

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

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

(*Dokończenie*).

Rokowanie w pleśniawkach górnego odcinka dróg oddechowych nie zawsze bywa pomyślne — zwłaszcza u małych dzieci, u których łatwo mogą nastąpić powikłania (zajęcie kiszek—diarhoea).

Ogólne zakażenie jest również możliwe, jak to mianowicie dowodzi przypadek Heubner'a, dotyczący dziecka rok i 4 miesiące mającego z zejściem śmiertelnem (sepsis).

Pürcheimer spostrzegł porażenie przelyku w następstwie pleśniawek.

W ogóle rokowanie zależy od powikłań: w jednym z moich przypadków nastąpiło zejście śmiertelne z powodu ostrego zapalenia płuc.

Leczenie pleśniawek w górnym odcinku dróg oddechowych powinno być przede wszystkim zapobiegawcze, a więc

należy dbać o czyste utrzymanie jamy ustnej, oraz używanych przedmiotów, zwłaszcza smoczków.

Grosz z Buda Pesztu radzi w tym celu od pierwszego zaraz dnia po urodzeniu—pędzlowania jamy ustnej 1% Argenti nitrici. Mechaniczne oczyszczanie jamy ustnej zwłaszcza jest niezbędne w przypadkach nieżytu kiszek u dzieci.

Również u dorosłych—ciężko chorych, np. na tyfus etc. należy baczną zwracać uwagę na higienę jamy ustnej.

Również ważnem jest leczenie ogólne.

Co się tyczy leczenia miejscowego — to w wielu razach jest ono zbyt cenne, zwłaszcza u dorosłych; u ssawców natomiast należy starannie oczyszczać plamy pleśniowe najlepiej zapomocą waty, zwilżonej w słabym roztworze kwasu bornego.

Escherich zaleca w ostatnich czasach małe kawałki waty, pokrytej sproszkowanym kwasem bornym, oraz małą ilością sachariny dla poprawy smaku—jako smoczki dla dzieci, bardzo chętnie je używających. Smoczki takie należy zmieniać co 24 godzin.

Co się tyczy innych środków w cierpieniu tem zalecanych, to należą do nich przedewszystkiem: natrum biboracicum (3—4%), kali chloricum, kali hypermanganicum (0,4% Schadewaldt), natrum bicarbonicum (5—10%), kreolina (4% Schech), liq. Alum. acet. pur. (Soltman), sublimat (Kraus—1 : 1000), acidum carbolicum, naphthol (Cattaërt), wreszcie Boinet zaleca gorąco drożdże połączone z gliceryną.

W bardziej ciężkich przypadkach wskazane są pędzlowania jodkiem potasu, sublimatem (1%), Argento nitrico (1—5%), pyoktaniną (10%—Toute), hydrogenio peroxydato, wreszcie ferro sesquichlorato. W przypadkach zajęcia przelyku wewnątrznie stosuje się chlorek potasu (ostrożnie! u małych dzieci), jakoteż Vichy, oraz środki wymiotne (również ostrożnie z powodu niebezpieczeństwa porażenia serca), wreszcie oczyszczanie ostrożne zapomocą małej gąbki przelykowej.

d) *Grzybice drożdżowe:*

Jak to już wspomniałem według najnowszych badań

(Busse, Rabinowicz, a przedewszystkiem szkoły włoskiej z San Felice'm na czele) do grzybków pleśniowych (*oidium albicans*) należą do pewnego stopnia i grzybki drożdżowe (*blasto-sacharomycetes*).

Jakkolwiek rzadko mogą one również występować w górnym odcinku dróg oddechowych — jako czynniki chorobotwórcze.

Tu należą przedewszystkiem dwa opisane we Francyi przypadki:

1-szy przypadek Parak'a — 4-go dnia po urodzeniu na nasadzie języka wystąpiła biała plamka, robiąca wrażenie pleśniawek (*soor*). Drobnowidzowe badanie jednakże nie wykryło obecności grzybka „*oidium albicans*,” lecz coś w rodzaju drożdży.

2-gi przypadek Troisier'a i Achaline'a — analogiczny do powyższego.

Kliniczny przebieg angina *soorica* u chorego tyfusowego.

Pod drobnowidzem również rodzaj drożdży zbliżonych do piwnych.

Być może wreszcie, że do tej ostatniej kategorii grzybic drożdżowych należy jeszcze zaliczyć 4 następujące przypadki:

1-szy przyp. Solis Cohen'a: rodzaj grzybicy o pochodzeniu nieokreślonym podczas przebiegu anginy reumatycznej;

2-gi przyp. Kamann'a, cytowany przez Schech'a: szaro-żółte błony na łuku podniebiennym tylnym, jakoteż języczku, również przedstawiające się jako grzybica o charakterze nieokreślonym;

3-ci przyp. Hav. Hall'a (*mycosis fungoides pharyngiset laryngis* — mianowicie *cart. aryth.*); wreszcie

4-ty przyp. Hallopeau'a i Jeanselme'a (*mycosis fungoides*) na lewym tylnym łuku, migdałku podniebiennym lewym migdałku językowym, *plicaeary-epiglott*, oraz strunie lewej głosowej).

LITERATURA.

I. Ogólna:

1. Günther. „Wstęp do nauki bakteryologii,“ polski przekład A. Żurakowskiego. Warszawa 1902, str. 477—511—526.
2. Miller. „Die Microorganismen der Mundhöhle“ 1889.
3. Kronenberg. „Acute Entzündung des Rachens und des Nasenrachenraumes“ w Heymann'a Hand. der Laryngologie und Rhinologie. B. II p. 163. 1899.
4. Bloch. „Die Krankheiten der Gaumentonsillen,“ Ibidem p. 548.
5. Michael. „Die Krankheiten der Zungentonsille.“ Ibidem p. 617.
6. Seifert. „Fremdkörper, Nasensteine, Parasiten.“ Ibidem. B. III, p. 550. 1900.
7. Mikulicz i Michelson. „Atlas der Mund und Rachenhöhle.“ 1891.
8. Mikulicz i Kummel. „Die Krankheiten des Mundes.“ 1898.
9. Jurasz. „Die Krankheiten der oberen Luftwege.“ 1892, p. 190.
10. Seifert i Kahn. „Atlas der Histopathologie der Nase etc.“ 1895.
11. Kraus. „Die Erkrankungen der Mundhöhle“ w Nothnagel'a Spec. Path. u. Ther. 16 B. 1897, p. 212.
12. Kraus. „Die Erkrankungen der Speiseröhre.“ Ibidem 1902.
13. M. Schmidt. „Die Krankheiten der oberen Luftwege.“ 1892.
14. Zarniko. „Die Krankheiten der Nase.“ 1894.
15. Rosenberg. „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlhofes.“ 1903.
16. Schech. „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.“ 1890.
17. M. Mackenzie. „Die Krankheiten des Halses und der Nase,“ tłumaczenie niemieckie Semon'a, tom 1-szy 1880 — tom 2-gi 1884.

II. Specyalna:

A. *Mycosis leptothricia*:

18. B. Fraenkel. „Gutartige Mycose des Pharynx,“ Berl. Klin. Woch. 1873, p. 94.
19. E. Fraenkel. „Ueber ein Fall von Mycosis tonsillaris,“ Zeitschrift für klinische Medicin. B. IV, p. 288.
20. Heryng. „Ueber Pharyngomycosis benigna.“ Zeitschrift für klinische Med. B. 7—Ü. 4.—1883—oraz w Gazecie lekarskiej 1884, p. 163.
21. Bayer. „Deux cas de mycose tonsillaire.“ Revue mensuelle de Laryngologie 1883.
22. Weigert. Virchow's Archiv. Bd. 84.
23. Roland. „Mycosis tonsillaire.“ Extr. d. Ann. d. l. Soc. de Liège 1885.
24. Tilley. Mycelia from a tonsil.“ Chicogo Med. Jour. and Ex. 1885. July.
25. Jacobson. „Mycosis faucium leptothricia.“ Wratsch 1885, N-r 27—29.

26. Unterholzner. „Ueber Diphtheritis etc.“ Jahr f. Kind. B. 22 U. 4 i B. 23 U. 3 1885.
27. Toeplitz. Ueber Pharyngomycosis leptothricia benigna.“ New-York Med. Press. Dec. 1886.
28. Guinier. „Du mycosis benin de l'arrière gorge.“ Rev. de Lar. N-r 2, 1886.
29. Ferré. Sur un cas de pharyngomycose.“ Jour. de Méd. de Bordeaux N-r 51, 1887.
30. Baber. „Pharyngomycosis benigna.“ Brit. med. Journ. 22/x 1887.
31. Chiari. De la pharyngomycose leptothricia.“ Rev. mens. de Lar. 1887, N-r 10.
32. Jacobson. „Algosia (Phycosis) faucium leptothricia.“ Volkm. Sam. klin. Vortr. N-r 317—8/VIII 1888.
33. Oltuszewski. „Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowej.“ Gazeta Lekarska N-r 4, 1888.
34. Decker i Seifert. „Ueber Mycosis leptothricia pharyngis.“ Verh. d. phys. med. Ges. Würzburg 2 Sitz. 1888.
35. Lober. „Contribution à l'étude de la pharyngomycose.“ Bull. méd. de Nord. N-r 6, 1888.
36. Schiffers. „Demonstration des préparations microscopiques de pharyngomycosis leptothricia à la Société Med. Chir. de Belge.“ Bull. 1/VIII 1889.
37. Van der Poel. „Pharyngeal mycosis.“ N. Y. Med. Jour. 1889.
38. Dubler. „Ein Fall der Leptothrixmycose des Pharynx, Larynx und Oesophagus.“ Virch. Arch. B. 126 U. 3, 1891.
39. Spaans. „Mycosis pharyngis leptothricia acuta.“ Werk. v. h. Ned. Tid. v. Gen. N-r 21, 1891.
40. Newcomb. „One fome of pharyngeal Mycosis — mycosis leptothricia.“ Med. Rec. 1/VIII 1891.
41. Puterman. „Mycosis pharyngis leptothricia.“ Gazeta lekarska 1891, N-r 18.
42. Hemenway. „Pharyngomycosis.“ Chicago Med. Rec. Jan. 1892.
43. Dubler. „Demonstration der Halsorgane eines 8 Monat alten Knaben mit Leptothrixmycose des Larynx, Pharynx und Oesophagus.“ Corr. Bl. J. Schw. Aerzte U. 3, 1892.
44. Nabias i Sabrazès. „Corps étranger et productions cornées de l'arrière gorge dans la pharyngomycose. Action du chlorure de Zinc iodé sur le leptothrix buccalis.“ Bull. et mem. d. l. Soc. d. Lar. de Paris. 6/VI 1892.
45. Knight. „Pharyngomycosis.“ N. J. Med. Journ. 3/VII 1892.
46. Krakenberger. „Beitrag zur Mikroskopie einiger Erkrankungen der Mund und Rachenhöhle.“ Diss. Würzburg 1893.
47. Cheval. „Observations de Laryngologie.“ Jour. de Med. et de Chir. 1883, N-r 15.
48. Grant and Wingrawe. Int. Centr. f. Lar. 1893/4—p. 274.
49. Cheatham. „Leptothrixmycosis of the tonsils, pharynx and base of the tongue.“ Am. Pract. and News. 20/V 1893.

50. Collin. „De la mycose leptothricique pharyngée.“ Thèse de Paris 1893.
51. Spaans. „Mycosis pharyngis leptothricia acuta.“ Deut. med. Woch. 1893, N-r 8.
52. Hemenway. „Pharyngomycosis.“ N. J. Med. Rec. 14/I 1893.
53. Wagnier. „Traitement de la pharyngomycose leptothricie par l'acide chromique.“ Rev. de Lar. 1893, p. 484.
54. Higguet. „Sur une affection peu connue des cryptes des amygdales.“ Ann. de Mal. de l'oreille etc. 1893, p. 261.
55. Labit. „Mycose generalisée du pharynx.“ Rev. de Lar. 1893—13.
56. Quay. „Mycosis lingualis.“ Jour. of Opht. ot. and lar. Oct. 1893.
57. Kraus. „Diagnostic et traitement du leptothrix mycosis pharyngien.“ Bull. méd. 1893.
58. Stern. „Ueber pharyngomycosis leptothricia.“ Münch. med. Woch. 1893, p. 381.
59. Lake. Int. Centr. f. Lar. 1894/5, p. 613.
60. Downie. „A case of mycosis tonsillaris benigna.“ Glasg. Med. Jour. New. 1894.
61. Bulson. „Mycosis of the fauces.“ Fort. Wayn. Med. Mag. Nov. 1894.
62. Ingals. Int. Cent. f. Lar. 1894/5, p. 680.
63. Hamilton. „Pharyngomycosis.“ Austr. Med. Gaz. 15/I 1894.
64. Glasgow. „Mycosis of the Pharynx.“ Cincin. Med. Jour. Febr. 1894.
65. Thomas. „Pharyngomycosis.“ N. J. Med. Rec. 1894 6/I.
66. Wagnier. Jour. des Sciences méd. de Lille. 22/I 1894.
67. Ruault. Int. Centr. f. Lar. 1894/5, p. 43.
68. Garel. Ibidem p. 46.
69. Raugé. Ibidem.
70. Wright. „A few remarks on some cases of the nose and throat.“ N. J. med Jour. 6/VI 1895.
71. Siebenmann. „Ueber Verhornung des Epithels im Gebiet Waldeyer'schen adenoiden Schlundringes und ueber Pharyngomycosis leptothricia (hyperkeratosis lacunaris).“ Arch. f. Lar. B. II U. 3, 1896.
72. Spicer. Int. Cent. f. Lar. 1896, p. 569.
73. Campbell. „Pharyngomycosis leptothricia.“ Med. News. 4/IV 1896.
74. Parser and Tidswell. „A case of pharyngomycosis leptothricia.“ Austr. Med. Gaz. 20/III 1796.
75. Colin. Traitement de la mycose leptothricique par le chlorure de Fer.“ Arch. int. de Lar. 1896, 5.
76. Friedland. „Ueber die Fälle von Hyperkeratosis lacunaris (Siebenmann) des Zungengrundes.“ Prager Zeit. f. Heilk. III U. 1896.
77. Kelly. „Mycosis pharyngis leptothricia and keratosis pharyngis.“ Glasgow. med. Jour. Aug. Oct. 1896.

78. Gevaert. „Les mycoses du pharynx.“ La Belgique méd. N-r 45, 1896.
79. Parser and Tidswell. „A case of pharyngomycosis leptothricia.“ Trans, 4 Int. Med. Comp. 1896.
80. Price Brown. „A case of intralaryngeal mycosis.“ The Canad. Pract. Juli 1896.
81. Lincoln. „Oropharyngeal mycosis.“ N. J. med. News. 30/IV 1895.
82. Prevost. „Mycosis of the tongue.“ N. J. med. Jour. 5/III 1898.
83. Tuttle. „A case of primary infection of the tongue by mycosis leptothricia.“ N. J. Med. Rec. 1898, 21/X.
84. Toeplitz. „Mycosis pharyngis leptothricia.“ N. J. Med. Jour. 1898, 25/V.
85. Gray. „Mycosis of the larynx with notes of a case.“ Glasg. med. Jour. III 1899.
86. Law. Int. Cent. f. Lar. 1899, N-r 7.
87. Potter. Ibidem.
88. Chavas. „Mycosis bénin des voies respiratoires supérieures, Les relations avec la carie dentaire. Causes et traitement.“ Thèse de Paris 1899.
89. Waxham. „Mycosis of the throat with report of a case.“ Color med. Jour. Dec. 1900.
90. Donellan. „Nasopharyngeal mycosis with report of a case.“ N. J. med. Jour. 15/XII 1900.
91. Kyle. „The pathology of pharyngomycosis.“ Laryngoscop Dec. 1900.
92. Root. „Pharyngomycosis.“ Ann. of Otol. Aug. 1901.
93. Kyle. „The pathology of pharyngomycosis.“ Laryngoscop April 1901.
94. Griffini. „Mycosis of the tonsil and base of the tongue.“ N. J. Med. Jour. 4/XII 1900.
95. Thorne. I. C. J. Lar. 1902, N-r 3.
96. Thompson. „Mycosis of the Fauces.“ Cincinn. Lancet Chir. 1902, 1/II.
97. Arnsperger. „Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis.“ Münch. med. Woch. 1902—2.
98. Richardson. „Traitement of Keratosis of the Fauces.“ Amer.—Jour. of med. Sciences. Mai 1902.
99. Santalo. „Micosis bucofaringea aggruda o estomoto faringo micosis acuta.“ Boletin de Laryng. Sept. Oct. 1902.
100. Beck. „Pharyngomycosis leptothricia, or Hyperkeratosis pharyngis.“ Ann. of Otol. rhir. and lar. Mai 1902.
101. Richardson. „Keratosis of the Pharynx.“ Am. Jour. of Med. Sc. Oct. 1902.
102. Kinney. „A case of mycosis tonsillaris.“ Jour. of Amer. Med. Ass. 11/IV 1903.
103. Grant. Int. Cent. f. Lar. 1904, N-r 10.

B. *Mycosis sarcinica*:

104. Fischer. „Ueber das Vorkommen von Sarcine im Mund und Lungen.“ Deut. Arch. f. kl. Med. B. 36 p. 344—19/IV 1885.

C. *Actinomycosis*:

105. Firket. „Actinomycosis de l'homme et des animaux.“ Rev. de méd. 1884 p. 273—433.
106. Hacker. „Actinomycose der Zunge.“ Anz. der Ges. d. Aerzte. 1885, N-r 27.
107. Genersich. „Ueber Actinomycosis.“ Pest. med. Ch. Pres. 1885, 41—42.
108. Partsch. „Einige neue Fälle von Actinomycose des Menschen.“ Deut. Zeit. f. Chir. B. 23 U. 5 i 6, 1886.
109. Hoehenegg. „Zur Kasnistik der Actinomycose des Menschen.“ Wien. med. Presse 1887, N-r 16—18.
110. Kopper. „Ein Fall von acuter Actinomycose.“ Wien. Med. Presse. N-r 3, 1887.
111. Mayer. „Beiträge zur Actinomycose des Menschen.“ Prag. med. Woch. 20—1887.
112. Ullmann. „Beitrag zur Lehre von der Actinomycose.“ Wien. Med. Pres. 49—51, 1888.
113. Bertha. „Ueber einige bemerkenswerthe Fälle von Actinomycose.“ Wien. med. Woch. 1888, 35.
114. Aichbergen. „Ein Fall von Actinomycose vom linken unteren Weisheitszahn ausgehend.“ Wien. med. Woch. N-r 32, 1888.
115. Kijewski. „O promienicy u człowieka.“ Gaz. lek. 1889—IX, 150.
116. Maydl. „Ueber Actinomycose der Zunge.“ Int. klin. Rund. 42—43, 1889.
117. Albert. „Demonstration von Actinomycose des Halses, der Zunge und des Unterkiefes.“ Wien. klin. Woch. 49, 1889.
118. Barącz. „Uebertragbarkeit der Actinomycose vom Menschen auf den Menschen.“ Wien. med. Presse. 1889, N-r 1.
119. Fossler. „Ueber Actinomycose beim Menschen.“ Münch. med. Woch. 31, 1889.
120. Lumnitzer. „Ein Fall von menschlicher Actinomycose.“ Post. med. Chir. Pres. N-r 47, 1891.
121. Spediacci. „Un caso di actinomyosi.“ Rif. med. 17/VIII 1891.
122. Thiriari. „Un cas d'actinomycose.“ La clinique N-r 21, 1891.
123. Makara. „Zwei Fälle von Actinomycose.“ Pest. med. ch. Pres. N-r 18, 1891.
124. Nasse. „Actinomycose.“ Berl. klin. Woch. 1892, 49.
125. Poncet. „Actinomycose de la joue droite et des maxillaires correspondants — Généralisation pulmonaire.“ Sem. méd. 1892 N-r 64.
126. Protopopoff und Hammer. „Ein Beitrag zur Kenntnis der Actinomycose-Culturen.“ Prager Zeit. f. Heilk. XI B. IV U.
127. Maasbrugger. „Fünf Fälle von Actinomycose hominis.“ Med. Corr. Blat. d. würzb. ätzt. Land. 1—6, 1892.

128. Raffa. „Actinomycosi e sua cura osservazioni cliniche.“ La Riforma med. 4/II 1892.
129. Zeigler. „Actinomycose des Gesichtes und Halses.“ Münch. med. Woch. 23, 1892.
130. Mündler. „Drei Fälle von Actinomycose des Kehlkopfes.“ Beitr. z. klin. Chir. B. VIII, 2892.
151. Iterson. „Bijdrage tot de therapie der Actinomycose.“ Ned. Fijid. v. Gen. 1892, 11, N-r 23.
132. Bollinger. „Actinomycose der Unterkiefergegend.“ Münch. med. Woch. N-r 34, 1893.
133. Poncet. „Une observation d'actinomycose de la joue et du maxillaire inférieure droit avec propagation au poumon droit.“ Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Paris 1893.
134. Lasin. „Lutschistogribkowi pharyngit etc.“ Wratsch. 1894, 10.
135. Koch. „Weitere sechs Fälle von Actinomycosis hominis aus Nürnberg und Umgebung.“ Münch. med. Woch. 8 i 9, 1894.
136. Bonsdorff. „Elt bidrag til kändedom om förekomst of actinomycosis hominis i Finland.“ Truska Läkare. Hand. 1894, 4.
137. Lissa. „Bijdrage tot de Iodkalium behandling der actinomycose.“ Ned. Fijid. v. Gen. 1895, N-r 17.
138. Bérard. „Actinomycose peri-larigo-oesophagienne.“ Lyon méd. 21/IV 1895.
139. Jurinka. „Ein Beitrag zur Aetiologie der Zungenactinomycose.“ Beitr. z. kl. Chir. XIII 1895.
140. Korff. „Ein Beitrag zur Behandlung der Actinomycose.“ Memorabilien 40, 2. 1896.
141. Knox. „Actinomycosis of the check and neck.“ Glasgow Med. Jour. Mai 1896.
142. Bérard. „De l'actinomycose de la portion susdiaphragmatique du tube digestif.“ Bull. med. 13/XII 1896.
143. Eliassohn. „Om aktinomykes has Menniskan.“ Hygiea 1896, 337.
144. Didsbury. Int. Centr. J. Lar. 1897 p. 104.
145. Claisse. „L'actinomycose linguale primitive.“ Presse méd. 31/III 1897.
146. Abbé. „Drei Fälle von tödtlich verlaufener Actinomycose.“ Ziegl. Beitr. z. pathol. Anat. 22, 1897.
147. Niessen. „Die Actinomyces Reinkulturen.“ Virch. Arch. B. 150, p. 471.
148. Wolff und Israel. „Zur Actinomyces Frage.“ Ibidem B. 151, p. 471.
149. Koschier. Int. Centr. J. Lar. 1898, p. 183.
150. Lubliner. „Przypadek promienicy krtani.“ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1899, p. 1016.
151. Jelgersma. „Actinomycosis hominis.“ Med. Weeblad. 1900, p. 465.
152. Henrici. „Ueber die Actinomycose des Kehlkopfes.“ Arch. f. Lar. 1903, B. 14, p. 519.

153. Thévenat. „Actinomyose de l'amygdale.“ Soc. de méd. de Lyon 30/V 1904.
154. De Simoni. „Ueber einen Fall von Actinomyose der Nasenhöhle.“ Wien. med. Woch. 1904, N-r 37.
155. Wright. „Actinomyose of the tonsil.“ Am. Jour. of med. Sc. July 1904.
156. Cheatle and Emery. Jour. of Laryng. 1904 Dec.
D. *Mycosis penicillina*:
157. M. Schmidt. „Die Krankheiten der oberen Luftwege.“ 1894.
E. *Mycosis aspergillina*:
158. Schubert. „Zur Casuistik der Aspergillusmycosen.“ Deut. Arch. f. kl. Med. B. 36 p. 162, Dec. 1884.
159. Siebenmann. „Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches.“ Monat. f. Ohren. N-r 4, 1889.
160. Zarniko. „Aspergillusmycose der Kieferhöhle.“ Deut. med. Woch. 1891, N-r 44.
161. Dick. Int. Cent. f. Lar. 1803/4, p. 262.
162. John Mackenzie. Int. Cent. f. Lar. 1894/5, p. 262.
163. Dunn. „Ueber das Wachsthum von Aspergillusglaucus in der menschlichen Nase.“
164. Deile. „Ansiedelung von Aspergillus fumigatus in beiden Nasenhöhlen bei Ozaena.“ Zeit. f. Ohrenk. 47—4.
165. Guarnacia. Arch. ital. di Otol. VI 1904.
F. *Mycosis mucorina* resp. lingua nigra.
166. Paltauf. Virch. Arch. Bd. CII—311.
167. Butlin. „Diseases of the tongue.“ 1888.
168. Stoker, Breatch, Brydon, Barnes. „Cases of black tongue.“ Brit. med. Jour. 29/III, 19/IV, 24/V, 1889.
169. Augier. „Quatre cas de melanotrichie linguale.“ Jour. de Soc. med. de Lille. 1885.
170. Sell. Tilfelde af lingua nigra.“ Hosp. Tid. 1885, p. 87.
171. Lediard. „Black tongue.“ Trans. path. Soc. of London v. 3 f. p. 223, 1886.
172. Stoker. „Black tongue.“ Brit. med. Jour. 1886 Oct.
173. Schech. „Die schwarze Zunge.“ Münch. med. Woch. 1887.
174. Balfour-Graham. „Black tongue.“ Brit. med. Jour. 1887 Jan.
175. Roth. „Ueber haarförmige Bildungen an der Zunge.“ Wien. med. Pres. 26. 27, 1887.
176. Bernhardt. „Zur schwarzen Haarzunge.“ Monat. f. pract. Derm. N-r 8, 1888.
177. Brosin. „Ueber die Schwarzehaarzunge.“ Derm. Stud. U. J. 1888.
178. Lannois. „Sur la langue noire.“ Ann. d. med. de l'oreil. Nov. 1888.
179. Gundobin. „K' etiologii tshornawo jazyka u dietej.“ Med. Obozr. 1888, 19.
180. Dinkler. „Ein Beitrag zur Pathologie der sogenannten Haar-

zunge und einer ihr verwandten Form der Zungenschleimhaut erkrankung.“ Virch. Arch. 118, I B., 1889.

181. Surmont. „La langue noire.“ Gaz. des hôp. 1889.
182. Levisieur. „Black tongue.“ N. J. Med. Jour. 12/1 1889.
183. Wollerand. „Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathologie de la langue noire pileuse.“ Thèse de Paris 1890.
184. Masters und Smith. „Black tongue.“ Brit. med. Jour. 14/XI 1891.
185. Lake. „Black tongue.“ Brit. med. Jour. 31/X 1891.
186. Rydygier. „Beitrag zu selteneren Erkrankungen der Zunge.“ Arch. f. kl. Chir. 42 U. 1891.
187. Ciągliński i Hewelke. „W kwestyi t. zw. czarnego języka.“ Kronika lek. 1892, N-r 11.
188. Editors of Lancet. „Black tongue.“ Lancet 25/III 1893.
189. Masoin. „De la langue noire.“ Bull. de l'acad. roy. de Méd. de Belg. VII, 4, 1893.
190. Eve. „Black tongue.“ Brit. med. Jour. 5/V 1894.
191. Sędziak. „Przyczynek do etyologii t. zw. czarnego języka.“ Przegl. chir. Z. IV, 1894.
192. Schmiegelow. „Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge.“ Arch. f. Lar. 4 B. 2 U. 1895.
193. Villar. „Langue noire.“ Jour. de Méd. de Bordeaux. 11/IV 1895.
194. Lack. Int. Centr. f. Lar. 1897, p. 530.
195. Semon. Ibidem 1897, p. 530.
196. Robert. „Observation nouvelle de langue noire.“ Marseille méd. 18/XII 1897.
197. Lecocq. „Langue noire.“ Soc. anat. clin. de Lille. 10/III 1897.
198. Lohéac. „Two cases of black tongue.“ N. J. Med. Jour. 22/V 1897.
199. Vollmar. „Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzen Haarzunge.“ Arch. f. Derm. 46 B. I U. 1898.
200. Potter. Int. Centr. f. Lar. 1899, N-r 7.
201. Maraval. „Black tongue.“ N. J. Med. Rec. 27/X 1900.
202. Goodale. „Hyperkeratosis linguae (hairy tongue).“ N. J. Med. Jour. 11/VIII 1900.
203. Parmentier. „La langue noire.“ Le progrès méd. Belge N-r 24, 1900.
204. Abercrombie. Int. Centr. f. Lar. 1903, N-r 4.
205. Johnston. „A case of black hairy tongue.“ N. J. Med. Jour. 25/VI 1903.
206. Weil. „Parasite isolé dans un cas langue noire.“ Soc. de Derm. et de Syph. Nov. 1903.

G. *Mycosis oidica* resp. Soor.

207. Scheff. „Soor im Kohlkopfe.“ Wien. med. Pres. N-r 25, 1873.
208. J. Simon. Nouv. dict. de méd. et chir. prat. Paris 1877.
209. Damaschino. „Muguet phar.“ L'union méd. 1881.
210. M. Schmidt. „Ueber die Localisation d. Soorpilzes i. d. Luftwegen.“ Zeigt. Beitr. z. allg. Path. B. 8.

211. Zalesky. „Ein Fall von Soor in Magen.“ Virch. Arch. B. 31—64.
212. Pürcheimer. „Ein Fall von Schlunglähmung im Verlaufe des Soors.“ *Jahr. f. Kind. B.* 21, 1884.
213. Tordeus. „Muguet primitif de la gorge dans le cours de la fièvre typhoïde.“ *Jour. de Méd., de Chir. et le pharm.* Janv. 1884.
214. Soltmann. Eulen. *Real Encycl.* II Auf. 1885 (Soor).
215. Lōri. „Die durch anderweitigen Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre.“ Stuttgart 1885.
216. Bagiński. „Ueber Soorkulturen.“ *Deut. med. Woch. N-r* 50, 1885.
217. Klemperer. „Ueber die Natur des Soorpilzes.“ *Centr. f. kl. Med. N-r* 50, 1883.
218. Stumpf. „Untersuchungen ueber die Natur des Soorpilzes.“ *Münch. med. Woch.* 3/XI 1885.
219. Tordeus. „Muguet primitif de la gorge chez un enfant de six mois.“ *Jour. de méd. de chir. et de phar.* 1885.
220. Ariza. „Micosis y tuberculosis laringeas.“ *Mem. d. l. Soc. esp. de lar.* Barc. 1886, 2 Lect.
221. Freudenberg. „Ueber Soor beim gesunden Erwachsenen.“ *Centr. f. klin. Med. N-r* 48, 1886.
222. Simon. „Diagnostic différentiel de muguet, de l'angine pultacée, de la scarlatine et de la diphtherie.“ *Gaz. des hôp.* 8/III 1887.
223. Van der Hagen. „Enkele gevallen von Soor.“ *Week. v. U. Neder. Tid. v. Gen. N-r* 1, 1889.
224. Schadowaldt. „Pseudodiphtherie durch Soor.“ *Int. Cent. f. Lar.* 1889/90, p. 588.
225. Boinet. „Applications therapeutiques de la levure de bière dans le muguet et la diphtherie.“ *Bull. gén. de ther.* 30/IX 1890.
226. Blasi. „Della riforma materiale dei Brefotrofi quale unico mezzo profilattico contro il mughetto endemico.“ *Gaz. dei osp.* Apr. 1891.
227. Berti e Blasi. „Del mughetto endemico nei Brefotrofi.“ *Arch. ital. di ped.* Jan 1891.
228. Achaline. „La champignon de mughet.“ *Gaz. des hôp.* 25/IV 1891.
229. Thorner. „Trush of the pharynx and nose in a adult occurring during an attack of the grippe.“ *Cinc. Lancet clin.* 20/II 1892.
230. Altmann. „Ein Fall von Soor bei einer 60 jährigen Frau.“ *Int. kl. Rund.* 1892, N-r 34.
231. Krakenberger. „Beitrag zur Microscopie einiger Erkrankungen der Mund und Rachenhöhle.“ *Diss. Würzburg* 1893.
232. Aufrecht. „Zur Behandlung des Soors in der Speiseröhre und im Magen.“ *Ther. Monat.* 1893 Aug.
233. Mettenheimer. „Soor im höheren Alters.“ *Allg. Wien. med. Zeit.* 1894, N-r 6.
234. Teissier. „Sur un cas d'angine pseudomembraneuse observée

chez une syphilitique avec présence exclusive dans l'exsudat des formes levures du muguet." Arch. de méd. exp. VII 2, 1895.

235. Guimbretière. „Essai sur l'angine pseudomembraneuse due au muguet." Thèse de Toulouse 1896.
236. Monnier. „A propos d'un cas d'angine pseudomembraneuse du au muguet." Gaz. méd. de Nantes 12/X 1896.
237. Grotz. „Beiträge zur Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Soors bei Neugeborenen." Jahr. f. Kinderh. 42—2 U., 1896.
238. Sędziak. „Niezwyczajny przypadek pleśniawek (Soor) w jamie ustnej, nosogardzielowej i w krtani." Gaz. lek. 1891, N-r 6.
239. Klemperer. „Soor des Kehlkopfes." Heym. Hand. d. Lar. u. Rh. I B. II U. 1898, p. 1302.
240. Vuillermine. „Les caractères spécifiques de champignon du muguet." Acad. des Scien. 24/X 1898.
241. Escherich. Die Therapie der Gegenwart." 1899, N-r 7.
242. Editors of Pensylv. Med. Jour. Oct. 1899. „For thrush (Parasitic stomatitis)."
243. Raoult et Finck. „Deux cas d'angines dues au muguet." Arch. de Lar. Sept. Oct. 1899.
244. Symes. „Ou thrush." Arch. of Pediatrics. Juni 1899.
245. Labbé. „Traitement du muguet chez les nouveaux nés." Presse méd. 13/XII 1899.
246. Bojadjew. „Du muguet chez l'enfant." Thèse de Montpellier 1899.
247. Cattaert. „Thérapeutique du muguet." Soc. de Biol. 26/V 1900.
248. Oppenheim. „Kilka ciekawych przypadków z praktyki laryngologicznej." Gaz. lek. 1900, 31.
249. Gage. „A case of oidium albicans in the adult." Laryngoscop. IV 1902.

H. *Blasto (sacharo) mycosis.*

250. Parak. „Observation d'une lésion parasitaire non décrite de la langue chez le nouveau né." Jour de méd. Paris 5/I 1896.
251. Troisier et Achaline. „Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet." Arch. de Méd. exp. et d'An. path. Paris 1893.
252. Kamann — cytowany u Schech'a l. c.
253. Hav. Hall. „Mycosis fungoides." Brit. med. Jour. 30/III 1895.
254. Hallopeau et Jeanselme. „Sur un cas de mycose fungoïde avec localisation palatine et induration scléreuse de la langue. Resultats de l'autopsie." Ann. d. l. Soc. d. Derm. t Syph. 1893.

Z PRACOWNI PATOL. OGÓLNEJ UNIWERS. WARSZ.

II. O STOSUNKU TOKSYNY DO ANTYTOKSYNY.

PODAŁ

JERZY BRUNNER.

(Dokończenie).

Kwestyę nas obchodzącą staraliśmy się rozwiązać w sposób nieco odmienny.

Nasza toksyna tężcowa i antytoksyna były dość słabe. Doświadczenia przedwstępne kazały nam obrać dawkę $\frac{1}{2}$ cent. sz. toksyny tężcowej; dawka ta zabijała króliki wagi 1000 — 1500 g. po upływie 3×24 godzin; $\frac{1}{100}$ cent. sz. surowicy przeciw tężcowej najzupełniej zobojętniała wspomnianą dawkę toksyny, tak że mieszaninę:

0,5 c. sz. Tet. T. + 0,01 ctm. sz. Tet. A.
króliki znosiły bez żadnych objawów chorobowych.

Z tętnicy szyjowej zdrowego królika wypuszczano całą krew, którą odwłókniano zaraz przez klócenie z kawałkami szkła w kolbce; po oddzieleniu włóknika krew ogrzewano do 38° C. i zastrzykiwano do żyły szyjowej tego królika, na którym dokonywano doświadczenia.

Temu ostatniemu zwierzęciu wprowadzano rurkę szklaną (kaniulę) do tętnicy szyjowej i przez tę rurkę wypuszczano krew (za każdym razem aż do zjawienia się drgawek), podczas gdy do żyły zastrzykiwano natychmiast ogrzany do 38° C. roztwór fizyologiczny i odwłóknioną krew drugiego, zdrowego królika. Krew z tętnicy szyjowej wypuszczana była do naczynia mianowanego dla oznaczenia wypuszczanej za każdym razem ilości, albowiem taką samą ilość płynu (roztworu fizyologicznego lub krwi) wprowadzano do żyły.

Dodamy jeszcze, że w celu usunięcia rozcieńczenia krwi jedynie pierwsza porcja krwi wypuszczanej była zastępowana przez roztwór fizyologiczny; następne porcje (w każdym doświadczeniu krew była wypuszczana oddzielnymi porcjami kilkakrotnie) były zastępowane przez krew normalną. Po ukończonej operacji podwiązywano naczynia i zeszywano ranę na szyi, a zwierzę umieszczano w klatce dla dalszej obserwacji.

Poniżej przytaczamy opisy poszczególnych doświadczeń.

Doświadczenie I-sze.

Króliczce wagi 1300 g. zastrzyknięto do żyły ucha 0,5 c. sz. toksyny tężcowej, poczem natychmiast rozpoczęto doświadczenie, a mianowicie wypuszczanie krwi; wypuszczono ogółem 70 cent. sz. krwi, którą zastąpiono przez 25 cent. sz. roztworu fizyologicznego i 45 cent. sz. odwłóknionej normalnej krwi króliczej. Po upływie 30 godzin wystąpiły pierwsze swoiste objawy zatrucia, po 48 godzinach śmierć wśród objawów ogólnego tężca.

Doświadczenie II-gie.

Królik wagi 1080 g.; do żyły ucha wprowadzono 0,01 ctm. sz. antytoksyny tężcowej, poczem natychmiast rozpoczęto doświadczenie.

Wypuszczono ogółem 75 cent. sz. krwi, wprowadzono zaś 25 cent. sz. roztworu fizyologicznego i 50 cent. sz. normalnej krwi odwłóknionej drugiego królika; następnie w mięśnie uda zastrzyknięto 0,2 cent. sz. toksyny tężcowej.

Po 24 godzinach wystąpiły pierwsze objawy choroby; po 36 godzinach śmierć wskutek tężca.

Podobne *doświadczenie III-cie* wykonano na króliku wagi 1215 g. z zastrzykiwaniem również 0,01 cent. sz. Tet. A.; wypuszczono ogółem 65 cent. sz. krwi i zastrzyknięto tyleż krwi i roztworu soli; następnie zastrzyknięto 0,5 cent. sz. Tet. T. Śmierć po 20 godzinach.

Doświadczenia te, stwierdzając w zupełności wyniki doświadczeń Decroly, dowodzą, że po zastrzyknięciu toksyny tężcowej zostaje ona związana przez komórki i ginie z krwi,

antytoksyna zaś po zastrzyknięciu krąży we krwi i może być wydalona przez przez przemywanie narządu krwionośnego.

Doświadczenia nasze pozwalają nam stwierdzić fakt ten jedynie zasadniczo, nie rozwiązując bynajmniej sprawy we względzie ilościowym, nie możemy bowiem określić, czy cała ilość toksyny została wessana i czy antytoksyna w całości krąży we krwi. Pomimo to jednak fakty przytoczone wystarczają w zupełności dla uzasadnienia dalszych doświadczeń. Przedewszystkiem musimy wspomnieć, że wstrzykiwana przez nas w tych doświadczeniach mieszanina z $\frac{1}{2}$ cent. sz. Tet. T. + $\frac{1}{100}$ cent. sz. Tet. A. sporządzana bywała bezpośrednio przed samem doświadczeniem, tak że obydwie składniki były w zetknięciu w ciągu najwyżej 15 do 30 minut (w ciepłocie pokojowej).

Doświadczenie IV-te.

Królikowi wagi 1585 grm. zastrzyknięto do żyły ucha mieszaninę z $\frac{1}{2}$ ctm. sz. Tet. T. + $\frac{1}{100}$ cent. sz. Tet. A. wraz z niewielką ilością fizyologicznego roztworu soli.

Natychmiast rozpoczęto doświadczenie, polegające na przemywaniu układu krwionośnego, przyczem ogółem wypuszczono 94 ctm. sz. krwi, wprowadzono zaś 34 ctm. sz. roztworu fizyologicznego i 60 ctm. sz. krwi innego, zdrowego królika.

Królik pozostał zdrów zupełnie.

Doświadczenie V-te.

Królik wagi 1725 grm.; do żyły zastrzyknięto $\frac{1}{2}$ cent. sz. Tet. T. + $\frac{1}{100}$ cent. sz. Tet. A.

Po upływie 5 minut rozpoczęto przepłukiwanie układu krwionośnego; wypuszczono 100 cent. sz. krwi i wprowadzono 27 cent. sz. roztworu fizyologicznego i 73 cent. sz. krwi odwłóknionej zdrowego królika.

Zwierze pozostało zdrowe.

Doświadczenie VI-te.

Królik wagi 1278 grm.; do żyły ucha zastrzyknięto $\frac{1}{2}$ cent. sz. Tet. A. + $\frac{1}{100}$ cent. sz. Tet. A.

Po upływie 15 minut rozpoczęto doświadczenie. Wypuszczono 85 cent. sz. krwi i zastrzyknięto 23 cent. sz. rozczyynu fizyologicznego i 62 cent. sz. krwi odwłóknionej.

Zwierzę pozostało zdrowe zupełnie.

Doświadczenia powyższe stwierdzają z całą stanowczością, że dzięki 15-0 lub 30-0 minutowem działaniu wzajemnemu *in vitro* toksyny i antytoksyny powstaje połączenie tak trwałe, że w ustroju zwierzęcym nie może uleść rozkładowi.

Doświadczenia te, z jednej strony, przemawiają przeciwko poglądom tych autorów, którzy nie uznają zubożenia toksyny przez antytoksynę i nieszkodliwość takiej mieszaniny tłomczą działaniem antytoksyny na komórki; z drugiej strony, doświadczenia te obalają twierdzenie Wassermanna i Brucka, którzy uważają za możliwe rozszczepienie *in vivo* mieszaniny, trzymanej *in vitro* mniej niż 2 godziny.

Zdaniem naszym, mieszanina ta bardzo rychło po przyrządzeniu staje się tak trwałą, że 1-0, 5-10 i 15-0 minutowe jej przebywanie w ustroju nie może jej rozszczepić.

Godną uwagi jest również kwestya powinowactwa toksyny do komórek nerwowych ustroju w porównaniu z powinowactwem jej do antytoksyny.

Dwa przytoczone poniżej doświadczenia rzucają pewne światło na tę sprawę.

Doświadczenie VII-me.

Królik wagi 1925 grm. Do żyły prawego ucha zastrzyknięto $\frac{1}{2}$ cent. sz. Tet. T. Po upływie 5 minut do żyły lewego ucha zastrzyknięto $\frac{1}{100}$ cent. sz. Tet. A.; po 5 następnych minutach zaczęto przemywać układ krwionośny. Ogółem wypuszczono 100 cent. sz. krwi i wprowadzono 30 cent. sz. rozczyynu fizyologicznego i 70 cent. sz. krwi drugiego królika.

Na 3-ci dzień wystąpiły pierwsze objawy tężca, na 6-ty dzień—śmierć.

Doświadczenie VIII-me.

Królik wagi 1522 gram. Do żyły prawego ucha zastrzyknięto $\frac{1}{2}$ cent. sz. Tet. T.; po upływie 5 minut do żyły lewego ucha — $\frac{1}{100}$ cent. sz. Tet. A., po następnych 15-tu minutach zaczęto wypuszczać krew. Wypuszczono ogółem 93 cent. sz. i zastrzyknięto 23 cent. sz. roztworu soli i 70 cent. sz. krwi odwłóknionej. Następnego dnia wystąpiła sztywność grzbietu, na 4 dzień zwierzę padło wśród objawów tężca.

Doświadczenia te są w zupełnej zgodzie z przytoczonymi powyżej wynikami badań Dönitza i stwierdzają, że 5-io minutowe zetknięcie jadu tężcowego z komórkami ustroju tworzy połączenie na tyle ściśle, że 5-io a nawet 15-0 minutowe następcze działanie antytoksyny połączenia tego rozszczepić nie może.

Doświadczenia te, zauważyć należy, bynajmniej nie przeczą wyżej przytoczonym; winniśmy jedynie przypuścić, że powinowactwo toksyny do receptorów komórek i do antytoksyny jest równie silne i że od chwili połączenia związek ten coraz więcej się umacnia. Rzecz prosta, że w tych warunkach rozszczepienie połączenia nie jest możliwe.

W ostatnich doświadczeniach naszych wydobyć toksyny z komórek byłoby prawdopodobnie możliwe jedynie w tym przypadku, gdybyśmy podziałali nie równoważną lecz kilkakrotnie większą ilość antytoksyny.

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA
W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(Ciąg dalszy).

Długi czas szpitale obywateli się bez stałej opieki lekarskiej, gdyż pierwotnym ich zadaniem nie było, jak wiemy, leczenie chorych. Później, kiedy szpitale zaczęły się zbliżać do typu nowożytnego, ukazują się w nich lekarz, najpierw jako przygodny dobroczyńca, ofiarujący bezpłatnie pomoc w razie potrzeby, później jako stały i płatny opiekun zdrowia.

W Warszawie, w szpitalu Jana Bożego aż do roku 1765 udzielał pomocy wyłącznie braciszek deżurny, a w szpitalu D-ka Jezus stały lekarz, z pensją 200 talarów rocznie, zjawia się dopiero od r. 1804, szpital św. Ducha wyznacza stałą płacę lekarzowi dopiero od r. 1832. Działo się to wbrew postanowieniu Komisji nad szpitalami, która już w r. 1775 orzekła, że „w każdym szpitalu musi być doktor y telczer wcale umiętni, a drugi aby oraz przy położkach koniecznie dopomagał... Każdy szpital ma mieć swoją osobną aptekę, nad którą doktor będzie miał dozór.”

Skoro jednak, jak widzieliśmy, do szpitali byli przyjmowani chorzy, samą przez się wynikała potrzeba specjalnej dla nich pomocy, jakoż, bez względu na brak przepisów po temu, powoływano cyrulików i lekarzy do służby szpitalnej. W Warszawie już w roku 1570 stale leczy chorych w szpitalu św. Ducha chirurg Kacper Balcerowicz; w tym właśnie roku urząd radziecki miasta Starej Warszawy, pod którego zarządem szpital pozostawał, pozwala pomienionemu chirurgowi na wzniesienie dla siebie domu na gruncie szpitalnym; z warunków umowy dowiadujemy się, że Kacper otrzyma plac darmo, natomiast będzie obowiązany leczyć w szpitalu „pauperes quovis morbo, etiam et gallico infectos,” co do tych

ostatnich z zastrzeżeniem wszakże, że muszą ponieść koszty lekarstw: „eorum tamen Sumptibus seu medicinis;” w roku 1592 w tymże szpitalu czynny jest chirurg Adam Szulc. (*Acta Civit. Ant. Vars. Lb. 6, fl. 325. Lb. 7, fl. 51. Lb. 12, fl. 65 v.*)

Zebrzydowski, dając w roku 1600 fundusz na utrzymanie 12 weteranów w szpitalu w Zebrzydowicach, przeznaczył dziesiątą część całego zapisu, a więc 100 zł. na utrzymanie chirurga. (*Metr. Reg. Lb. 145, fl. 259 v.*). Akt erekcyjny szpitala w Brześciu Litewskim z r. 1624 wyraźnie zastrzega, iż „ma być dobry cerulik namięty, któryby chore leczył.” (*Akty izdawajem. Wilenskoj archeolog. Komis. T. II*). Ch. Erndtel w opisie szpitali warszawskich z pierwszej połowy XVIII w. mówi, że w szpitalu św. Ducha Panien Marcinkanek przebywa stale po stu z górą chorych pod opieką chirurgów: „aegri qui a juratis civitatis chirurgis tractantur;” w tymże szpitalu Komisya policyi obojga narodów, sporządzając opis szpitali w końcu XVIII w., znalazła „felczera i felczerek 2,” a prócz tego był „jeszcze i jeden felczer królewski,” może wzywany na narady do ciężko chorych. W szpitalu miejskim św. Ducha w Warszawie, od r. 1792 do 1795, przy wydatkach rocznych 9060 zł. gr. 20, na dozorców szpitala, aptekę i *cyrulika* obracano 1400 zł.

W roku 1644 zwiedzała szpital św. Łazarza komisya rewizyjna, której „*produxit chirurgus* regestrum pauperum in xenodochio existentium variis morbis laborantium.” W roku 1664 wyznaczono tam chirurgowi 120 złp. rocznej pensyi, „za które powinien będzie codziennie lubo sam, lubo przez czeladnika swego ubogich nawiedzać i, gdy potrzeba będzie opatrywać, dodając wszystkich medykamentów, którychkolwiek corporibus laesis et infirmis ad extra potrzeba będzie, ad intra zaś apteka przewidować powinna.” Po trzech latach podniesiono zapłatę cyrulikowi ze 120 na 150 złp., „obowiązując go przytem, aby pilności i starania więcej około chorych przykładał,” a lekarstw do użytku zewnętrznego, jak dawniej, na swój koszt dostarczał. Rachunek z roku 1671 tak się przedstawia: „Cyrulikowi szpitalnemu salarium za rok fl. 150. Temuż cyrulikowi za medicamenta fl. 77 gr. 18. Temuż zosobna od francowatych ludzi fl. 70.”

Bywali nawet po szpitalach lekarze. Tak już w r. 1695 król Jan III, szacząc tytułem lekarza dworu doktora medycyny i filozofii Ludwika Waleryana Alembeka, mianuje go jednocześnie lekarzem szpitala Bonifratrów we Lwowie. W XVII w. jest już lekarz salinarny gwoli udzielaniu pomocy górnikom w szpitalu w Wieliczce.

(d. c. n.)

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Chirurgia.

356. Dönitz. **Technika, działanie i szczegółowe wskazanie do znieczulenia lędźwiowego.** (Arch. f. klin. Chirurg. T. 77, Zeszyt 4).

Obserwacye autora opierają się na 407 przypadkach, z których 102 znieczulano *stovainą*, 7 eukainą (lacticum), reszta kokainą. Najlepsze wyniki daje znieczulenie *stovainą* z dodatkiem preparatów nadnercza. Z udoskonaleniem techniki wstrzykiwania, z poznaniem różnych wad i drobnych usterek zmniejszyły się też i następowo występujące przypadłości, tak że obecnie autor wymiotów, bladeści lub innych objawów zatrucia zupełnie nie obserwuje, a 80% przebiega zupełnie idealnie, bez bólów głowy i gorączki. W rzadkich przypadkach znieczulenie zawodzi albo też występuje tylko po jednej stronie ciała. To ostatnie ciekawe zjawisko pochodzi od skośnego wbicia igły nieco z boku, a nie w linii środkowej, występuje też najczęściej przy wkłuwaniu w pozycji leżącej, wtedy bowiem ciało nie leży symetrycznie i trudno bardzo w środkową linię utrafić. Idealem jest, by trafić w linię środkową, tam bowiem znajduje się między obu połowami ogona końskiego mała cysterna, wypełniona płynem mózgo-rdzeniowym. Znieczulenie wtedy jest ogólne i pewne. Im płynu mniej, tem cysterna ta mniejsza i trudniej do niej dojść, a potwierdza to i spostrzeżenie kliniczne, że znieczulenie jest tem pewniejsze, im więcej płynu się spotka. Zagłębokie wbicie igły znieczuli przednią powierzchnię rdzenia i wywołać może przypadłości niemiłe w akcyi serca i oddechu. Powinno się zatem wbijać igłę tylko póty, póki płyn się nie ukaże i zostawić ją w tem położeniu. Obfitość płynu, a więc jego większe ciśnienie i szybsze krążenie, powiększa znieczulenie (tak co do jego rozległości, jak i nasilenia). Sztucznie osiągnąć to możemy przez położenie chorego po wstrzyknięciu z głową w dół podług Kadera, dalej przy zakładaniu na szyję opaski podług Bier'a i to albo przed lub po wstrzyknięciu. Przy założeniu opaski przed wstrzyknięciem można opaskę i nadal zostawić i wtedy znieczulenie będzie niższe, ale silniejsze, lub ją zaraz po wstrzyknięciu zdjąć, a wtedy pójdzie ono wyżej. Podobnie

wymioty, zmieniające ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego, wpływają także korzystnie na nasilenie znieczulenia.

Obecnie autor używa 4% roztworu stovainy lub pastylek o składzie:

stovaini 0,02

Supraren. borici 0,00013

Gummi arab. q. s. f.

Pastyłki te rozpuszcza w płynie mózgo-rdzeniowym. Po wstrzyknięciu dobrze jest jeszcze raz trochę płynu aspirować celem lepszego pomieszania i wydobycia części, które zawsze pod tłokiem i w igle zostają. Znieczulenie stovainą trwa krócej jak kokainą. Nadnerczyna trochę działanie przedłuża. Bardzo dobrze jest podawać chorym przedtem na silne przeczyszczenie. Obawa przed zakażeniem jest przesadzona i autor myje skórę tylko kilkakrotnie eterem. Dawka do 0,06 stovainy.

D-r Adolf Klęsk.

(Kraków).

357. Fischer. **Doświadczalne wywoływanie tętniaków.** (Deutsche med. Wochft. 1905. N-r 43).

Koester wykazał, że prawdziwe tętniaki powstają wskutek zmian błony mięsnej. Sztucznie próbowano wywoływać tętniaki n. p. przez miażdżenie ściany bez skutku. Dopiero Fabris'owi udało się wywoływać sztuczne tętniaki z pomocą żrących środków chemicznych. Właściwie jednak dopiero Josué wywołał sztuczne zmiany w ścianach tętnic (miażdżycę) i to za pomocą śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny. Przy takich wstrzykiwaniach tworzą się po pewnym czasie ograniczone obumarcia błony mięsnej, a wskutek nich wydymanie się ściany naczynia. Autorowi udało się podobnie za pomocą wstrzykiwania adrenaliny lub digalenu wywołać u królika tętniaki i na mocy tych doświadczeń dochodzi do przekonania, że sztuczne tętniaki wywołać można, a polegają one na obumieraniu ogniskowem ściany średniej tętnic. Cierpienie to zowie autor obumieraniem tętnic (arterionecrosis). Środki wywołujące to obumieranie działają dziwnie, bo nie na wszystkie tętnice i nie na wszystkie miejsca danej tętnicy. Prócz otoczenia ściany środki te (digalen i adrenalina) wywołują zwiększone parcie krwi, i kto wie, czy to ostatnie nie jest właśnie przyczyną powstawania obumierania i tętniaków.

D-r Klęsk.

(Kraków).

V. Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

358. Legg. **Wyniki gastrostomii z powodu raka przełyku.** (Lancet, 24 czerwca 1905 r.).

W Anglii jeszcze dotychczas bardzo wielu lekarzy jest tego zdania, że najlepiej wcale nie leczyć raka przełyku, gdyż stan chorego z przetoką żołądkową jest znacznie nieznośniejszy i gorszy, niż stan chorego ze zwężeniem przełyku. Autor na zasadzie 15-tu przypadków, które sam obserwował, dowodzi, że tacy chorzy z przetoką żołądkową mogą bardzo dobrze i znośnie żyć. On dowodzi, że za pomocą sposobu Frank'a można wytworzyć szczelnie zamkniętą się przetokę, i że tym sposobem znacznie się przedłuża życie takim chorym. 5 z tych chorych umarło wkrótce po operacji, 4 na perforację raka do tchawicy lub oskrzeli.

Autor poleca operację w tych przypadkach, gdy zjawiają się trudności w połykaniu, które prowadzą do kaszlu i połykania cząstek jedzenia.

Niestety, w większej części przypadków chorzy za późno oddają się pod obserwację lekarzy. I jeszcze jedno zaznaczyć trzeba, że w zaniedbanych przypadkach operacja nie wiele co pomoże, a we wczesnych operacja jeszcze nie potrzebna, gdyż przetoka żołądkowa nie należy do przyjemności życiowych. *W. Biehler.*

359. Kelly. **Gruźlica nerki.** (Brith. Med. Journal, 17 czerwca 1905).

Autor opisuje gruźlicę nerki tylko u kobiet. Autor zawsze stosował bezpośrednie oglądanie pęcherza i bezpośrednie katetyzowanie moczowodów pod kierunkiem oka za pomocą lusterka. Tym sposobem można zawsze otrzymać mocz z moczowodów oddzielnie i takowy zbadać. Gdy mamy do czynienia z jednostronnem zachorowaniem, to należy określić ilość mocznika w moczu ze zdrowej nerki. Jeśli ona jest dostateczną, to przystępujemy do operacji. Nigdy nie należy zaniechać badania przez pochwę, gdyż tym sposobem można świetnie wymacać moczowody zarówno ze zdrowej jak i z chorej strony. Zakażenie nerki gruźlicą u kobiet następuje li tylko przez naczynia krwionośne, pęcherz zakaża się wtórnie; ma się rozumieć, że druga nerka może być zakażoną przez pęcherz. Najlepszym leczeniem jest usunięcie nerki za pomocą cięcia lędźwiowego, za pomocą którego można też usunąć i chory moczowód.

Przy ciężkiem zapaleniu pęcherza z owrzodzeniami najlepiej wydrenować pęcherz za pomocą przetoki z pęcherza do pochwy, potem wyciąć nerkę i moczowód, ewentualnie z przylegającą ścianką pęcherza, nakoniec zaszyć przetokę i płukać przez dłuższy czas pęcherz roztworem lapisu.

W. Biehler.

360. Dun. **Zapalenie kiszki ślepej u dzieci.** (Glasgow Medical Journal, czerwiec 1095 r.).

Autor nie wierzy twierdzeniu, że zapalenie ślepej kiszki u dzieci częściej prowadzi do ropienia, niż u dorosłych; jest on mniemania, że łżejsze przypadki bardzo często uchodzą bacznności lekarza i dla tego bywają leczone często zupełnie niedostatecznie lub wcale. Napad w większej części przypadków zaczyna się bólami na około pępka, następują wymioty i rozwolnienie, przy tem ciepłota nie podwyższona, tętno tylko lekko przyśpieszone. Takie przypadki bardzo często bierze się za kolki lub nieżyt jelit. Należy lepiej zaczęsto stawiać rozpoznanie zapalenia ślepej kiszki, to jest wyrostka robaczkowego i taki przypadek zaraz leczyć, niż pozwalać dzieciom chodzić. Bardzo ważnem jest w stawianiu rozpoznania badanie dwiema rękoma przez odbytnicę. Gdy jest gorączka, która po upływie 4 dni nie ustępuje, to można z pewną ścisłością powiedzieć, że się formuje ropień; badanie krwi, które pokaże, że ilość białych ciałek krwi wynosi więcej niż 15,000, potwierdzi rozpoznanie ropnia.

W łżejszych przypadkach należy położyć dziecko do łóżka i nie dawać jedzenia, póki dziecko wszystko zwraca; środków przeczyszczających należy unikać; przy zatwardzeniu dać lawatywę. Przy silnych bólach dać belladonnę i gorące okłady,—należy unikać opium. Gdy mamy ropień, należy natychmiast go otworzyć; usuwa się wyrostek robaczkowy tylko wtedy, gdy go łatwo odnaleźć można. Gdy są przewlekłe dolegliwości, to należy usunąć wyrostek robaczkowy później. Usunięcie wyrostka poleca autor zawsze w tych przypadkach, w których było dwa lub więcej napadów przedtem.

W. Biehler.

361. Charles Lester Leoward. **40 przypadków kamieni w moczowodach.** (Lancet, 17 marca 1905).

Autor jest mniemania, że częściej spotykamy kamienie w moczowodach, niż w nerkach: Kamienie w moczowodach łatwo rozpoznać za pomocą fotografii rentgenowskiej. Tym sposobem można też bardzo łatwo skonstatować dalsze posuwanie się kamieni, co pozwala nam w wielu takich przypadkach postępować wyczekująco.

Autor sam leczył tak 26 przypadków bez operacji i zauważył, jak kamień sam odszedł.

Autor radzi zachowanie wyczekujące w tych przypadkach, gdy chory żali się na długotrwałą, tępy ból w krzyżu, gdy wywiad chorego wykazuje występowanie się napadów, gdy można skonstatować nie wielką wodną puchlinę nerki i gdy się widzi na fotografii rentgenowskiej, że kamień znajduje się nie w nerce, ale w moczowodzie. W takich przypadkach bardzo często udaje się sile „vis a tergo“ jeszcze rozpędzić kamień bez operacji. Tacy chorzy powinni dużo chodzić; oni mogą wszystko jeść, co im się tylko podobają, powinni też pić w wielkich ilościach wody alkaliczne.

Autor poleca używanie maślanki, pepsyny i kwasu mlecznego, aby zapobiedz tworzeniu się nowych kamieni przy nadmiarze fosforanów w moczu. W każdym przypadku przed operacją należy chorego prześwietlić jeszcze raz, gdyż bardzo często się zdarza, że kamień już się znajduje w pęcherzu. Z pęcherza łatwo także kamień wyplukać kateterem.

W. Biehler.

K O R E S P O N D E N C Y A.

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

(Dokończ.)

Sekcja patologii ogólnej i anatomii patologicznej postawiła za temat: „Chorobę Bright'a.“

Referentów było dwóch: Ponfick (Wrocław) i Müller (Monachium). Prof. Ponfick, który pierwszy głos zabierał, utrzymuje, że podział nerytów na mięsaszowe i śródmięsaszowe, lub też „dużą białą nerkę,“ i „małą czerwoną“ nie wytrzymuje już dziś krytyki. Najracjonalniejszym jest podział, który uwzględnia nie tylko anatomiczno-histologiczne dane, lecz i różnorodność obrazu klinicznego i momenty etiologiczne. Dla celów pedagogicznych winien nadal pozostać podział Frerichs'a (obrzemiecie zapalne, zwyrodnienie, marskość); pamiętać jednakże zawsze trzeba, że oba rodzaje tkanek: mięsasz i śródmięsasz są zajęte sprawą choroby, chociaż w różnym stopniu. Marskość nerek rozróżnia autor dwojakiego rodzaju: pierwotną pod wpływem bakterii lub też ich jądów i wtórną.

W sekcji ginekologicznej postawiono temat do dyskusji: „Wie weit soll das Recht des Kindes auf Leben bei der Geburt gewahrt werden?“ Referentem był Krönig (Fryburg B.). Korreferentem v. Calker (Strasburg).

Sekcyja chorób dziecięcych wybrała temat do zreferowania: „Stosunek nauki o chorobach dziecięcych do higieny szkolnej.“ Referentami byli Selter (Solingen) i Göppert (Katowice).

W sekcji medycyny sądowej dyskutowano nad trzema tematami: 1) Śmierć przy pomocy elektryczności; 2) Morfinizm pod względem prawnym; 3) Stan umysłowy młodocianych przestępców.

Jednocześnie ze Zjazdem urządzona została Wystawa Lekarska. Wystawę tę można podzielić na kilka działów. W pierwszym z nich widzieliśmy plany nowego szpitala, nowego Kurhauzu, który ma stanąć w Meranie, oraz rozpoczętej kanalizacji Meranu. Inny dział obejmował wszelkie instrumenty potrzebne bądź do badania, bądź do leczenia chorych. W dziale tym pomieszczono znakomite röntgenogramy firmy „Polyphos“ z Monachium; oddzielny dział poświęcony był najrozmaitszym środkom lekarskim i odżywczym, których próbki rozdawano zwiedzającym. Bardzo ciekawym wreszcie i pouczającym był ostatni dział, urządzony przez „Towarzystwo Walki z partactwem lekarskim.“ Są tu skrzętnie zebrane wszelkie dane statystyczne o partaczach, o ich liczbie w oddzielnych miejscowościach, o ich działalności i t. d. Z porozwieszanych tablic graficznych dowiadujemy się, że są w Niemczech miejscowości, gdzie liczba partaczy równa się liczbie dyplomowanych lekarzy, ba, nawet ją przewyższa (Chemnitz). W tablicach tych wykazany jest niski poziom wykształcenia partaczy, to znowu moralna ich wartość, lub ujemne skutki ich działalności dla zdrowia ludzkiego.

W innym znowu miejscu widzimy rozmaite ogłoszenia partaczy, korespondencje z pacjentami, broszury reklamowe i t. d.

Niezapomniano tu i o aptekach, występujących w roli partaczy. Przedstawiono tu szereg leków tajnych z wymieniem firmy apteki, z kąd pochodzą, środki te w najlepszym razie są niewiele warte, niekiedy nawet wprost szkodliwe. W kolekcji tej najpocześniejsze miejsce zajęła pewna apteka z Wrocławia.

Organizatorowie Zjazdu nie zapomnieli i o uprzyjemnieniu swym gościom pobytu w Meranie: było zatem przedstawienie w teatrze ludowym, gdzie odtwarzano epizody z walk o niepodległość Tyrolu. Było i wesele Tyrolskie i wieczór pieśni tyrolskich i festyn na promenadzie z piękną iluminacją brzegów Passery i gór

otaczających Meran, wyścigi konne i walka zapaśnicza tyrolska, wreszcie przedstawienie galowe w teatrze miejskim.

Po skończonym Zjeździe odbyło się kilka bliższych i dalszych wycieczek w piękne okolice Meranu, pomiędzy innymi do Bozen-Griēs, oraz do Lewico.

Każdy z uczestników Zjazdu prócz drobniejszych publikacji i rozmaitych niemieckich pism lekarskich otrzymał artystycznie wydany i wykonany album Meranu.

Następny Zjazd zaprojektowano w roku przyszłym w Stutgardzie, chociaż podnoszą się głosy, aby zmienić termin zjazdów na dwuletni, gdyż wskutek corocznego urządzania tych zjazdów braknie nieraz naukowego materiału, który w tak względnie krótkim przeciągu czasu trudno nagromadzić i odpowiednio obrobić.

D-r Med. H. Kucharzewski.

Pierwszy kongres chirurgiczny międzynarodowy

(W BRUKSELLI).

skreślił

Aleksander Zawadzki (Warszawa).

Trzy lata temu rozpoczęto agitację w celu zawiązania międzynarodowego Towarzystwa chirurgów i oto owocem tych zabiegów był tegoroczny zjazd.

Prezesem komitetu międzynarodowego był prof. Willems, z Gandawy, sekretarzem prof. Depage z Brukselli, prezesem samego zjazdu prof. Kocher. Zjazd otworzył w imieniu króla minister rolnictwa Van der Bruggen w gmachu Akademii nauk.

Bardzo dobrym pomysłem można nazwać urządzenie poczty dla członków; tam otrzymywali (każdy w swojej szafce) wszystko dla nich przeznaczone: więc książki, programy, listy itd., — obok pokój do pisania i czytelnia, na pierwszym piętrze biuro sekretarjatu.

Cały szereg sal zajęli wystawcy narzędzi chirurgicznych (przeważnie belgijscy, niemieccy, francuscy i paru anglików).

Na wstępnem posiedzeniu przemawiali prezesi i w imieniu swoich państw poszczególni delegaci (Sonnenburg, Jonesko, Eiselsberg i t d.), poczem prezes otworzył dyskusję nad i punktem prac zjazdowych.

1. Znaczenie badania krwi w chirurgii. Referenci: Depage, Sonnenburg, Oritz de la Toire, Keen).

Depage (Bruksella) streszcza i krytykuje wszystkich referentów; dochodzi do wniosku, że wszyscy zgadzają się w rzeczywistości, że kryoskopia krwi nie ma zbyt wielkiego znaczenia, jodofilia również nie może rościć sobie większych praw od eozynofilii i bakteremii. Badanie krwi nabiera dopiero znaczenia wobec danych klinicznych. Hemoglobinę radzi określać za pomocą tablicy Tallquist'a.

Sonnenburg (Berlin) zaznacza wartość leukocytozy w różniczkowaniu rozpoznania: gdy sprawie ostrej, umiejscowionej w małej miednicy, towarzyszy leukocytoza 50.000, przemawia to za zapaleniem przydatków śluzoropnem. Sądzi, że sprawy przewlekłe mają podobnie do spraw ostrych odpowiedni wzór hematologiczny. Krzywa lenkocytozy ma znaczenie dla rokowania — daje możność np. rozpoznania otorbiana się ropnia.

Mówca kładzie nacisk na wartość badania krwi, które pozwala wykonać np. odjęcie kończyny w przypadkach urazów, powikłanych zakażeniem w czasie właściwym. W końcu potępia nadużywanie ostrej łyżki, która otwiera zbyt często wrota dla zakażenia bądź drogą naczyń krwionośnych, bądź limfatycznych.

(d. n).

Kronika bieżąca.

(Kn) Kuchnie ruchome, cieszące się w Prusach popularnością wielką, ustępują pod niejednym względem praktycznym ludowej kuchni ulicznej w Maladze. Miasto to, o nazwie tak melodyjnej, ojczyzna fig i gron wspaniałych, należy do najbrudniejszych i najmniej wstrętnych miejscowości w Hiszpanii. Ulice wybrukowane źle i pełne wybojów, niezbyt nadają się do przechadzki w dzień pogodny nawet; domy bez śladu stylu, w gruzy sypiące się pod lat ciężarem i niechlujne do niemożliwości sklepy tworzą w ujemnem zespoleniu swem obraz, nie odpowiadający wcale uznanej przez świat całej doskonałości płodów Malagi. Pomimo to w czeluściach brudnych sklepów miasta kryje się wiele rzeczy arcypożądanych, zwłaszcza dla ludności ubogiej. Smażone ryby, pieczone kasztany i rzepa, ulubiony, wreszcie, przysmak narodowy: opiekane kartofle olbrzymiej wielkości (patatas) są potężnym dla zgłodniałych wabikiem,

tem więcej, że wszystkie artykuły te sprzedają się w sklepikach prosto z patelni, na gorąco. Na klienteli też sklepom nie zbywa nigdy i cudzoziemiec z podziwem nieraz patrzy, jak koło owych kuchni ulicznych zgromadzeni tłumnie rośli, ogorzali potomkowie hidalgów za garść miedziaków raczą się pożywieniem smacznem i zdrowem.

(Kn) Armia francuska traci rocznie około 3,700 ludzi skutkiem gruźlicy, licząc w tem zmarłych, lub zwolnionych od służby wojskowej. Chorzy są tu najczęściej osobnikami, obciążonymi dziedzicznie (przymiot, pijaństwo i t. p.). W tym stanie rzeczy lekarz wojskowy, d-r Caziot występuje z propozycją, istotnie, dość niezwykłą, by popisowych takich nie trzymać w koszarach wraz żołnierzami innymi, lecz w obozach, urządzonych na wzór sanatorium, gdzie, szcędząc sił fizycznych, należy dać ludziom tym wyrobienie wojskowe (!). Według obliczeń, do względów tego rodzaju kwalifikuje się we Francji około 12 tysięcy szeregowców. Ponieważ przerwywatywa taka nie jest konieczną w ciągu całego trzy- czy dwuletniego okresu, lecz częściowo, przez 6, 12 lub 18 miesięcy, wystarczy zatem trzymać ów szpital obozowy w gotowości tylko na 6,000 ludzi. Baraki obozu, w łagodnej co do klimatu miejscowości, winny wyróżniać się znacznymi wyniarami pokojów, zwłaszcza sypialni. Ludzi tych wypadnie żywić obficie, dobrze ubierać, nie zbytnio męczyć służbą, ułatwiać pobyt na powietrzu świeżem, chroniąc, wszelako, możliwie od zmian powietrza. Nieustanny dozór lekarski jest, oczywiście, niezbędnym.

Propozycja to, jak na stosunki francuskie, bardzo charakterystyczna. W obec nieznacznego tylko przyrostu ludności we Francji do wojska brany jest każdy, jako tako zdalny, byle tylko etat wojsk utrzymać na równi z sąsiadem z za Renu. Że wielu powołanych do pułku należałoby zwolnić zupełnie z uwagi na zdrowie, widać to jasno z rozprawy Caziota. (*Revue d'Hygiène*. T. 26, N-r 4).

Prościej byłoby może cherlaków, wymagających pielęgnacji, nie wciągać do armii. Z drugiej strony, wywody d-ra C. mają swą rację wielką w znaczeniu socyalnem. Żywienie dobre, umiarkowane ćwiczenia gimnastyczne i zahartowanie w obozowisku szpitalnem w ciągu 2—3 lat mogłoby niewątpliwie wpłynąć dodatnio na zdrowie niejednego wojaka wątłego i przed gruźlicą zabezpieczyć go lepiej, niż związana z zawodem praca nieustanna, wykluczająca wszelakie przerwy na ćwiczenia fizyczne.

(Kn) Starszy lekarz sztabu, d-r Schücking z Salzburga, po powrocie swym z Dalekiego Wschodu w odczycie specjalnym omawiał akcyę sanitarną na placu boju. Zaznaczywszy na wstępie trudności, z jakimi borykać się musiano, z rosyjskiej zwłaszcza strony co do opieki i przewozu rannych, omawia z kolei kwestyę zaopatrywania w ubiór i środki opatrunkowe, wreszcie, sprawę pomocy lekarskiej u stron walczących. Zgodnie z programem, różne lazarety polowe posiadały około 27,000 łóżek, ilość ta jednak była najzupełniej niedostateczną, to też korzystano obficie z pomocy Czerwonego krzyża. Wzorzowana na niemieckiej, organizacya sanitarna japończyków pokazała

się również niewystarczającą w obec poważnych strat na placu boju, to też powiększono śpiesznie liczbę szpitali polowych i zapasowych do cyfry, przewyższającej normę 5 razy.

Dzięki rozległym zabiegom profilaktycznym, sprężystości policyi sanitarnej, sumiennemu, w granicach możliwości, stosowaniu metod przeciwwzakaźnych, udało się zapobiedz w przebiegu całej kampanii wybuchom chorób nagminnych. Od biegunki krwawej w wojsku japońskim ratowano się skutecznie dawkami kreozotu (3 pigułki dziennie), od beri-beri — częstą zmianą sposobu odżywiania się.

Ścisłość zachowywania przepisów higienicznych znalazła w armii mikada pole o tyle wdzięczniejsze, że inteligentny żołnierz japoński słuchał ich ślepo; zresztą, pojęcie o czystości wszczepionem miał już od dziecka.

Pod względem chirurgicznym stwierdzono raz jeszcze fakt, znany ogólnie, iż gładki, wyjąłowany pocisk małego kalibru (6,5 mm. po stronie japońskiej; 7,6 mm.—rosyjskiej) zadaje wtedy dopiero rany powikłane, gdy kula bije z odległości większej, gdy więc ulega zniekształceniu i pozbywa się swego pancerza. W każdym innym przypadku rany postrzałowe goiły się prędko — zwłaszcza drażące na wylot postrzały płuc. Bardzo groźnymi były za to pociski artylerji lądowej i morskiej, a najniebezpieczniejszymi — rany, zadane bronią białą w spotkaniu zblizka. Te ostatnie dawały też 80% śmiertelności. Leczenia ran u stron obu dokonywano przeważnie według metody przeciwwzakaźnej, przyczem paczki z materiałem opatrunkowym dawały się przechowywać wybornie. Do opatrunku pierwszego przywiązywano zawsze wagę największą, to też opatrunek ten w przypadkach lekkich prawie zawsze, w cięższych — bardzo często wystarczał do zagojenia się rany doszczętnego. W szpitalach i lazaretach pracowano, wedle możności, aseptycznie. Amputacje wykonywano rzadko: 3 — 4 na 1000 urazów. Lekarze stron obu otrzymywali wyniki gojenia ran świetne.

— Kol. Biegański obchodził temi dniami 25-lecie swej działalności.

Zmarli: D-r Jan Juchkamson na Dalekim Wschodzie w 40 roku życia. Padł ofiarą tyfusu.

D-r Zygmunt Rosenberg w Chersu (w Mandżuryi) w 35 r. ż. Padł ofiarą tyfusu.

Prof. Albert v. Kölliker, nestor histologii i embryologii, dnia 2 Listopada r. b. w Würzburgu, w wieku lat 89.

D-r Józef Rudzki w Mandżuryi wskutek nosacizny.

D-r Maryan Siedlewski, b. lekarz miejski w Chęcinach (gub. Kieleckiej), dnia 25 Listopada r. b. w Warszawie, w wieku lat 46.

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

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

<p>MATTONIEGO GISSHÜBLER najczystsza woda mineralna SZCZAWA-ALKALICZNA</p>	<p>Najlepszy Dyetetyczny i Orzeźwiający Napój</p>
---	--

Istniejący od roku 1890

DOM ZDROWIA

K. Dobrskiego

w Warszawie, Aleja Róż 10.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

1 Listopada b. r. wyszedł pierwszy numer miesięcznika:

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych

Współpracownictwo wybitniejszych specjalnych sił krajowych i zagranicznych, zapewnione.

Przedpłatę za 1906 r. — rocznie 6 rb. w Warszawie, 7 rb. na prowincyi i zagranicą — przyjmuje Redakcyja: Mazowiecka 4 m. 6, znaczniejsze księgarnie i biura dzienników ogłoszeń.

Redaktor i wydawca **Dr. Feliks Malinowski.**

**I Choroby nosa, jego zatok,
 oraz jamy Nosogardzielowej.**

II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studentci za pół ceny) u autora-wydawcy

D-ra JANA SĘDZIĄKA — Erywańska 10.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych



Bandaży oraz Brzytew oryginalnych
Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA

w WARSZAWIE, Bielańska 9, Hotel Paryski.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży,
przytem przyjmuje się **reperację** w zakres fabryki wchodzące,
po cenach najtańszych.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

Pracownia Artystyczna

Jana Nagórskiego

Marszałkowska 134.

poleca:

Monogramy, Herby—Fac-Simile, Żetony, i t. p. złote, srebrne i metalowe
Oraz specyalne dla Aptek i Składów Aptecznych: **Pieczętki papierowe.**

Cenniki i próby na żądanie gratis.

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny,

i pracownia przyrządów-ortopedycznych

D-ra REICHSTEINA

Warszawa, Twarda 10, Telefonu 4217.