu, nie wytwarzają kwasu węglowego ani indolu i nie strącają mleka. Lasecznik bardzo źle się konserwuje, szybko bardzo tworzą się łańcuszki, poczem hodowle pozostają jałowemi. Te same drobnoustroje znalazł autor w wydzielinach łącznicy i oskrzeli.

Autor zastrzykiwał hodowle królikom do tchawicy, opłucny, otrzewny i do krwi, otóż w pierwszym przypadku zwierzęta zdychały po 3—6 dniach, na sekcji znalazł autor pnieumonia lobularis i przekrwienie tchawicy; hodowle krwi i soku płuc tych zwierząt dały też same hodowle drobnoustrojów znajdujących u dzieci. Zastrzykiwania do opłucny sprowadzały śmierć po pięciu dniach bez specjalnych uszkodzeń z wyjątkiem niewielkiego wysięku surowiczowo-włóknikowego w opłucnie, drobnoustrojów we krwi było niewiele. Mniej więcej te same wyniki otrzymano przy zastrzykiwaniu hodowli do otrzewny. Zwierzęta zarażone przez błonę śluzową nosa zdychają w ciągu 12-u dni, hodowle z krwi dają wyniki pozytywne.

Autor zastrzykiwał też hodowle do opłucny i tchawicy psów. Psy zdechły po 17 dniach, po 13 dniach u jednego psa zauważono katar nosa i łącznic, na sekcji znaleziono przekrwienie płuc, hodowle tak krwi, jak i soku płucnego dały też rezultaty pozytywne.

Autor dodaje na zakończenie, iż nie przypisuje sobie bynajmniej sławy rozstrzygnięcia kwestyi patogenezy odry, przypuszcza jednak, iż lasecznik, o którym wyżej, nie małą gra rolę w rozwoju tej choroby. *Matylda Biehler.*

342. Carrière i Lothe. **O długotrwałych polepszeniach u dzieci w czasie zapalenia mózgu.** (Rev. de méd. lipiec 1905).

Autorowie opisują cztery przypadki z własnej praktyki i 7 z literatury, w których idzie nie o chwilowe polepszenie, lecz trwające niekiedy nie tylko kilka tygodni, lecz miesiące, mogące nieznanymi się na tem wprowadzić w błąd.

Po objawach zapalenia mózgu (choroba stwierdzona została za pomocą badania płynu, zaszczerpienia świnie morskiej itp.) następuje powrót zupełny do zdrowia po okresie zdrowienia trwającym 4—7 tygodni. Dziecko zdaje się zupełnie zdrowem w ciągu 3½ do 10 miesięcy, poczem nagle bez przyczyny lub z powodu upadku na głowę np. objawy mózgowie powracają tak powoli, jak i znikają powoli, obraz zapalenia mózgu powoli się uzupełnia, przebieg choroby jest ostry, śmierć występuje nader szybko w ciągu kilku dni. W 2 przypadkach (jeden autorów, drugi Rilliet'a) na sekcji znaleziono prócz nowych ognisk stare ogniska zabliznione (sklerosis) na oponach mózgowych — skłonność do nowych zachorowań jednak pozostaje (dzieci są nawet w okresie zdrowia po pierwszym ataku apatyczne, wrażliwe, tętno nierówne, leukocytów w płynie rdzeniowym dużo). To też po pierwszym napadzie, gdy dziecko wyzdrowiało, powinno być energicznie leczone (arszenik, glicerofosfat, lecytyna, dużo powietrza), jodek potasu, kreozyt: te ostatnie pomagają wessaniu wytworów gruźliczych i ich wydzielaniu się — od czasu do czasu trochę kalomelu w celu pokonania zaparcia stolca i jako derivans.

*Matylda Biehler.*

## V. Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

343. **Tlenek glinowy w cholery azjatyckiej** dawał już dobre wyniki Stumpf o'wiz Würzburga przy gastroenteritis u dzieci. Obecnie stosował on ten środek w czasie epidemii w Nakel (blisko Bydgoszczy). Należy dać chorym *obowiązkowo na czczo* 70—do 100 gr. dla dorosłych, 30 gr. dla dzieci, 10—15 gr. dla ssawców drobno sproszkowanego tlenku glinowego rozpuszczonego w 5 razy takiej ilości wody (70 gr. tlenku glinowego na 350 gr. wody); ilość cała powinna być przyjęta w ciągu 20—30 minut. Zazwyczaja wymioty ustępują natychmiast, występują częste odbijania, gorączka spada po ½ godzi-



nie, następuje podobny przełom jak przy zapaleniu płuc. Autor zwraca uwagę, że należy zabronić podawania chorym w ciągu 18—24 godz. po przyjęciu leku—napojów alkoholowych lub jedzeniu. Według Dr. Stumpf'a tlenek glinowy działa mechanicznie, pokrywając drobno-ustroje, którym przeszkadza tym sposobem się rozmnażać—przeszkadza też tworzeniu się toksyn.

(Sem. med. № 37. 1905.)

*M. B.*

344. **Leale leczy zóna za pomocą** baniek suchych; stawia on takowe po za linią wyjścia nerwu zajętego; gdy te naciągnęły do maximum, stawia się drugą seryę wdłuż nerwu chorego. Dobrze jest codziennie powtarzać stawianie baniek, najlepiej wieczorem; gdy bóle są silniejsze autor otrzymywał zawsze znaczne polepszenie zmniejszenie bólu i skrócenie trwania choroby.

(Sem med. № 36. 1905.)

*M. B.*

345. **Leczenie owrzodzeń goleni za pomocą gorącego roztworu soli 7 %** dało doskonale wyniki Dr. Veyras z Genewy. Autor polewa całe owrzodzenie 4—5 litrami roztworu soli T 50<sup>o</sup> pod ciśnieniem 1 m. 50 cm najmniej. Zaraz po gorącym natrysku pokrywa się owrzodzenie gazą umoczoną także w roztworze soli, na gazę kładzie się wateę i owija bandażem, idąc od dołu kończyny. Na początku robi się irygacye co dzień—potem co dwa lub 3 dni, nawet co 4 do 5-u. Na 21 tak leczonych przypadków w 18-u przypadkach nastąpiło zupełne zagojenie owrzodzenia. w 3 pozostałych wyzdrowienie było niezupełne bądź wskutek tego że chory przerwał leczenie, bądź wskutek innej choroby lub zbytniego wysiłku.—Niektórzy z chorych leczyli się, nie przerywając swych zajęć. Wyzdrowienie następowało po 2—3 (tygodniach).

(Sem méd. № 36. 1905.)

*M. B.*

346. **Zastrzykiwania podskórne formolu w tężcu noworodków.** Już Barrows i Hoerschelmann otrzymali dobre wyniki, zastrzykując formol przy gorączce połogowej (P. Sem. méd. 1904, str. 56). Idąc za przykładem tych autorów, Szalardi zastosował powyższe iniekcye w przypadku, w którym surowica przeciwtężcowa żadnego polepszenia nie dawała, ławatywy z chlorału i bromku sodu także pozostały bez skutku. Dopiero zastrzyknięcie 50 cc. roztworu fizyologicznego soli z kroplą formolu do odbyticy wywołało zmniejszenie trismus. Nazajutrz powtórzono iniekcye, część jednak płynu wskutek skurczu mięśni odbyticy wypłynęła. Wtedy postano-

wiono zastrzyknąć formol pod skórę  $\frac{1}{2}$  kropli w 10 cc. roztworu fizyologicznego soli. Te zastrzykiwania, powtarzane codziennie przez 8 dni, robiono następnie co drugi dzień w przeciągu 2-ch tygodni. Dziecko doskonale znosiło zastrzykiwania. Skurcze mięśni zniknęły powoli, po tygodniu leczenia nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(Sem méd. № 36. 1905).

M. B.

347. Narath: **Podskórne przemieszczenie sieci.** (Centralblatt für Chirurgie, № 32, 1905 r.)

Jak wiadomo, sztuczne połączenie sieci żyły wrotnej z siecią żył głównych dało w wielu przypadkach świetne wyniki, gdyż zniknęły wodna puchlina i cały szereg innych przykrych dolegliwości. Aby to osiągnąć, autor uważa operację tak zwaną Omentopexia za wskazaną i poleca nowy sposób, bardzo prosty do operowania, który daje się łatwo wykonać bez usypiania, przyczem przenosi się sieć do okolicy, z której biorą początki żyły, prowadzące krew po najrozmaitszych drogach do żył głównych dolnej i górnej, i uciska się wzmocnionym wśródbrzusznym uciskiem krew z sieci do rozwijających się połączeń. Pod miejscowem znieczuleniem sposobem Schleicha (tylko w bardzo dobrych przypadkach stosuje się ogólne uśpienie) otwiera się jamę brzuszną ponad samym pępkiem na lewo od ścięgna okrągłego i, o ile można nie raniąc żyły paraumbilikalnej; wypuszcza się wodę za pomocą kateterów z dolnych części jamy brzusznej, potem wyciąga kawałek sieci, tak aby nie wyprowadzić z normalnego położenia кишки grubej poprzecznej, i to w tem miejscu, które powinno zawierać bardzo dużo grubych naczyń i które powinno być grube 1—2 ctm. Dalej zmniejsza się ranę na linii białej o tyle, aby tylko przez nią wciągnięty kawałek sieci swobodnie bez najmniejszego ucisku przechodził; potem przymocowuje się kilkoma cienkimi szwami ten kawałek sieci do otrzewny ściennej; pod znieczuleniem Schleicha robi się potem na tępo albo nożykiem nalewo od rany podskórną kieszeń w kierunku poprzecznym i na lewo. Do tej kieszeni wkłada się wyciągnięty kawałek sieci długości 10—15 ctm. i zaszywa się ranę skórną. Nie należy nakładać opatrunku uciskającego. W pierwszych dniach po operacji następuje obrzęk skóry brzucha i już po upływie ośmiu dni pokazuje się wianek żył.—Przy operacji należy zwracać uwagę na to, aby nie wyciągnąć razem z siecią кишки grubej poprzecznej lub innej кишки wsuwającej się. Aby temu zapobiedz, należy wziąć taki kawałek sieci, który znajduje się dość daleko od grubej kisz-



ki poprzecznej i który jej nie porusza, wtedy wszystko pójdzie gładko.

*W. Biehler.*

348. Richter. **Jodypina w leczeniu zapalenia gruczołu krokowego.** (Unnas Monatshefte prakt. Dermatologie, Tom 40, № 9).

Zamiast stosowania czopków z jodyny i ławatyw z jodku potasowego (jod we względnie wysokiej koncentracji), poleca autor stosowanie jodypiny. Ma to tę zaletę, że chory bez najmniejszej trudności bez wszelkich instrumentów może sam używać ten środek, wprowadza on sam jodypinę za pomocą szprycki dla ławatyw glicerynowych do kiszki stolcowej. Leczenie zaczyna autor zapisując jodypinę 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> i ol. olivar. ana dwa razy dziennie po pół szprycki. Powoli wzmacnia on ten roztwór do czystej 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> jodypiny dwa razy dziennie po szpryce. W świeżych przypadkach po upływie 8—14 dni gruczoł krokowy stawał się miękim i opuchnięcie znikało, w starszych przypadkach następowało prędkie częściowe rozmiękczenie, wyzdrowienie też prędko następowało.

*W. B.*

349. Goldstein. **Enesol, nowy środek do leczenia syfilisu.** (Monatshefte f. prakt. Dermat. B. 40, Heft 7).

Enesol zawiera 38,46 rtęci i 14,4% metalicznego arseniku i przedstawia się jako salicylo-arszenikowa kwaśna sól rtęci; z łatwością się rozpuszcza i nie jest zbyt trująca. Enesol zawiera rtęć w dziwnym połączeniu, dzięki któremu zwykłymi odczynnikami nie można skonstatować obecności rtęci i oprócz tego nie niszczy wcale narzędzia. Autor zastrzykiwał do pośladków 2 cm<sup>3</sup>, to jest całą zawartość buteleczki, codziennie aż do zniknięcia wszelkich objawów, na co wystarczało 15—20 wstrzykiwań. Zatrucia rtęcią pomimo wielkiej ilości takowej nie zauważono, gdyż rtęć prędko się wydzielala tak, że leczenie za pomocą zastrzykiwania enesolu może być polecane dla chorych osłabionych i wycieńczonych.

*W. B.*

350. Fuchs. **O tak zwanych Flatulinpillen.** (Ther. Monatsh. Nr. 5, 1905 r.).

Tak zwane Flatulinpillen Roos'a zawierają w sobie 4 części Natrii bicarbonici, 4 części Magnesae carbonicae, 4 części Pulveris radicis Rhei, 3 części Olei Foeniculi, 3 części Olei Carvi i 3 części Olei menthae piperitae. Autor stosował je ze świetnym wynikiem

w najrozmaitszych chorobach kiszek cienkich osób nerwowych, w rozszerzeniu żołądka, w zatwardzeniu przy krwawieniach i przy wzdęciu u starych osób.

Działają one w ten sposób, że wywołują apetyt, regulują stolec, niszczą kwasy, usuwają fermentację, a szczególnie usuwają tak przykre wzdęcie. Więcej trudno od nich wymagać i dla tego autor gorąco poleca je kolegom.

*W. B.*

351. **Porosz. Kollodium przy schodzeniu paznogcia.** (Monatsh. f. pakt. Dermatologie, Nr. 3, 1905).

Aby usunąć bóle i różne przykrości przy schodzeniu paznogcia, autor poleca wypełnienie kolodium szpary między schodzącym paznogciem i nowo wyrastającym. Należy tę szparę ściśle wypełnić kolodium i też pokryć takowem paznogieć stary. Tym sposobem wytwarza się mocne połączenie tych części, które ochrania w zupełności koniec palca, przymocowuje schodzący stary paznogieć i wcale nie przeszkadza wyrastaniu nowego paznogcia. Należy przytem pamiętać, aby pokrywać li tylko paznogieć, a nie przylegającą skórę. Przy napuszczaniu kolodium wywołuje się ból, który prędko ustępuje.

*W. Biehler.*

352. **Wodę wapienną do wewnątrz przy brodawkach,** stosował autor we wszystkich przypadkach verruca bądź na palcach bądź w innem miejscu i to zawsze z dobrym wynikiem; dawał autor szklanekę wody wapiennej, do której dolewał trochę mleka raz dziennie po obiedzie. Na myśl tę wpadł dla tego, iż widział, jak u chorego, który z powodu innego cierpienia przyjmował wodę wapienną, znikła bez śladu brodawka z dużego palca u ręki.

(Sem. méd., Nr. 37., 1905).

*M. B.*

353. **Roztwór glikozy** dał dobre wyniki w żółtej febrze Dr. Guimaraes. Zastrzykuje on co drugi dzień 30—50 cc. roztworu chlorku sodu 1‰, do którego dodaje 5% glikozy. Zaraz po pierwszym zastrzyknięciu powracają siły i sen — moczu chory oddaje więcej, gorączka spada. Po 10-ciu dniach leczenia wyłącznie surowicą z glikozą, zniknęło białko z moczu — wypróżnienia były bezbarwne. Autor radzi w bardzo ciężkich przypadkach zastrzykiwać większe dawki np. 50 cc. co 6 godzin.

(Sem. méd. Nr. 37, 1905).

*M. B.*



354. **Objawy padaczki wskutek zażywania Weronalu.** Już kilkakrotnie pisali różni autorowie o tem, że veronal wywołuje rozmaite zaburzenia i że zbyt długie zażywanie tego środka może spowodzić śmierć (p. Sem. méd. 1905 r., str. 69 i 139). Obecnie Kress z Rostoku opisuje przypadek, w którym chorej histeryczce, cierpiącej na bezsenność, zapisał autor po 0,50 weronalu codziennie na noc. Po trzech dniach bezsenność ustąpiła, wystąpiły jednak objawy zatrucia veronalem, autor kazał przeto środek odstawić. Wkrótce jednak zauważono szereg niewytłómaczonych objawów, których nie można było objaśnić histeryą. Chora zaczęła nadmiernie chudnąć — chodzić z trudnością — cierpiała na drżenie, które znikало w czasie pisania, straciła apetyt, miała mdłości, zawroty głowy, osłabienie pamięci i chwilami nieprzytomność. Objawy te trwały pewien czas, poczem wystąpił szereg ataków epileptycznych — po jednym ataku chora zmarła.

Po śmierci okazało się, że chora w ciągu 11½ miesięcy bez wiedzy lekarza stale codziennie brała po 0,50 weronalu, zwiększając pod koniec dawki, tak że dochodziła do 1 gr. i 2 dziennie. Wobec tego autor przypisuje objawy epilepsji i śmierć tylko użyciu weronalu.

(Sem. méd. Nr. 37, 1905).

M. B.

355. **Radioterapia w ichtyosis.** (Sem. méd. Nr. 37, 1905).

Leduc zastosował promienie Röntgena u 12-to letniego dziecka, które od 10½ rokn miało Ichtyosiz. - Wszelkiego rodzaju leczenie nie dało żadnych pożądaných wyników. W 15 dni po pierwszym posiedzeniu, które trwało 12 minut (na działanie promieni wystawiono głowę i resztę ciała), zauważono znaczne polepszenie: naskórek obficie schodził, przyczem ukazały się wysepki zdrowej skóry. Zrobione następnie drugie posiedzenie, w 2 tygodnie; po 2 tygodniach — trzecie i po miesiącu — czwarte. W trzy miesiące po pierwszym posiedzeniu nastąpiło zupełne wyzdrowienie, skóra miała wygląd normalny, stan ogólny był doskonały. Pozostało tylko trochę bezwiednych ruchów oczu i niepokoju nerwowego.

M. B.

## KORRESPONDENCYA.

**77 Zjazd Lekarzy i Przyrodników niemieckich w Meranie  
24 — 30 września 1905 r.**

*Meran 30 Września 1905.*

W małej, lecz zato bogato od natury uposażonej, miejscowości obradował w tym roku 77 zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich, mianowicie w Meranie. Brakło tam, co prawda, obszernych sal wykładowych i odpowiednich wygodnych pomieszczeń dla odczytów, spodziewano się natomiast, że piękne krajobrazy, skąpane w potokach jasnego słońca zastąpią te niedogodności. Niestety, pogoda niedopisała, słońce kryło swe oblicze przed zjazdowiczami, deszcz niekiedy tylko padać przestawał.

Zjazd wogóle był dosyć liczny, przyjmowali w nim udział wyłącznie prawie lekarze i przyrodnicy niemieccy z bardzo nieznacznym udziałem innych narodowości. Z wybitnych cudzoziemców wspomnieć wypada o prof. Becquerel'u (z Paryża), który wygłosił w języku francuskim odczyt z demonstracją o  $\alpha$ ,  $\beta$ , i  $\gamma$  promieniach. Zapowiedziane odczyty prof. Ramsay'a z Londynu nie odbyły się, ponieważ prelegent nie przybył. Naukowe prace zjazdu podzielone zostały na 30 sekcji, z których 12 poświęconych było naukom przyrodniczym, 1 sekcja weterynaryi, reszta medycynie teoretycznej i praktycznej. Wszystkich odczytów i referatów w grupie lekarskiej było przeszło 200. Ciekawsze z tych odczytów będą oddzielnie w „Kronice“ streszczone, na tem miejscu ograniczać się muszę jedynie na krótkich streszczeniach oraz podaniu niektórych tytułów.

Na pierwszym posiedzeniu ogólnem po mowach powitalnych wygłosił odczyt prof. W. Wien z Würzburga o elektronach. Prelegent rozróżnia elektron od atomu, utrzymuje, że powstaje on z elektryczności i posiada własności innych ciał jak kształt, wielkość, wagę. Na tem samem posiedzeniu przeczytany został zajmujący odczyt d-ra Nocht'a, lekarza portowego z Hamburga (prelegent na kongres nie przybył) „o chorobach podzwrotnikowych.“ Autor przedstawił nowoczesny pogląd na zimnicę, chorobę snu, żółtą febrę, brazylijską chorobę kur (Spirochaetenkrankheit) z uwzględnieniem odporności i uodporniania.



Na program drugiego ogólnego posiedzenia złożyły się cztery odczyty:

Prof. H. Molisch'a z Pragi „O wytwarzaniu się światła w roślinach“; interesujący ten odczyt zyskał sobie ogólne uznanie.

D-r H. Dürck z Monachium mówił o Beri-beri i intoksykacyjnych chorobach kiszek na półwyspie Malajskim.

Prelegent ten utrzymuje, że istotą choroby jest wielorakie zajęcie nerwów obwodowych z szybkim rozpadem substancji nerwowej; za przyczynę przyjmuje on samozatrucie nieznanym dotąd jadem, odrzuca on przypuszczenie jakoby zepsuty ryż chorobę tę wywoływał, ponieważ przekonano się, że choroba nawiedza również osobniki, które ryżem zupełnie się nie karmiły.

Wygłoszono jeszcze dwa odczyty: Clemens Neisser „Indywidualność i psychozy“ oraz J. Wimmer (Wiedeń) p. t. „Mechanika rozwoju istoty życia zwierzęcego.“

Na wspólnym posiedzeniu lekarzy i przyrodników omawiano sprawę dziedziczności. Na posiedzeniu tem wygłosili odczyty: C. Correns (Lipsk) „Prawa dziedziczności“, K. Heider (Insbruck) „Dziedziczność i chromosomy“, wreszcie B. Hatschek (Wiedeń) „Nowa teoria dziedziczności.“ Podług tego ostatniego badacza, żyjące molekuly ustroju rozpadają się na dwie grupy: molekuly ergastyczne, t. j. takie, które pracują, oraz generatywne przeznaczone do płodzenia. Te ostatnie spoczywają i oczekują swego przeznaczenia, ergastyczne natomiast molekuly, dzięki ciągłym bodźcom fizycznym i chemicznym, podlegają rozmaitym przemianom. Oddzielają się maleńkie cząsteczki „ergatyny“, które przechodzą do ogólnego koryta soków i wiążą się chemicznie z generacyjnymi cząsteczkami. W ten sposób gromadzi się duża ilość materiału, pochodzącego z rozmaitych tkanek ustroju; materia ten po skutecznym zapłodnieniu przyjmuje udział w budowie nowej istoty, i w ten sposób przelewa na nią właściwości oczystego organizmu.

Ogólne posiedzenie wszystkich sekcji lekarskich poświęcone było „pellagrze.“ Temat ten miał aż pięciu referentów: Rodak nasz prof. Neusser (Wiedeń), Sturli jego asystent, Tuczek (Marburg), Merk i v. Haberler z Insbruku.

Temat ten budził ogólne zainteresowanie pomiędzy członkami zjazdu, to też piękna sala teatru miejskiego, w której obradowała sekcja wewnętrzna, była nabitą od góry do dołu, szczególnie podczas odczytu prof. Neussera, który w krótkiej, lecz treściwej monografii zapoznał słuchaczy z rysem historycznym, etyologią, prze-

biegiem i terapią pelagry. Właściwa przyczyna tego cierpienia nie jest dotąd dokładnie znana, postawienie pelagry w związku przyczynowym ze spożywaniem kukurydzy spotyka się z zarzutem, że choroba ta nawiedza pewne hiszpańskie prowincje, gdzie kukurydza jest zupełnie nieznaną.

Sekcja medycyny wewnętrznej, w której ogłoszono najwięcej odczytów, nie postawiła żadnego tematu do opracowania. Odczyty tej sekcji podzielić można na kilka grup: choroby płuc, serca, przewodu pokarmowego i przemiany materji. Do ciekawszych odczytów należały: A u f r e c h t'a (Marburg) „O skutecznem stosowaniu tuberkuliny u gorączkujących suchotników“, B l u m e n t h a l'a (Berlin) „O przyczynach charłactwa rakowatego“, C u r s c h m a i n'a (Tübingen) „O metodzie wypukowego określania wielkości serca“, E u l e n b u r g'a (Berlin) „O nowych metodach leczenia padaczki“, K r a u s'a (Berlin) „O pleurycie“ i inne.

(d. n.)

## Kronika bieżąca.

— Ukazał się świeżo III tom dzieła A. Sokołowskiego: „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.“ Jest to zakończenie pracy i obejmuje choroby opłucny i śródpiersia oraz suchoty płucne. Wielki ten tom zawiera 809 stron + XXII skorowidza. Pierwsze 2 sprawy omawia autor na 208 stronach, a 600 stron poświęca gruźlicy.

W pierwszej części znajdujemy więc rozdziały: 1) O zapaleniu opłucny wogóle; 2) O suchem zapaleniu opł.; 3—6) O zapaleniu opł. wysiękowym—surowiczo-włóknikowym; 7) tegoż leczenie; 8) Zapalenie wysiękowe opł. o krwawym charakterze; 9) Zap. opł. wysiękowe o ropnym charakterze; 10) Zapalenie opł. o charakterze wysięku cuchnąco-ropnym; 11) O zrostach opłucny; 12) O odmie piersiowej; 13) Hydrothorax, Chylothorax, Nowotwory opłucny. Dwa rozdziały omawiają choroby śródpiersia (14 i 15).

Część druga. — Suchoty płucne obejmują 23 rozdziały; z tych 2 do 6 omawiają etiologię, 7—anatomję patologiczną. Objawy kliniczne omawia autor w rozdziałach od 8 do 12. Trzynasty poświęca postaci włóknistej suchot, 14—15 gruźlicy ostrej, w 16—roz-



patruje przebieg i zejście suchot. Rozdział 17 traktuje o rozpoznaniu i rokowaniu, a wreszcie rozdziały 18 aż do 23 — poświęcone są leczeniu (profilaktyka, leczenie swoiste, higieniczno-dyetyczne, klimatyczne, objawowe oraz leczenie powikłań).

Osobny krótki dodatek omawia kwestyę obawy suchot — phtisofobia. Podając obecnie tę wzmiankę dla wiadomości licznych czytelników dzieła, zastrzegamy sobie w przyszłości obszerniejsze jego omówienie.

## NEKROLOGIA.

Ś. p. D-r Ludwik Rabek.

21 października r. b. zamknął oczy na zawsze w Genui, dokąd pojechał szukać ratunku od trapiącej go od lat kilkunastu choroby i przestał na zawsze nieść pomoc licznym swym małym pacjentom i przestał pracować na niwie rodzimej nauki lekarskiej. A interesował się jej rozwojem gorliwie i wynikami swoich spostrzeżeń dzielił się z kolegami, przeważnie na łamach naszego pisma, którego przez wiele lat był współpracownikiem. Ogłosił drukiem następujące prace: 1) Przypadek postępowego kostnienia mięśni (Myositis ossificans progressiva). Gaz. Lek. 1891 r.; 2) Przypadek tężca przyrannego, leczony antytetaniną. Wyzdrowienie. Kron. Lek. 1896 r.; 3) Przyczynek do leczenia białaczki rzekomej. Kron. Lek. 1897 r.; 4) Objawy, rozpoznawanie i leczenie przymiotu dziedzicznego wczesnego (Syphilis haereditaria recens). Kron. Lek. 1897 r.; 5) Przyczynek do leczenia ospy naturalnej. Kron. Lek. 1898 r.; 6) Błonica u dziecka dwutygodniowego. Kron. Lek. 1899 r.; 7) Trzy przypadki tężca, leczone surowicą przeciwtężcową. Kron. Lek. 1899 r.; 8) Błonica u dziecka dwumiesięcznego. Kron. Lek. 1901 r.; 9) Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną. Medycyna 1902 r.; 10) Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Gaz. Lek. 1904 r.; 11) Kilka słów o rozpoznawaniu wczesnego dziedzicznego syfilisu.

Ostatnia praca ukazała się w „Gazecie Lekarskiej“ już po śmierci autora.

Przez szereg lat był zmarły lekarzem miejscowym Warszawskiego szpitala dla dzieci przy ulicy Aleksandrya, a po ustąpieniu

z tego stanowiska ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w tymże szpitalu. Uczynny w stosunkach koleżeńskich, chętnie dzielił się swoim doświadczeniem z młodszymi kolegami, to też zyskiwał sobie każdego, ktokolwiek go bliżej poznał. Gorący patriota, na obcej legł ziemi, nie ujrawszy wschodzącego słońca wolności. Przystało bić to serce, którem tak gorąco Ojczyznę kochał. Żył tylko lat 48. Cześć jego pamięci!

*Józef Winiarski.*

**Zmarli.** D-r Rufin Jan Skrodzki dnia 19 października r. b. w Warszawie.

D-r Alfred Treu w Trokach, w wieku lat 56.

D-r Ludwik Bąkowski dnia 6 listopada r. b. w Konstancinie (pod Warszawą), w wieku lat 73.

---

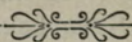
## BIBLIOGRAFIA.

---

Wyszedł z druku Kalendarz lekarski pod redakcją D-ra Józefa Polaka.

W r. b. kalendarz prócz zwykłych działów zawiera starannie wydane przepisy sanitarne, oraz wskazówki dla opiekunów sanitarnych, ważne ze względu na zagrażającą nam w r. z. cholere.

Kalendarz ten ma tak już ustaloną sławę, że polecać go nie mamy potrzeby.




---

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

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