

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z KAZUISTYKI SZPITALA NA PRADZE.

I. OMYŁKI DYAGNOSTYCZNE.

Podał

J. HORNOWSKI

lekarz miejscowy Szpitala.

PRZYPADEK VII.

Haemorrhagia cerebri, przebiegająca jako uraemia.

Dn. 7-IV 05 przybyła na oddział chora W. K., lat 66. Chora nieprzytomna, nic nie mówi, leży na łóżku pasywnie, ciężko i szybko oddychając.

Rodzina chorej opowiada, iż choroba zaczęła się nagle: chora upadła na ziemię, miała drgawki w całym ciele, wymiotowała prawie ciągle przez 24 godziny. Stało się to wczoraj rano. Poprzednio chora nigdy na nic, podobno, się nie skarżyła.

Przy badaniu, które, zaznaczam, ze względu na ciężki stan chorej i nieprzytomność, nie mogło być zbyt dokładne, znalazłem:

Oczy zamknięte, powieki sklejone. Źrenice wąskie, jednakowo reagują, lecz nader słabo, na światło.

Brwi stoją z obydwóch stron na jednym poziomie.

Fałda nosowowargowa lewa nieco słabiej zarysowana, niż prawa. Skrzydło nosowe prawe nieco uniesione ku górze.

Kąty ust symetryczne.

Skurcz zginaczy dłoni i ramienia lewej ręki. Ręka ta opada bezwładnie przy unoszeniu i chora ręką tą nie rusza.

Stopa lewej nogi in extensione.

Napięcie mięśni nogi tej wzmożone, chora jednak nogą tą porusza: zgina ją i rozgina w kolanie.

Odruchy ścięgnowe z lewej ręki i nogi nieco słabsze, niż ze strony prawej.

Na lewej stopie bardzo wyraźny objaw paluchowy Babińskiego.

Odruchy skórne wogóle wszędzie osłabione.

Chora oddaje mocz pod siebie. T° 37,8°. Oddechów 42 na minutę. Puls 100 twardy, napięty, dość rytmiczny.

W płucach mnóstwo świstów i rzężeń na całej przestrzeni. Granice serca na lewo powiększone — dochodzą do linea mamillaris sinistra.

Tony serca głuchawe; 2-gi ton na aorcie akcentowany z odcieniem metalicznym.

Ściany brzuszne wiotkie. W brzuchu wyczuwamy bardzo wyraźnie twardy brzeg wątroby, oraz twardy pęcherzyk żółciowy.

Mocz, wypuszczony za pomocą kateteru, reaguje kwaśno; ciężar gatunkowy 1,020; białka $2^{\circ}/_{00}$. W osadzie nader liczne walki nabłonkowe, ziarniste, szkliste oraz woskowe.

Pomimo danych analizy moczu, postawiłem rozpoznanie wylewu krwawego, umiejscowionego w korze mózgowej ze strony prawej w centrum ruchowym dla ręki lewej (monoplegia brachialis sinistra, drgawki), niezależnie od zapalenia nerek. W obec silnie napiętego pulsu—venesectio.

Na drugi dzień rano t° 38,8. Puls 120 twardy.

Rigiditas rąk i nóg mniejsza.

Objawy porażenia ze strony ręki lewej ustąpiły: chora porusza ręką—zgina ją i rozgina w łokciu.

Odruchy ścięgnowe ze strony lewej słabsze.

Babiński na stopie lewej nogi bardzo wyraźny.

W obec ustąpienia porażenia, zmian w moczu, powiększenia serca, wymiotów i drgawek w początku choroby, zmieniłem pierwotne rozpoznanie na: Nephritis. Uraemia.

Wieczorem tegoż dnia chora zmarła.

Na sekcji znalazłem:

Nephritis mixta. Haemorrhagia in *tegmentum* pedunculi ad cerebrum dextri in aquaeductus Sylvii, ventriculus III et IV.

Wylew w *tegmentum* pedunculi objaśnia nam ustąpienie objawów monoplegii — była to tylko monoplegia uciskowa; z chwilą, gdy krew dostała się do komór, ciśnienie jej osłabło na pes pedunculi i objawy plegii ustąpiły.

Niemówność, skutek nieprzytomności chorej, zbadania czucia i n. oculomotorii była przyczyną omyłki dyagnostycznej.

PRZYPADEK VIII.

Stenosis duodeni e gastroenteroptosi, przebiegająca przy objawach nowotworu złośliwego.

Dn. 5-VI 05 przybyła na oddział chora K. K., lat 65.

Skarży się ona na brak apetytu, ciągłe mgłności i wymioty, odbijania gorzkie, stałe zaparcie stolca. Choruje od 2-ch miesięcy. Stan pogarsza się stopniowo: od początku choroby wychudła znacznie.

Dotąd chorowała raz tylko w życiu kilka lat temu „na rozwolnienie.”

Ojciec umarł z głodu, matka na suchoty, siostra „na ból głowy,” brat wypadkowo.

Przy badaniu znalazłem:

Chora silnie wychudzona z żółtawo-ziemistym zabarwieniem skóry. Liczne angiomata na skórze pleców i piersi.

Oddechów 28 na minutę, puls 80, na obydwóch rękach synchroniczny, twardy, dość równy.

Źrenice wąskie, równe, prawidłowo reagują. Język suchy. Klatka piersiowa wązka, długa, z ostrym kątem międzyżebrowym.

Bronchophonia i wzmożony fremitus nad obydwoma wierzchołkami. Nad temiż wierzchołkami wyraźne stłumienia; wierzchołki mało ruchome.

Wysłuchowo w miejscach stłumienia wydech silnie wydłużony. Na całej przestrzeni klatki piersiowej mnóstwo świstów.

Na mostku szerokie stłumienie na manubrium oraz na 2 palce na prawo od niego.

Granice serca normalne, tony czyste, 2-gi ton na aorcie silnie akcentowany z odcieniem metalicznym. Puls na carotidach synchroniczny.

Ściany brzucha nadzwyczaj wiotkie. Wyczuwamy wyraźnie brzeg wątroby i śledziony, prawą nerkę, corde colique i konstatujemy silną, wyraźną pulsatio in epigastrio. Pozatem na 2 palce od środkowej linii ciała na prawo i na 2 palce poniżej łuku żebrowego wyczuwamy dość gruby wałek twardy, idący z góry na dół (pionowo), długości mniej więcej 5—6 cm., który nie porusza się przy oddechu, lecz daje się wprowadzić w podżebrze. Wałek ten jest silnie bolesny przy palpacyi.

Gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone.

Mocz kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1,014, nie zawiera białka ani cukru, zawiera znaczne ilości indykanu oraz urorezeinę. Diazoreakcyi nie daje.

W osadzie liczne złuszczenia z zewnątrznych organów płciowych oraz nieliczne ciała ropne.

Ze względu na stłumienie na mostku, oraz metaliczne tony aorty—chorej nie sondowałem.

Postawiłem rozpoznanie: Induratio tbc. apicum. Morbus Glenardi (enteroptosis) Arteriosclerosis. Suspitium aneurysmatis aortae, a wobec wyżej wymienionych objawów żołądkowych, wyniszczenia chorej, angiomatów na skórze i wyczuwania guza w brzuchu—carcinoma pylori (?).

Chora leżała na oddziale 2 miesiące. Przez ten czas

mocz i kał, kilkakrotnie badane, nie wykazywały nic patologicznego.

Guz w brzuchu wyczuwał się wyraźnie lub nie wyczuwał się zupełnie, zależnie od wzdęć, na które chora ciągle prawie się skarżyła. Wielkość guza nie uległa zmianie.

Chora miewała co kilka dni wymioty w 2—3 godzin po jedzeniu; wymioty były poprzedzane przez bóle w brzuchu.

W wymiocinach znajdowałem resztki dość dobrze strawionych pokarmów, ślady wolnego kwasu solnego, który można było jednak określić jedynie za pomocą dimetylamidoazobenzolu, czasami kwas masłowy i drożdże.

Kwasu mlecznego, krwi lub kawałków tkanki, pomimo badania każdych wymiocin, nigdy nie znalazłem.

Chora traciła na wadze, chudła coraz bardziej. Przebieg choroby utwierdzał mnie w przekonaniu przeszkody w pylorus, prawdopodobnie natury złośliwej; proponowałem chorej zabieg operacyjny — nie zgodziła się.

Dn. 8-VIII 05 chora zmarła.

Na sekcji znalazłem:

Induratio tuberculosa apicum. Atrophia fusca musculis cordis. Dilatio arcus aortae saccata cum arteriosclerosi. Atrophia simplex hepatis cum degeneratione parenchymatosa. Atrophia renum. Gastritis chronica. Gastroenteroptosis universalis, przyczem pylorus był zupełnie wolny, zaś dwunastnica była zgięta w formie V.

Zgięcie było na miejscu przejścia *partis verticalis descendentes duodeni* w *pars horizontalis*.

Zgięcie to było czysto mechaniczne wskutek ogólnego opadnięcia trzewiów, gdyż żadnego zrostu, ani strangulacji nigdzie nie znalazłem.

Zgięcie to wytwarzało zwężenie w dwunastnicy, co stanowiło kolosalną przeszkodę do przechodzenia jedzenia do кишки cienkiej, czego najlepszym dowodem było to, iż ścianki całej *partis verticalis descendentes duodeni* były tak zgrubiałe, iż grubość ich wynosiła $1\frac{1}{2}$ ctm.

Na preparacie mikroskopowym znalazłem jedynie znaczną hypertrophiam submucosae et muscularis duodeni.

Wątek wyczuwany za życia, było duodenum.

Chora zmarła wskutek wyniszczenia. (e. d. n.).

II. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAE

D-r JAN SĘDZIAK

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

(*Ciąg dalszy*).

Ponieważ jednocześnie istnieje zajęcie nosogardzieli i gardzieli, a także niekiedy i krtani wzgl. oskrzeli sprawą zanikową, do nieprzyjemnej suchości w nosie dołącza się wreszcie suchość w gardle, co—zwłaszcza w nocy jest bardzo dla chorych uciążliwym, wywołując nad ranem formalne wymioty przy staraniach wydobywania zeschniętej wydzieliny z jamy nosogardzielowej (również często przy pomocy palców, lub chustek). W tych razach bywają też: chrypka i kaszel, jakoteż duszność.

5) Stosunkowo często notowałem w mojej praktyce *krwawienie* z nosa (epistaxis) w przypadkach zanikowego nieżytu nosa—mianowicie 64 razy. Jurasz również wspomina o tym objawie (6 razy na 170 przyp.).

6) W przypadkach powikłań ze strony narządów: wzroku i słuchu, a także bocznych zatok nosa — bywa też mniej,

lub więcej wyraźne *osłabienie słuchu, łzawienie*, jakoteż *osłabienie wzroku, ropienie z nosa*, wreszcie *nerwobóle nad i podoczołowe* (neuralgiae supra et infra orbitales).

7) *Bóle głowy* należą do częstych objawów w zanikowym nieżycie nosa — nie tylko w przypadkach z powikłaniami różnorodnymi, lecz na drodze zwrotnej występujących — pod postacią ucisku w okolicy czołowej oraz skroniowej, często zaś typowej migreny.

Na 1142 przypadki zanikowego nieżyty nosa objaw ten notowałem 220 razy, co stanowi prawie 20%.

Jurasz również często spostrzegał go (23 razy na 170 przyp. tj. w 13,5%).

8) *Zawrót głowy* (vertigo) w przypadkach nieżyty zanikowego nosa wzgl. ozeny spostrzegałem 10 razy (z tych w 6 przyp. objaw ten prawdopodobnie zależał od spraw usznych).

9) T. zw. Aproxio t. j. pewnego rodzaju przytępienie umysłu — objaw zwykły w przypadkach t. zw. wyrosli adenoidalnych (Guye) spostrzegałem też i w zanikowym nieżycie nosa — mianowicie 70 razy (z tych jednakże lwia część t. j. 60 przyp. było powikłanych wyrosłami adenoidalnymi), od których prawdopodobnie zależał też wyżej wymieniony objaw.

10) Stosunkowo często też spostrzegałem *astmę* w zanikowym nieżycie nosa — mianowicie 28 razy, z tych jednakże w 18 przyp. istniały jednocześnie przerosty muszel. W pozostałych 10 przyp. wystąpienie astmy należy objaśniać sobie na drodze zwrotnej wskutek drażnienia błony śluzowej przez strupy.

11) Z innych rzadkich objawów notowałem w przypadkach zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny — następujące:

a) *mowa nosowa* — mianowicie 20 razy (z tych 15 przyp. było jednakże powikłanych wyrosłami adenoidalnymi);

b) *enuresis nocturna* — 4 razy (wszystkie z wyrosłami adenoidalnymi);

c) *paraesthesiae pharyngis* — 20 razy;

d) *neuralgia linguae* — 4 razy;

e) neuralgia trigemini—4 razy (raz z powikłaniem przewlekłym ropieniem usznym); wreszcie względnie często:

f) neurasthenia—mianowicie pod postacią: cancro-syphilet phthisiophobiae—mianowicie 48 razy, prawdopodobnie jako następstwo więcej, aniżeli przyczyna zanikowego nieżyty nosa.

Co się tyczy *powikłań* zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny, to w ogóle zdarzają się one w tem cierpieniu często.

Peck autor specjalnej—kwestyi tej poświęconej rozprawy doktorskiej (Paryż 1899) podaje je na 21%.

Według tego autora powikłania te występują głównie w następujących narządach:

- 1) w drogach łzowych i narządzie wzroku;
- 2) w bocznych jamach nosa;
- 3) w uszach i wyrostku sutkowym;
- 4) w krtani, tchawicy i oskrzelach;
- 5) w narządach trawienia, wreszcie
- 6) w systemacie nerwowym.

Jednym z najczęstszych powikłań zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny są t. zw. *wyrośle adenoidalne*, które notowałem w swojej praktyce na 1142 przyp. 64 razy, co stanowi więcej niż 5%.

Według Grünwald'a i Couetoux'a—wyrośle adenoidalne usposabiają do ozeny, tak że autorzy ci są zdania, że pomiędzy dwoma temi cierpieniami istnieje związek przyczynowy.

Grünwald mianowicie spostrzegł wyleczenie ozeny po operacji wyrosli adenoidalnych; Kayser natomiast jest zdania przeciwnego: że raczej ozena i wyrośle adenoidalne wzajemnie się wykluczają, z czem znowu nie zgadza się Cholewa.

Heymann, podtrzymujący pogląd Grünwald'a, idzie jeszcze dalej; utrzymuje on mianowicie, że obecność wyrosli adenoidalnych działa hamująco na rozwój ozeny; autor ten radzi w obec tego sztucznie powiększać ich rozmiary w celach leczniczych (pędzlowania jamy nosogardzielowej zapomocą *Tra capsici annui*).

Również stosunkowo bardzo często spostrzegałem *przerost muszeli nosa* w przypadkach zanikowego nieżytu nosa, mianowicie 60 razy na 1142 przyp. tego cierpienia t. j. więcej niż w 5%; z tych przerost muszli średniej istniał w 28 przyp., dolnych tylko 22 razy, wreszcie obu, t. j. średniej i dolnej muszeli 10 razy, po większej części przytem w jednej połowie nosa był przerost muszli średniej, w drugiej zaś — dolnej.

Jurasz również spostrzegał przerosty tego rodzaju (na 170 przyp. 8 razy, z tych w 4 przyp. na muszli średniej).

Statystyka ta potwierdza pogląd większej części autorów: że zanikowy nieżyt nosa jest następstwem przerostowego (John Mackenzie, Gottstein, Schaeffer, Moure etc.).

Oprócz klinicznych faktów na korzyść tego poglądu przemawiają również badania histologiczne: pod drobnowidzem obie te zmiany chorobowe, t. j. zanik i przerost istniały jednocześnie obok siebie (Flesh, Sicur i Jacob).

Zwolennicy wrodzonego pochodzenia nieżytu zanikowego nosa (np. ozaena neonatorum — Schirmunsky) uważają to ostatnie, jako dowód przeciwny. Jednakowoż słusznie John Mackenzie zwraca uwagę na fakt, że nawet w tych przypadkach nie możemy być pewni, czy wewnątrz macicy nie było nieżytu.

Demme widywał przejście postaci przerostowej nieżytu nosa w zanikową, co i ja również miałem możność spostrzegać w pewnych przypadkach.

Fischer, Williams, Gruber spostrzegał również obie te sprawy jednocześnie.

Pogląd ten jednakże ma i swoich przeciwników (Wyss, Hopmann, Roth, wreszcie Mulhall — ten ostatni przytacza, jako dowody — zresztą nie wytrzymujące krytyki — następujące: 1) w większości przypadków po przeroście nie bywa zaniku, 2) niema przypadków, ażeby u jednej i tej samej osoby stwierdzono obie te formy, wreszcie 3) zawsze postać zanikowa zdarza się u dzieci, a przerostowa u dorosłych i 4) postać zanikowa częściej występuje u kobiet).

Uchermann znowu utrzymuje — niesłusznie zresztą — że nie posiadamy dowodów histologicznych, zaś Valentin, oraz Kayser są zdania, że cierpienie to jest wrodzone (dziedziczne).

Wreszcie Rethi utrzymuje, że oba poglądy mają słuszność, t. j., że zanikowy nieżyt nosa może być następstwem przerostowego i, przeciwnie, może być on zupełnie niezależny.

Następnie stosunkowo dosyć często spostrzegalem — jako powikłanie zanikowego nieżytu nosa *przerost migdałków podniebiennych* — mianowicie 60 razy, zaś *przerost migdałka językowego* 42 razy, przyczem w 20 przypadkach jednocześnie istniał przerost całego pierścienia chłonnego na szyi (Waldeyer'a) t. j. migdałków podniebiennych, językowego, oraz gardzielowego — czyli Luschka'i.

Zboczenie przegrody nosa (deviatio septi resp. cristae et spinae) spostrzegalem 48 razy, co niewątpliwie musi mieć pewne znaczenie w etyologii zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny, przyczem część wklęsła, t. j. szersza jama nosowa była wyłącznie, lub przeważnie zajęta sprawą zanikową.

W dalszym ciągu notowałem też: serowate zapalenie migdałków (tonsillitis caseosa) — 16 razy; polipy nosa (10 razy), zmiana w kształcie nosa t. j. spłaszczona podstawa, czyli t. zw. nos siodełkowaty (nez de mouton — Sattelnase) — 32 razy, przyczem w 10 przypadkach notowano w anamnezie syfilis; przedziurawienie przegrody nosa (perforatio septi) 20 razy, z tych w 16 przyp. był jednocześnie lues.

To ostatnie powikłanie również często spostrzegał Jurasz (10 razy na 170 przyp.).

Z innych rzadkich powikłań na zaznaczenie zasługują następujące: *ulcus rotundum s. perforans septi nasi* (4 razy), prawdopodobnie owrządzenie to jest w związku z usuwaniem palcami zeschniętej wydzieliny w przednio-dolnym odcinku przegrody nosa w t. zw. „locus Kiesselbachii,“ lub xerosis — Zuckerkandl'a — jako miejsc uprzywilejowanych krwawień nosowych.

T. zw. bulla ossea średniej muszli spostrzegalem 2 razy, acne rosacea również 2 razy, wreszcie notowałem niezwykle często u moich chorych, dotkniętych zanikowym nieżytem nosa wzgl. ozeną—wyprysk (eczema) wejścia nosa—mianowicie 56 razy na 1142 przyp.

Jurasz również często notował ten objaw (5 razy na 170 przyp.).

Z innych spraw chorobowych, wklajających zanikowy nieżyt nosa notowałem jeszcze: ciała obce w nosie (2 razy), włókniak wzgl. naczyniak języczka (2 razy), t. zw. czarny język—raz (Wyss 2 razy), mycosis pharyngis leptothricia (2 razy), pharyngitis granulosa et lateralis s. retroarcualis — 14 razy.

Co się tyczy w ogóle nieżytu przewlekłego nosogardzieli i gardzieli (rhinitis posterior et pharyngitis chr.) istniały one z bardzo małymi wyjątkami jednocześnie u prawie wszystkich moich chorych, mając zazwyczaj ten sam charakter t. z. zanikowy—suchy nieżyt.

Toż samo spostrzegal Jurasz (55,8%), jakoteż Siebenmann i Loewenberg, wreszcie Guye (ten ostatni autor zawsze).

Zaburzenia w trawieniu (gastritis, dispepsia) były spostrzegane przy tem cierpieniu przez Peck'a — ja również notowałem u moich chorych tego rodzaju zaburzenia, między innymi stosunkowo dość często t. zw. zgagę.

Peck również spostrzegal u swoich chorych zaburzenia w układzie nerwowym, zaś de Simoni widzial w 2 przyp. wyleczenie epilepsiae po usunięciu nieżytu zanikowego nosa.

Według Semon'a zajęcie krtani i tchawicy tą samą sprawą zanikową (laryngitis et tracheitis sicca)—przynajmniej w Anglii należy do rzadkich powikłań. Po większej części jest ono wtórne (według Fischer'a tylko to ostatnie).

Co się mnie tyczy—to powikłanie to tj. laryngitis sicca—jako wtórne cierpienie spostrzegalem w przypadkach nieżytu

zanikowego nosa wzgl. ozeny 44 razy na 1142 przyp., z tych w 4 przyp. jednocześnie z tracheitis sicca. (d. c. n.).

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

Pruśce (wieś, dekan. rogoziński); wizyta z roku 1728 zapisała: „Był tu niegdyś szpital, stał naprzeciwko narożnika ogrodu plebańskiego, ale ogniem przypadkowym w popiół obrócony został. Jednakże pobożny dziedzic Prusć (Antoni Rumiejowski) przyrzekł wystawić na wiosnę nowy i powrócić role, które szpitalowi z dawien dawna się należały.“

Przedborz (wojew. sandomierskie); szpital fundował i uposażył Mateusz Koryciński w pierwszej połowie XVI w. (*Zapis. 87, 88*).

Przemęt (mtko, dek. śmigieński); mówią o szpitalu tutejszym wizyty z lat 1610 i 1685. Miał szpital wielką izbę ogrzewaną i siedm komor; uposażenie składało się z ogrodu, łąki i drobnych kapitałów.

Przemysł; kościół i szpital św. Ducha fundował w r. 1461 Andrzej z Pomorza, pisarz ziemski przemyski; stał pierwotnie poza murami miasta. Zniszczony przez ogień w r. 1638, był odbudowany pod wezwaniem św. Walentego, Stanisława i Wojciecha. Powtórnie ogniem zniszczony, odbudowany był już w mieście przez Aleksandra Maksymiliana Fredrę pod wezwaniem św. Rocha. — Paweł z Bu-

rozenina. Mniszech wymurował tu klasztor ze szpitalem dla bonifratrów, sprowadzonych w r. 1678 (podług *Dziejów Dobroc.* Piotr. M. w roku 1665).—Około r. 1500 mieszczanin Koźma, kowal z zawodu, wymurował cerkiew katedralną, przy której był szpital. — Rząd austriacki połączył wszystkie fundusze szpitalne i utworzył w r. 1781 jeden szpital miejski powszechny. (*Zapis. 89*).

Przerąb (wieś, pow. noworadomski); właściciele wsi —Przełębscy założyli tu w XVI w. szpital dla ubogich.

Przeworsk (mto, pow. łańcucki); za bramą krakowską przy kościele św. Michała istniał szpital, uposażony przez Rafała na Jarosławiu i Tarnowie Tarnowskiego; w r. 1781—1785 ks. Antoni Lubomirski, kasztelan krakowski, założył klasztor i szpital sióstr miłosierdzia.

Przybyszówka *vid.* Sędziszów.

Przytoczna (wieś, dek. pszczewski); szpital wystawiła i uposażyła na początku XVII wieku Barbara Brezina, dziedziczka wsi.

Pszczew (mto, pow. międzyrzecki); szpital założył w r. 1566 Adam Konarski, biskup poznański. W 1725 r. szpital miał jedną wielką izbę i siedem komor.

Pułtusk; biskup Paweł Giżycki założył tu szpital w r. 1439, biskup Ścibor uposażył go. Upadłą instytucję podźwignął biskup Firlej w r. 1623, sprowadziwszy tu w r. 1615 bonifratrów. Podług Bal. i Lip. istniały tu trzy szpitale: Sióstr Miłosierdzia, sw. Ducha i św. Łazarza, jakoż istnieje konstytucja: „Dozwolenie fundacyi dla szpitala pułtuskiego pod dozorem WW. Sióstr Miłosierdzia będącego.” — Szpital św. Ducha założył w drugiej połowie XV wieku biskup płocki, d-r med., Piotr z Chotkowa.—Krzysztof Hilary Szembek, biskup płocki, złożył 5000 zł. na lombard (*montem pietatis*), „z którego biorący potrzebni na zapis jakowe kwoty, po 3 tylko od sta płacić są obligowani.”

Pyzdry (pow. słupecki); szpital z kościołem św. Ducha miał powstać w XIII w., jak o tem świadczy przywilej ks. Przemysława z 1290 r. Szpital drewniany, w XVI i XVII w. miewał po 20 ubogich, których liczba spadła potem do pięciu. Za uposażenie miał rolę, łąki i drobne sumy.—Drugi szpital tutejszy był przy kościele tarnym, nie miał żadnego uposażenia, ubodzy więc utrzymywali się z jałmużny. (*Zapis. 90*).

Radlin (wieś, dek. nowomiejski); szpital tutejszy posiadał kapitał, 1000 złotych ówczesnych wynoszący, zapisany w r. 1666 przez Piotra Opalińskiego, wojewodę łęczyckiego, dziedzica Radlina.

R a d ł ó w (pow. brzeski); szpital istniał już w drugiej połowie XVI w.

R a d o m; szpital za murami miasta założył Mikołaj, altarysta kaplicy św. Krzyża, w r. 1432. Królowa Zofja w r. 1432 przeznaczyła dla szpitala korzec mąki żytniej z młyna Pacyny, rzeźnicy zaś składali po 8 kamieni łoju rocznie z jatek swoich. (*Zapis. 91, 92*).

R a d z i e j ó w (pow. nieszawski); szpital św. Ducha istniał tu już w r. 1462.

R a j s k o (wieś, pow. kaliski); Jan Kobierzycki, kanonik kaliski, pleban i zarazem dziedzic wsi, założył szpital na pięciu ubogich w r. 1745.

R a s z k ó w (mto, pow. odolanowski); szpital o jednej izbie ogrzewanej i sześciu komorach miał w r. 1683 folwarczek, rolę i dwa ogrody.

R a t n o (pow. kowelski); Zygmunt III przywilejem z dn. 21 maja 1615 r. pozwala miastu szafować gorzałką na własną korzyść pod obowiązkiem składania pewnej opłaty do zamku, „nadto do szpitala polskiego, który będzie znowu budowany, do rąk tego, kto będzie starszym nad nim, co rok z teje gorzałki po fl. 20 polskich dawać winni będą.”

R a w a (pow. piotrkowski); szpital fundował w r. 1374 Mikołaj Paczotka, mieszczanin rawski. (*Zapis. 93*).

R o b c z y c e (wojew. sandomierskie); istnieje tu szpital w r. 1563. (*Zapis. 94*).

R o g o ź n o (mto, wojew. poznańskie); szpital św. Ducha, przez mieszczan wystawiony, miał w r. 1639 piętnastu ubogich.

R o ś (pow. wołkowyski); szpital uposażyli w XVIII w. Joachim i Franciszek Potoccy.

R o s i e n i e (mto powiatowe); w r. 1699 Urszula Billewiczowa zapisała na szpital tutejszy 3300 zł.

R o z d r a ż e w o (wieś, pow. krotoszyński); szpital założył i uposażył w r. 1599 Jan Rozdrażewski, kasztelan poznański. W r. 1680 postawiono nowy szpital na miejscu poprzedniego, który spłonął; nowy ten szpital miał jedną izbę ogrzewaną, w której znajdowało przytułek czterech ubogich. Kiedy w r. 1733 i ten nowy szpital stał się pastwą ognia, już więcej odbudowany nie był, a role dostały się chłopom.

R o ż n o w o (wieś, dek. obornicki); szpital tutejszy miał w r. 1628 uposażenie na 12 ubogich.

R u d n i k i (wieś, archidyak. wieluński); szpital na kilku ubogich z parafji istnieje oddawna.

Rusko (wieś, dek. koźmiński); szpital o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i czterech komorach miał w XVII w. dwa ogrody i 600 złotych ówczesnych kapitału.

Równo (mto powiatowe); kiedy powstał szpital, niewiadomo; istniał już w r. 1663.

Różana (mtko, pow. słonimski); szpital o 6 izbach na 12 ubogich fundował Kazimierz Lew Sapieha w r. 1650.

Ryczywół; Piotr z Czarnkowa, kasztelan poznański, zapisuje 1000 flor. na rzecz szpitala w R. w r. 1584.

Rydzyzna (mto, pow. wschowski); szpital pierwotny na 24 ubogich, uposażony przez Rydzyńskich, stał w r. 1610 za bramą wschowską. Dziedzic ówczesny, Łukasz Rydzyński, dawał codziennie każdemu ubogiemu w szpitalu po groszu jałmużny, a co sobotę i niedzielę po bułce chleba za 5 groszy. W r. 1667 wystawiono nowy, na innym miejscu, dawniejszy bowiem spłonął.

Rypin (gub. płocka); akt fundacyi szpitala pod wezwaniem św. Ducha na 12 ubogich nosi datę 1323 roku.

Rzejowice albo Rzujowice (wieś niegdyś arcybiskupów gnieźnieńskich, dekan. tuszyński); śladu dziś niema szpitala, który tu niegdyś istniał.

Rzeszów *vid.* Sędziszów.

Sałanty (pow. telszewski); szpital fundowali w r. 1667 Władysław i Benedykt Woynowie.

Sandomierz; kościół i szpital św. Ducha założył i uposażył w r. 1222 Żegota, kasztelan krakowski; na uposażenie szpitala przeznaczył wsi: Życ, Głazów i las Zawierzbie nad Wisłą. Późniejsze liczne nadania i przywileje zwiększyły majątek szpitalny. Dla opieki nad zakładem sprowadzono z Krakowa kanoników regularnych de Saxia, Duchakami u nas zwanych: „Aegros, langvidos, orphanos, pupillos et quaslibet miserabiles personas et infantes, praesertim ex clandestino concubitu genitos per oppidum Sandomiriense et eius suburbia viciniaque passim palantes et proiectos et prociendos, Zegotha Cracoviensis castellanus miseratione pia ad unum tecum, ne caumate aut frigore consumerentur, aut infantes suffocarentur, collecturus, a. Domini 1222 xenodochium in eodem oppido et monasterium hospitalis Sancti Spiritus, fratrum ordinis hospitaliorum de geminata cruce alba, qui de Saxia vocantur, sub regula Sancti Augustini militantium, in loco portae aquilonaris, quae Oppathoviensis appellatur contiguo, locat, instituit, fundat et erigit, et de bonis suis haereditariis Sandomiriensibus dotat.” (Długosz: *Lib. benefic.* T. III, pg. 51). W r. 1604 biskup Maciejowski zarządził, aby trze-

cia część dochodów szła na chorych, ubogich i sieroty, druga trzecia na utrzymanie zabudowań kościoła i szpitala, trzecia wreszcie na zakonników, którzy obowiązani byli nauczać wychowywane tu sieroty, lub trzymać osobnego nauczyciela do nich. W wieku XVIII klęski krajowe uszczupliły do tego stopnia dochody, że zakonnicy się rozeszli, pozostał sam tylko przełożony. Rząd austriacki przyłączył do tego szpitala dwa inne, mniejsze szpitale sandomierskie: św. Hieronima i św. Piotra. W r. 1800 utrzymywano 30 ubogich i kilku podrzutek. W r. 1819 zakład oddano pod zarząd sprowadzonych tu Sióstr Miłosierdzia. (*Zapis. 95, 96*). — Kościół św. Hieronima ze szpitalem na 10 ubogich wystawił w r. 1604 za murami miasta Hieronim Gostomski, wojewoda poznański, starosta sandomierski. (*Zapis. 97*).

Sarnowa (mtko, pow. krobowski); w r. 1667 było w szpitalu tutejszym pięciu ubogich; szpital drewniany, składał się z jednej wielkiej izby i dwóch małych, miał ogród własny o czterech zagonach.

Satanów (wojew. podolskie); szpital składał się z pięciu izb, dawał przytułek 12 osobom: 5 mężczyznom i 7 kobietom.

Sącz Nowy; szpital św. Ducha założył w r. 1440 mieszczanin krakowski Lanpridel; szpital parafjalny założył w r. 1448 Kletek. (O uposażeniu *porówn. Zapis. 98*).

Serock (ziemia zakroczymska); szpital istniał już na początku XVI w. (*Zapis. 99*).

Sędziszów (mtko, pow. ropczycki); szpital z kościołem św. Duchą założyła w r. 1488 Beata z Tęczyna Odrowążowa. W początkach XVII w. fundował tu szpital na 12 ubogich Mikołaj Spyttek Ligeza, kasztelan sandomierski, jednocześnie z 11 innymi szpitalami w swoich dobrach, a mianowicie: w Rzeszowie i Dąbrowej na 18 ubogich każdy; w Głopowie, Otwinowie (i Sędziszowie) na 12 ubogich każdy; w Staromieściu, Przybyszówce, Krasnem, Zabierzowie i Nockowej na 8 osób każdy; w Swinczy szpital na 10 osób i w Malawie na 6.

Sępólno (dek. kolski); szpital założyli mieszczanie po roku 1608.

Siady (pow. telszewski); fundusz na szpital powstał z zapisu Kazimierza Stańczyka w r. 1734.

Siedlce (wieś, dek. kostrzyński); w r. 1725 w szpitalu mieszkały tylko dwie ubogie kobiety, chociaż gmach szpitalny był obszerny, ale chylący się ku ruinie. Uposażenia szpital nie miał, ubodzy więc utrzymywali się z jałmużny.

Sielec (pow. włodzimierski); szpital na 5 ubogich fundowała w r. 1668 Helena Sapieżyna, kasztelanowa wileńska.

Siemiatycze *vid.* Kock.

Siemno; w r. 1625 król Zygmunt przeznacza dla „nowofundowanego szpitala w Siemnie” co rok: żyta beczek 10, jęczmienia 2, pszenicy 1, grochu 1, soli 1, słoniny pości 2, barany 2.

Sieniawa Stara (pow. latyczowski); szpital o jednej izbie na trzech ubogich.

Sieradz; kościół z klasztorem i szpitalem fundował i majątkością, Grabowem zwaną, uposażył w r. 1417 (1417 u Bal. i Lip.; 1416 w Słown. Geogr.) Marcin Zaremba, kasztelan sieradzki, z synami Wawrzyńcem i Janem.

Sieraków (mtko, dek. lwówecki); szpital założyli i uposażyli w XV wieku Górkowie; miał szpital swoje ogrody, chlewy, obory, stodołę oraz kapitały z zapisów, np. 1000 zł. Łukasza Górki, 1000 zł. Łukasza Opalińskiego i inne; w wieku XVIII szpital chylił się ku ruinie.

Sierpc (wojew. płockie); szpital istniał już w początkach XVI w. (*Zapis. 100, 101*).

Skała (wojew. podolskie); szpital miał w początkach XVIII w. 9 pokojów: 3 większe dla 6 mężczyzn i 6 mniejszych dla 6 kobiet.

Skęczniew (pow. turecki); szpital tutejszy upadł jeszcze przed r. 1787.

Skierniewice (ziemia rawska); kościół ze szpitalem św. Stanisława fundował Zbigniew Oleśnicki; miał tu być również szpital z kościołem św. Rocha, założony przez arcybiskupa Łaskiego.

Skoki (mtko, dek. rogoziński); na początku XVIII w. szpital był w dobrym stanie, składał się z dwóch izb obszernych i jednej komory; uposażenia nie miał żadnego, ubodzy więc utrzymywali się z jałmużny. (*d. c. n.*)

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Choroby wewnętrzne.

214. M. Labbé. **Niedokrewność tuberkulików.** (Rev. de méd. 1906, Mars).

Autor badał 36 chorych. Na wstępie zwraca uwagę na to, że objawy kliniczne nie zawsze odpowiadają składowi krwi i że błądliwość tkanek, którą autor nazywa *ochrodermia*, nie zawsze odpowiada niedostatecznemu składowi krwi. Tak np. u tuberkulików w okresie wstępnym *ochrodermia* jest prawie zawsze notowana, gdy tymczasem skład krwi jest zupełnie normalny—niekiedy nawet jest więcej czerwonych ciałek wskutek zaburzeń hematozy. U tuberkulików na początku choroby istnieje *ochrodermia* bez anemii.

W gruźlicy t. zw. *tbc. incipiens* *ochrodermii* towarzyszy lekka anemia, wprawdzie szmerów anemicznych niema, ilość jednak oksyhemoglobiny jest zmniejszona (10 albo 11%).

Do trzeciej grupy należą te przypadki, w których dany osobnik cierpi jednocześnie na anemię i gruźlicę, tak że objawy tej pierwszej zasłaniają objawy drugiej. D-r Labbé twierdzi, że anemia jest prawie we wszystkich przypadkach symptomatyczną, w większej zaś ilości przypadków służy jako objaw gruźlicy (u anemicznych prawie zawsze można znaleźć zajęty wierzchołek).

Do tych samych prawie wyników dochodzi autor i w tych przypadkach, w których anemia towarzyszy gruźlicy chronicznej. *Ochrodermia* nie zawsze odpowiada zmniejszonej ilości ciałek czerwonych krwi i oksyhemoglobiny.

Autor zwraca tu uwagę, że nie należy rozpoznawać anemii li tylko na zasadzie *ochrodermii*, lub twierdzić, że jej niema w razie dostatecznie zabarwionych tkanek, zdarzają się bowiem przypadki, w których *ochrodermia* istnieje bez anemii i odwrotnie. W przypadkach *ochrodermii* bez anemii skład krwi pozostaje normalny, zmniejsza się tylko cała masa krwi, tak że tkanki mało tlenowej posiadają; utlenianie też dużo pozostawia do życzenia — istnieje jednym słowem t. zw. *oligemia*. Labbé każe szukać przyczyny tego w dużej utracie płynów (np. stan taki wywołać mogą u tuberkulików: częste pocenie się i częste rozwolnienie).

Na zakończenie autor dodaje, że badanie krwi jest konieczne w każdym poszczególnym przypadku anemii tuberkulików, gdyż to tylko pozwala na stosowne leczenie. *M. B.*

215. A. Calmette i C. Guerin. **Kiszkowe pocho-**
dzenie gruźlicy płuc. (Annales de l'inst. Pasteur. Octobre
1905).

Sprawę tę, szeroko omawianą od czasu publikacji Behring'a, przedsięwziął rozwiązać na drodze doświadczalnej znany bakteriolog francuski wraz z lekarzem weterynaryi. Do doświadczeń służyły kozy, jak wiadomo, bardzo odporne na gruźlicę. Autorowie doszli do następujących wniosków.

W większości przypadków gruźlica płuc powstaje nie przez wdychanie, lecz przez polykanie pyłu i pokarmów, zawierających laseczniki; zgodnie z Behring'iem autorowie twierdzą, że zarazek gruźliczy wtarga przez kanał pokarmowy. Wbrew zdaniu Behring'a autorowie zauważyli, że zwierzęta dorosłe łatwiej, niż młode, zapadają na gruźlicę płucną przy zakażeniu przez kiszki i że układ gruczołowy młodych zwierząt bardziej je, niż dorosłe, zabezpiecza od szerzenia się gruźlicy na inne narządy, głównie płuca. Dlatego też Calmette i Guerin nie zgadzają się na teorię Behring'a, według której gruźlica płuc u dorosłych pochodzi z zakażenia kiszek zarazkiem gruźliczym w wieku młodzieńczym. Ponieważ więc u dorosłych, wprowadzone przez kanał pokarmowy, laseczniki z największą łatwością dostają się do naczyń chłonnych kręzkowych, nie wywołując zaburzeń w kiszce i nie spotykając przeszkód ze strony gruczołów kręzkowych, autorowie wnoszą, że suchotnicy z gruźlicą otwartą, polykając swą, bogatą w laseczniki, plwocinę, ciągle się na nowo zakażają; ztąd mają powstawać nowe ogniska w płucach. Wobec tego należy baczyć, kiedy w plwocinie suchotnika zjawia się laseczniki i surowo go przestrzegać, aby tej plwociny nie polykał i starannie oczyszczał jamę ustną. Wnioski te nie stoją w sprzeczności z przyjętymi zasadami ogólnej higieny, profilaktyki i leczenia gruźlicy; pouczają tylko, że rola wdychania pyłu była przeceniona i że zakażenie powstaje nie wskutek wdychania, lecz wskutek lykania pyłu, zawierającego laseczniki. *T. B.*

216. A. Fraenkel. **Drogi szerzenia się gruźlicy**

z punktu widzenia klinicznego. (Deutsche medic. Woch. N-r 9, 1906).

Jak wiadomo, w ostatnich czasach przeważnie anatomo-patologowie i bakterjologowie stwierdzili, że lasecznik gruźliczy może wtargać do organizmu ludzkiego trzema drogami, mianowicie: drogą oskrzeli, drogą naczyń chłonnych i drogą naczyń krwionośnych. Niestety, wielka liczba badaczy była jednostronną: większość uznawała jedną tylko drogę zakażenia, gdy, według autora, badania dowiodły, iż zakażenie lasecznikami może nastąpić wszystkimi trzema wspomnianymi drogami.

W klinice jest bardzo trudno określić w każdym pojedynczym przypadku, którą drogą nastąpiło zakażenie; dlatego też klinika nie może się obejść bez doświadczeń na zwierzętach.

Pierwotne zakażenie drogą krwi następuje, prawdopodobnie, tylko w macicy, w razie gruźlicy łożyska. Jak się zdaje, ten rodzaj zakażenia zdarza się daleko częściej, niż to dawniej mniemano. Schmorl, badając dokładnie łożyska 20 gruźliczych kobiet, w 9 przypadkach wykrył ogniska gruźlicze; w jednym nawet przypadku spotkał gruzelki w łożysku kobiety, znajdującej się dopiero w początkowym okresie suchot.

Pogląd na zakażenie drogą naczyń chłonnych w ostatnich czasach został również zmodyfikowany; badania doświadczalne wykazały większą częstość tego sposobu zakażenia. Wellminsky twierdzi, że zarazek, w jakikolwiekby sposób wprowadzony do organizmu zwierzęcia, zawsze dostaje się do gruczołów oskrzelowych, z kądem wraz z krwią może wtargnąć do płuc. Bartel i Stieda wykazali, że zarazek może miesiącami skrycie pozostawać w gruczołach, wywołując w nich tylko zmiany hyperplastyczne. Ma się rozumieć, wyników tych doświadczeń na zwierzętach nie można wprost stosować do człowieka. Lecz i doświadczenie kliniczne wskazuje, że pogląd na możliwość zakażenia jedynie drogą oskrzeli (przez wdychanie) jest jednostronny. Fraenkel przypomina, jak często spotykamy zmiany w gruczołach szyjowych oraz serowate masy w gruczołach oskrzelowych u dzieci gruźliczych. U dorosłego również zdarza się zakażenie na drodze naczyń chłonnych, chociaż najnowsze poglądy E. Neisser'a co do klinicznego rozpoznawania gruźlicy gruczołów oskrzelowych wymagają jeszcze sprawdzenia. Autor spostrzegł niedawno w swej klinice 3 chorych, u których bezpośrednio po cierpie-

niu gruczołów szyjowych wywiązało się cierpienie opłucny i płuc.

W zakażeniu drogą oskrzeli zarazek, według anatomów i klinicystów, umiejscowia się w oskrzelikach szczytu płucnego (Virchow, Birch-Hirschfeld). Fraenkel jest zdania, że gruźlica oskrzelowa w większości przypadków jest rzeczywistą gruźlicą inhalacyjną, którą można porównać z pylicami płuc. Gdy lasecznik już się osiedlił w płucach, to jest możliwem, że w większości przypadków szerzy się on dalej drogę oskrzeli przez wdychanie.

Co się tyczy leczenia, to dotychczas nie posiadamy środka dla powstrzymania gruźlicy aspiracyjnej. W jednej tylko postaci gruźlicy płuc możemy wywierać pewien wpływ hamujący, mianowicie w gruźlicy płuc ciężarnych, przerywając wczesnie ciążę. Lecz wskazania do tego zabiegu nie są jeszcze ściśle określone i nie zawsze poronienie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy; przytem pamiętać należy o niebezpieczeństwie okresu populogowego.

T. B.

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

217. M. Scheier. **Badanie krwi dzieci z wyrośłami w jamie nosogardzielowej.** (Zeitschr. f. klin. Med. B. 58. H. 3).

U dzieci z przerostem migdałka gardzielowego zawartość hemoglobiny we krwi zmniejsza się średnio o 13,8%. Liczba czerwonych krążków oraz ich stosunki morfologiczne wahają się w granicach normalnych; liczba białych ciałek zwykle jest zwiększona; w wielu przypadkach autor znajdował dużo limfocytów. Po usunięciu wyrośli zawartość hemoglobiny zwykle wzrasta, liczba białych ciałek zmniejsza się, limfocyty znikają; liczba ciałek wielojądrowych wzrasta. Po operacji zazwyczaj można zauważyć zmniejszenie się obrzmienia gruczołów chłonnych szyjowych.

T. B.

218. **Leczenie złamań za pomocą przekrwienia** daje nader zachęcające wyniki Deutschlander'owi z Hamburga. Stosuje

on metodę Bier'a i zaznacza, że przyspiesza ona znakomicie utworzenie kostniny, usuwa bóle, zapobiega zanikowi mięśni i przyspiesza powrót ruchów w stawach.

Należy wywoływać przekrwienie codziennie na 6—8 godzin z krótką przerwą w połowie posiedzenia; z początku należy ilość przerw zwiększyć.

Autor stosował powyższą metodę po raz pierwszy u 8-letniego dziecka, u którego robiona była osteotomia obydwóch kości goleniowych i piszczelowych z powodu wykrzywień, wynikających ze zmięknienia kości. W 6 tygodni, dzięki stosowaniu metody Bier'a, nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Odtąd stosuje autor stale powyższe leczenie; w 10 przypadkach, z których jedno złamanie łokcia (epiphysis), 4 złamania piszczeli i jedno złamanie kości goleniowej w 2 miejscach, otrzymał stężenie kości w bardzo krótkim przeciągu czasu. *W. B.*

(Sem. méd. N-r 13, 1906).

219. **Adrenalina** okazała się skutecznym środkiem przeciw newralgiom. Chcąc otrzymać zmniejszenie bólu, wystarczy wysmarowanie skóry wzdłuż bolesnego nerwu 15 kroplami roztworu adrenaliny 1 : 3000. W ciężkich przypadkach można brać silniejszy roztwór i mniej kropli. Pod wpływem powyższych smarowań znika ból po 3—4 minutach.

Na 34 przypadki leczone adrenaliną przez d-ra Carleton (newralgia nerwu trójdzielnego, kulszowego, twarzowego, nerwów międzyżebrowych i t. p.), autor otrzymał wyzdrowienie w 24 przypadkach, w 4 nastąpiło polepszenie krótkotrwałe, w 6 nie otrzymał autor żadnych wyników (było to w cierpieniach głębokich organicznych, w tabes dorsalis np.).

(Sem. méd. N-r 13, 1906).

M. B.

220. **Radioterapię** stosowali Boudet i Nogier w symetrycznych bolesnych tłuszczakach z dobrymi wynikami—również i w zwyczajnym tłuszczaku w 2 przypadkach, chociaż chorzy ci nie byli pod obserwacją do zupełnego wyzdrowienia (p. Sem. méd. 1905, str. 288). Obecnie stosował podobną terapię w 2 przypadkach Bargon z Lyonu. Jeden pacjent miał dwa tłuszczaki na szyi i plecach — obadwa znacznie się zmniejszyły (objętość szyi była po skończeniu leczenia prawie normalna). Chory był prześwietlany 23 razy w ciągu 4 miesięcy. Drugi chory miał tłuszczak na prawem podżebrzu,

prześwietlany był z powodu powiększonej śledziony i białaczki — tłuszczak ten pod wpływem promieni znakomicie się zmniejszył.

(Sem. méd. N-r 13, 1905).

M. B.

221. **Okłady ze spirytusu salicylowego przeciw anginie szkarlatynowej, zapaleniu opon mózgowodzeniowych** (meningitis cerebrospinalis epidemic) i **ukąszeniu przez żmije** stosowane były już 7 lat temu przez Philipson'a, który używał 2% roztworu salicylu w spirytusie (p. Sem. méd. 1899, str. 184), a także przez Solt'a (p. Sem. méd. 1894, str. 434) i Kołbasienko (p. Sem. méd. 1903, str. 100).

Solt używał czystego alkoholu w 50 przypadkach anginy szkarlatynowej—przyczem gruczoły nigdy nie ropywały, w 2 przypadkach tylko nastąpiła śmierć. Dobre wyniki otrzymał autor w zapaleniu opon mózgowodzeniowych i w 5 przypadkach ukąszeń przez żmije.

Co się tyczy techniki, to autor kładzie kompres, maczany w spirytusie salicylowym, na kawałek flaneli lub materiału wełnianego, który się polewa, o ile wyschnie; ażeby nie podrażnić skóry, należy kompresu nie składać w kilkoro; jeżeli mimo to skóra jest podrażniona, to należy przerwać leczenie na 2 — 3 dni. W tym czasie smaruje się dane miejsce (szyję, plecy wzdłuż kręgosłupa i t. p.) 2 razy na dobę tamponem, zmaczanym w spirytusie salicylowym.

M. B.

222. Orłowski. **Chlorek barytu, jako środek nasercowy.** (Russkij Wracz. 11, 18, 25 luty, 1906).

O środku tym pisano już—p. Sem. méd. 1905, str. 283 i 535.

Autor daje po 0,03 do 0,05 dwa—trzy razy dziennie po jedzeniu—badał on chlorek barytu w klinice Sirotinin'a w Petersburgu. Doszedł on do wniosku, że środek ten działa dobrze w tych przypadkach, w których istnieje wada zastawek, mięsień serca zaś jest zupełnie w dobrym stanie, niemniej i naczynia krwionośne też powinny być zdrowe, chociaż i w tych przypadkach nie należy zbyt długo stosować chlorku barytu, Według Orłowskiego, chlorek barytu nie działa tak, jak naparstnica (tak sądziło dużo autorów)—ta ostatnia działa wprost na serce, gdy tymczasem chlorek barytu wywiera wpływ na naczynia, wywołując skurcz naczyń i podnosząc tym sposobem ciśnienie krwi. Doświadczenia, prowadzone w laboratorium Kra w k o w ' a, przekonały autora, że chlorek barytu nie jest wcale toniczym dla mięśnia serca — owszem przeciwnie — pa-

ralizuje go. Czyni to zrozumiałem fakt, że chlorek barytu szkodzi w przypadkach myocarditis. Autor przypisuje też własności wzmaganą ciśnienia i działania na naczynia częste występowanie anginae pectoris przy ciągłym użyciu chlorku barytu.

Opierając się na powyższych danych, autor nie radzi dawać chlorku barytu w chorobach serca, nie jest to bowiem środek nasercowy we właściwym znaczeniu tego wyrazu. *M. B.*

223. Corner i Nitch. **Natychmiastowe i późniejsze wyniki wysokiej operacji żyłaka powrózka nasiennego.** (Brit. Med. Journal, 27 stycznia, 1906).

Wysoką operację żyłaka powrózka nasiennego wykonywają w Anglii bardzo często, gdyż ludzie, mający żyłaki powrózka nasiennego, nie mogą dostać ani jednej posady rządowej. U zewnętrznego pierścienia pachwinowego wyseparowuje się splot wiciowaty, podwiązuje go się podwójnie i wycina się ten kawałek splotu wiciowatego, który znajduje się między podwiązkami. Wielu autorów poleca zeszytowanie kikutów, co nie należy robić u tych, którzy zamierzają przyjąć posady rządowe, gdyż przez to tworzy się nieprzerwany powrózek nasienny, co ze swej strony może wywołać mniemanie powrotu sprawy; nierzadko w takich przypadkach zdarza się, że przewiązka się usuwa i następuje wtórne krwawienie. Na 100 przypadków, przez autora pilnie zbadanych, w dwóch nastąpiło wtórne krwawienie, w 5% przypadków nastąpiło zapalenie jądra; nieznaczny obrzęk moszny i mała wodna puchlina przyjądrza pojawia się zaraz po operacji w większej części przypadków. Ropienie zauważono w 4% przypadków. Co się zaś tyczy dalszych wyników, to w 90% przypadków zauważono pewne stwardnienie jąder; zależy to li tylko od operacji, a nie ma nic wspólnego z byłym żyłakiem powrózka nasiennego; dość często pojawia się zapalenie przyjądrza. W większej części przypadków jądro było stale powiększone, gdy zaś w przypadkach nie operowanego żyłaka powrózka nasiennego jądro było przeważnie zmniejszone. Skóra i tkanka łączna moszny w połowie przypadków były też stale zgrubiałe. W 23 przypadkach wytworzyła się wodna puchlina jądra, dwa razy torbiel nadjądrza, dwa razy ruptura, o której trudno powiedzieć, czy nie była już przed operacją. W dwóch przypadkach ponowił się żyłak powrózka nasiennego, w 8 przypadkach skonstatowano stałe zgrubienie nasieniowodu. W większej części przypadków zauważono nie-normalne uczucia, w mniejszej zaś części wrażliwość na ucisk jądra była znacznie zmniejszona. *W. B.*

224. Jasny. **Leczenie zapalenia nerek popłoniczego terpentyną.** (Practiczeskij Wracz. N-r 40, 1905).

Autor leczył z dobrym wynikiem 20 przypadków zapalenia nerek popłoniczego terpentyną (Oleum terebinthinae gallicum rectificatum pro usu interno). Najpierw dawał on terpentynę w przypadkach zapalenia nerek. Innych środków autor nie zapisywał jednocześnie z terpentyną; kąpieli nie stosowano. Odżywiano chorych tylko mlekiem. Mocz badano codziennie na białko i w razie potrzeby na krew. Dawał autor terpentynę trzy razy dziennie w mleku, mniej więcej 15 do 25 kropel w ciągu dnia. Otrzymał on tym sposobem leczenia wyniki nadzwyczaj dobre. Autor przychodzi do przekonania, że terpentyna, stosowana w małych dawkach, nie wywołuje żadnego podrażnienia nerek, nawet chorych; przeciwnie, w wielu przypadkach zapalenie nerek po przebyciu płonicy zauważono prędkie zniknięcie białka i krwi w moczu. Należy dawać terpentynę przez czas dłuższy, nawet, gdy już nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

W. B.

225. **Leczenie tężca za pomocą zastrzykiwań do rdzenia kręgowego roztworu siarczanu magnezyi.**

Auer, Meyer, Blake i inni (p. Sem. méd. 1905, str. 617) otrzymywali znieczulenie rdzenia zapomocą wstrzykiwań siarczanu magnezyi. Obecnie jeden z tych autorów—Blake leczył tym sposobem 15-letniego chłopca, u którego wystąpiły objawy tężca w 7 dni po zgnieceniu 3 palców i któremu zastrzykiwania surowicy przeciwtężcowej, tak do żył, jako też i do mlecza, nic nie pomogły. Ponieważ stan chorego był bardzo ciężki, przeto zdecydowano 6-go dnia choroby zastrzyknięcie 4 cc. 25% roztworu magnezyi do mlecza pacierzowego. W 3 godziny potem opistotons znikł — sztywność mięśni karku zmniejszyła się — znów po 3-ch godzinach (t. j. w 6 po zastrzyknięciu) członki odzyskały władzę, trismus nie było. Ciepłota = 39,0, tętno było 104. Po obmyciu alkoholem temperatura, która przedtem podniosła się do 40°, spadła znów do 38,3°; powoli jednak stan skurczowy powrócił — to zniewoliło autora do powtórnej iniekcji w 33 godz. po pierwszej; ponieważ zmiany były zupełnie takie same, jak po pierwszym zastrzyknięciu—zastrzykiwania powtórzone były jeszcze 4 razy w odstępach po 37 godzin, po 29 godzin i 6 dni; za każdym razem zastrzykiwano 8 cc. roztworu 12,5%. W 3 tygodnie po pierwszej iniekcji nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Podobnie leczył przypadek tężca lekarz z Nowego Yorku, Johnson, zupełnie jednak bez skutku. *M. B.*

(Sem. méd. N-r 17, 1906).

226. Ott. **Praktyczny dyagnostyczny objaw śmierci.**

Autor znalazł podczas sekcji trupa człowieka, znalezione pod gruzami spalonego domu, dwojakiego rodzaju pęcherze — jedne napełnione płynem surowicznym — pęcherze te utworzyły się za życia wskutek oparzenia, drugie puste, mające wygląd wzniesionego naskórka — pęcherze te utworzyły się już po śmierci. To naprowadziło autora na myśl, że z wyglądu pęcherzy można sądzić o tem, czy się ma do czynienia z trupem, czy też z żyjącym człowiekiem. Jeżeli potrzymać np. przedramię nad świecą, to, w razie śmierci danego osobnika, tworzy się po kilku minutach pęcherz napełniony powietrzem, który pęka z lekkim szmerem, na miejscu zaś, gdzie naskórek był wzniesiony, pozostają na brzegach resztki naskórka — płynu niema ani śladu. Jeżeli dany osobnik żyje, to widzimy pęcherz napełniony płynem, albo też strup — nigdy zaś pęcherz napełniony gazem.

Ott posługuje się tym sposobem od kilku lat, w celu przekonania się, czy śmierć rzeczywiście nastąpiła. *M. B.*

(Rev. méd. de Normandie. 25-I, 1906).

Jeden z przykładów.

W pracy Paul'a Behrendt'a (Archiv für soziale Medizin u. Hygiene. Tom II. Zesz. I. 1905) znajdujemy szczegóły ciekawe co do zakładów t. z. Misyi Wewnętrznych w Westfalii. Ze względu, że instytucje te, jako ostatni wyraz postępu, świadczą wymownie, ile dobrego zdziałać można na świecie rozumem, sercem i pracą celową, za obowiązek niemal uważać wypadnie zaznajomienie szerszego ogółu naszego z działalnością misyi, o których mowa. Kiedyś i my, zapewne, naśladować będziemy przykład zagranicy. W interesach walki z nędzą i cierpieniem życzyć należałoby, by chwila ta nadeszła jaknajprędzej.

U stóp lasu Teutoburskiego, w malowniczym gąszczu zieleni, po za miastem Bielefeld wznoszą się zabudowania trzech korporacji,

na niwie pomyślności społecznej pracujących oddawna. Są to zakłady: Bethel, Sarepta i Nazareth. Na fasadzie frontowej jednego z nich czytamy wyrte, dumne swą treścią, wyrazy: „Wejźdź i zobacz!” Zobaczymy.

Pierwszy z zakładów owych—Bethel—dla chorych na padaczkę, powstał z inicjatywy pastora Bodelschwingh'a. W r. 1866 był to mały domek wieśniaczy na 30 morgach gruntu ornego. Do 4-ch pensjonarzy „uzdrowiska” wzywano w razie potrzeby lekarza lub duchownego z miast pobliskich. Z małego ziarenka wyrosło drzewo o konarach olbrzymich. W r. 1904 z gościnności zakładu korzystało osób 1,900, ogółem do chwili obecnej 6.677 chorych.

Z liczby tej wyzdrowiało doszczętnie 587 (8%), uzyskało poprawę wyraźną 1,311 (19%), zmarło 1,353 (23%). Odmówiono przyjęcia z braku miejsca 8,066 kandydatom (w okresie czasu od 1887 do 1904 r.). Sama już wysokość popytu jest rzeczą znamionną, w Niemczech bowiem istnieje obecnie 48 sanatoryjów dla chorych na epilepsyę.

Natura cierpienia tego, dotąd przez wiedzę lekarską nieokreślona ściśle, wymaga kuracyi, bynajmniej nie opartej wyłącznie na stosowaniu leków. Epilepsyja wymaga, wprawdzie, dozoru lekarskiego, lecz chory na nią osobnik najczęściej bywa przecie zdolnym do pracy. Z tym względnym u epileptyka rozwojem sił duchowych i fizycznych zgadza się najzupełniej system postępowania leczniczego w Bethel. Oderwani na skutek duchowego kalectwa od szkoły, rodziny, od zwykłych zajęć codziennych, nieszczęśliwi ci w zakładzie nie czują się wcale korzystającymi z filantropii kalekami jakimiś, są, przeciwnie, użyteczną częścią składową w danem ośrodku społecznym. Chory szewc, krawiec i stolarz znajdują tu zajęcie w warsztacie zakładu, ogrodnik i rolnik w polu, piekarz w piekarni, a kowal w kuźni; kupiec pracuje w magazynach instytucyi Bethel, bibliofil i introligator w księgarni, zwolennik pracy biurowej—w kancelaryi; pacyent, rzekłbyś, zmienia tylko miejsce, posadę, pracuje dalej i praca jest dlań, oczywiście, lekiem najskuteczniejszym. A nie jest to żadna robota pozorna tylko, jakieś łączenie pożytecznego z przyjemnym, praca-zabawka, by nie nudziło się; zastosowana do sił i uzdolnienia chorego, wypełnia czas cały, jak u osobnika zdrowego, broni od upadku ducha, co musiałoby nastąpić, gdyby ludzi tych puszczono na łaskę losu. Wytwórczość pracy tej oceniono w roku ubiegłym na 95,440 marek.

Przyjęte do zakładu, chore na padaczkę dzieci, po ukończeniu czterech oddziałów w szkole miejscowej, obierają sobie same w jednym z warsztatów rzemiosło po myśli. Patrząc na dziatwę tę, wesoło bawiącą się w chwilach wolnych, nikt nie pomyślałby nawet, że to jest szpital. Każda z profesyi posiada mniej lub więcej budynku obszerny z warsztatem, każda ma swego opiekuna-dozorcę, a Hausvater ów uważa pupilów za dzieci własne. Domów takich z warsztatami posiada B. obecnie 43; chorzy—rolnicy mają 5 domów w odległej o 2 godziny drogi miejscowości Senne, zatrudniających gospodarką wiejską 243 ludzi. W zakładzie dla kobiet i dziewcząt

liczba pracownic sięga 202, a w każdym z domów mieszka przeciętnie 45 osób.

Jakkolwiek zakład uwzględnia przede wszystkim potrzeby pięciu zachodnich prowincji nadreńskich, pacjentów przyjmuje się w miarę możliwości i z krajów innych. Znajduje się też zazwyczaj odsetka mniejsza lub większa klientów z Belgii, Holandyi, Szwajcaryi, Anglii, Ameryki i Królestwa Polskiego, przyczem nad zdrowiem ludzi tych czuwa stale 1 lekarz naczelny, 6 lekarzy starszych i 3 asystentów.

Dzięki umiejętnej kuracji cyfra napadów epileptycznych z rokiem każdym zmniejsza się bez przerwy. W r. 1903 było ich o 4,000 mniej, niż w 1902. Jeżeli uwzględni się, iż każdy napad drgawek zabiera choremu raz na zawsze część zasobów duchowych, zrozumie się wówczas doniosłość całej metody, zmierzających ku uspokojeniu nadmiernej drażliwości ośrodków mózgowych i zapobieganiu napadom.

Do instytucji, uzupełniających zakłady Bethel, należy przede wszystkim kolonia robotnicza Wilhelmsdorf w Senne wraz z osadą Freistatt w Wietingsmoor i dwoma domami schronień dla alkoholików. Kolonii robotniczych istnieje w Niemczech obecnie 33, które od roku 1882 do 1904 udzieliły przytułku czasowego lub wyszukały zajęcia 155,000 robotnikom różnej branży. Do zakładów tych przyjmuje się każdego, kto szuka pracy, kto pracować chce. O przeszłość kandydata nie pyta tu nikt, kim jest, dlaczego zbiedniał, czy nie był przedtem karany sądownie. Każdy, kto pragnie szczerze podźwignąć się z moralnego, czy materialnego upadku, każdy, kto nowe postanowił rozpocząć życie, znajdzie schronienie i pracę na 3 miesiące przynajmniej. Wilhelmsdorf broni od puszczania się na włóczęgę, od demoralizacji. A nie są to żadne dyscyplinarne osady rolne poprawcze o charakterze więziennym. Ład w trybie życia wystarcza tu najzupełniej do zwrócenia społeczeństwu użytecznych członków. Pracownik stawia się tu dobrowolnie; opuszcza zakład, gdy system nie podoba mu się.

U nas założono niedawno na ul. Aleksandryi N-r 20 warsztaty dla pozbawionych pracy. Pobyt w warsztatach oznaczono na trzy tygodnie.

Drugą gałęzią korporacji B. jest Stowarzyszenie Zagrody Domowej dla robotników, przyczem ma się na widoku dostarczanie tym ostatnim tanich a zdrowych mieszkań na własność. Zarząd instytucji wybudował 180 nieruchomości według typu różnego, obliczonych na pomieszkanie dla rodziny jednej, maximum — czterech. Z cyfry tej robotnicy nabyli na własność, jak dotąd, 73 posesye, w których mieszka rodzin 412, razem — 2,100 głów. Każdy z domów, wybudowany zgodnie z wymaganiami higieny, stoi w ogrodzie, na terytorium 700—2,400 metrów \square , zawiera 12 przynajmniej pokoiw mieszkalnych, z których $\frac{2}{3}$ zaopatrzono w piece. Na pokój przypada przeciętnie 11 metrów kw. przestrzeni oraz 38 metrów sześciennych powietrza, są to więc, pod względem zdrowotności, warunki doskonałe. Od nabywcy, po otrzymaniu zaświadczeń, że

jest człowiekiem moralnym, zarząd pobiera przedewszystkiem część sumy, t. j. 300—500 marek i pieniądze te muszą być własnością robotnika, nie uzyskane drogą pożyczki. Od kwoty tej Towarzystwo płaci kupującemu $3\frac{1}{2}\%$, tenże zaś—należność pozostałą wnosi ratami wraz z $5\frac{1}{2}\%$, licząc 2% na amortyzację. Robotnikowi-nabywcy nie wolno otwierać w domu sklepu z napojami wysokokowymi. Od wprowadzenia w życie procedury tej do 1 kwietnia r. b. robotnicy niemieccy ulokowali na domach tych już 200,000 marek zaoszczędzonego grosza. Gdzie podziałyby się pieniądze te, gdyby nadzieją posiadania domu własnego nie rozbudzono wśród mas roboczych zmysłu oszczędności?

Zakład zakonnice westfalskich Sarepta, istniejący od r. 1869, zaliczonym został do korporacji Bethel w r. 1872. Instytucja zajmuje się wyszkoleniem żeńskiego personelu pielęgniarzkiego do usług chorym. Liczba elewek wypromowanych wynosi dziś 1,072 osób, zajętych na 359 przeróżnych polach pracy: w szpitalach, w domach dla obłąkanych, przytułkach i uzdrowiskach, w stacyach klimatycznych, ochronach, szkołkach i domach prywatnych, przyczem z usług korzystało w samym tylko roku 1903 klientów 79,368. Dla wyuczenia owych siostr miłosierdzia Towarzystwo założyło w okolicach Bielefeld'u siedm szpitali, a jeden tylko z nich t. z. Diakonissenkrankenhaus zawiera 260 łózek. Prócz tego zakład Sarepta posiada filię w miejscowości Pymont oraz w Lippe-Detmold schronisko dla kobiet nerwowych.

Naukę pielęgnowania chorych mężczyźni otrzymują w trzecim centrum, w zakładach Nazareth. Personel mężczy nie jest liczny, stoi za to na wysokości zadania zupełnie. Ludzie to wypróbowani, skromni, miłujący bliźnich, obowiązkom swoim oddani duszą całą, ludzie, na których polegać można. Użytecznych tych członków społeczeństwa instytucja wydała dotąd 356. Tych 356 pracuje dziś na świecie całym w różnych zakładach leczniczych, przyswiecając wzorem uczciwości i siły duchowej.

A oto krótkie resumé z działalności misyi wewnętrznych w r. 1903:

Korzystało z kuracyi i pensjonatu 2,073 epileptyków, 283 obłąkanych, 1,309 chorych na cierpienia inne i 132 nałogowców. Dano schronienie, żywność, odzież i pracę 1,389 dorosłym, pozbawionym zarobku, 195 samopas błakającym się sierotom, wreszcie, 5,381 ludziom, wyczerpanym nędzą, wiekiem i chorobą, słowem, niesiono pomoc 10,762 potrzebującym teje—w ciągu roku jednego!

Cyfry mówią za siebie.

Zakłady misyi wewnętrznych, bez filii, zajmują dziś 200 hektarów ziemi, na których stoi 138 budynków z 4,000 zamieszkującymi je chorymi i zdrowymi. To miasto całe. Poczta, centralna stacya elektryczna, kościół, budynek klubowy, teatr i t. p. w mieście tem istnieją oddawna. Dobra wola uczciwego człowieka wszystko to wydobyla z niemości, stworzyła gród wzorowy, rozwiązała jeden z najważniejszych problematów społecznych, jakim było i jest pomaganie w niedoli.

Zachód nie próżnuje. Myśl dobrą urzeczywistnia zasadniczo, gardząc niedomówieniem i półśrodkiem. My, w ubóstwie naszym, miejmy wzory te w pamięci. I my, daleko wcześniej nawet, mieliśmy przecie Bodelschwingh'a swego — w Staszcu.

D-r K. Niedzielski.

Kronika bieżąca.

—jw— *Odpozynek świąteczny lekarzy.* We Frankfurcie nad Menem lekarze zaprowadzili dyżury po 2 w każdym z 7 rewirów, na jakie miasto podzielono. Od godziny 12-ej w południe, w razie nagłego zaśląbnięcia, publiczność może wzywać lekarza z jednego z tych rewirów. Do godziny 12-ej zajęcia lekarskie odbywają się w zwykłym porządku. Inowacya ta zyskała już uznanie wśród publiczności, a lekarze, oprócz dyżurujących, mogą korzystać z wypoczynku.

—jw— *Z chorób epidemicznych* panuje obecnie w Warszawie włóknikowe zapalenie płuc i odra. Zaczyna też występować i krwawa biegunka. Liczne są też przypadki koklusu.

—jw— *Środki represyjne przeciwko lekarzom.* W ostatnich czasach zastosowano je w całym Państwie Rosyjskiem względem 228 lekarzy: 13 zostało zabitych lub ranionych, 155 uwięzionych i zesłanych, 24 otrzymało dymisyę na zasadzie rozporządzenia administracyjnego.

—jw— Skazanemu przez sąd wojenny w Czycie na karę śmierci, d-rowi J. Schinkmann'owi, zamieniono tę karę na ciężkie bezterminowe roboty.

—jw— *Gwałt nad studentem medycyny.* We wsi Pietrowo (gub. chersońskiej) do szpitala zarządzanego przez studenta Goriuczki, zgłosił się po godzinach przyjęcia żołnierz z bagatelną raną. Student polecił mu przyjść do opatrunku nazajutrz. Żołnierz strasznie zelżył studenta i udał się nadto na skargę do swego naczelnika, sztabs-kapitana Goreckiego. Tenże, zwołaawszy nazajutrz wszystkich oficerów, żołnierzy i kozaków, kazał studenta publicznie na placu rozebrać i obić nahajkami. Kozacy bili Goriuczki tak długo, dopóki tenże nie stracił przytomności; w tym stanie G. odwieziony został do szpitala. Naskutek podanej przez G. skargi generał-gubernator Elizawetgradzki skazał sztabs-kapitana Goreckiego na 30-dniowy areszt.

—jw— D-r R. Nikanorow został przez sąd wojenny na stacyi Tułun (na drodze syberyjskiej) skazany na karę śmierci.

—jw— Katedry profesorskie w uniwersytetach rosyjskich mogą być otdąd obsadzone zarówno drogą konkursów, jak i na

mocy przedstawienia, uczynionego przez radę profesorską, bez konkursu.

—jw— W Moskwie d-r A. Lebediew wykonał 23-letniej kobiecie tonsillotomiam; podczas operacji pacjentka zmarła wskutek krwotoku. Wstrząśnięty tem do głębi, d-r Lebediew natychmiast się pozbawił życia, zażywszy opium. Liczył 52 rok życia.

—jw— Znany chirurg, d-r W. Czerny, profesor chirurgii w Heidelbergu, ustępuje z dniem 1 października r. b. z katedry, ażeby całkowicie poświęcić się kierownictwu nad założonym przez siebie w temże mieście instytutem do badań nad rakiem.

—jw— XV międzynarodowy kongres lekarski w Lizbonie przyznał dnia 26 kwietnia r. b. nagrodę 3000 franków profesorowi Ehrlich'owi za jego prace nad leukocytozą, a 5000 franków profesorowi Lanceron'owi (z Paryża) za badania nad etyologią malaryi.

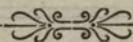
—jw— Profesor Jensen (z Kopenhagi) otrzymał od „Royal College of Surgeons” nagrodę Walker'a (około 1000 rb.) za badania nad patologią i leczeniem raka.

—jw— D-r Lortet demonstrował w Paryskiej Akademii nauk preparaty mikroskopowe serca mumii faraona Ramzesa II, *zmarłego przed 3164 laty*. Na preparatach można rozróżnić budowę mięśnia sercowego. Serce Ramzesa znajdowało się w muzeum w Luwrze w naczyniu, zalane substancjami smołowemi, i dla tego nie uległo gniciu. (R. Wr. N-r 16).

Wakacyjne kursa lekarskie, zamierzone w Krakowie w lipcu r. b., nie odbędą się w tym miesiącu i muszą być odłożone, gdyż zgłosiło się na nie po dziś dzień mało uczestników, (nawet na najważniejsze przedmioty kliniczne zaledwie po 3—4).

W nadziei, że za parę miesięcy ze zmianą stosunków politycznych nadejdzie stosowniejsza dla wznowienia kursów pora, poruszono myśl, by odłożyć kursa tylko na pół roku i spróbować urządzić je w Krakowie w grudniu r. b. w czasie feryi świątecznych, o czem dokładniejsza wiadomość podaną będzie w październiku za pośrednictwem prasy lekarskiej.

Zmarli. D-r Julian Gryszkowski w Wilnie, w wieku lat 50.



Ciechocinek.

Dr. Biesiekierski

Pensyonat Zachęta II

Choroby chirurgiczne, kobiece, mechanoterapia.

Dr W. Sadowski

ordynuje jak corocznie u wód
w Rachezhall.

Dr Xawery Gorski

Ordynuje od dnia 20 Maja do dnia 20 Września
w Szezawnicy.

Dr Franciszek WOBR

członek Tow. balneolog. polsk. w Krakowie

ordynuje jak lat ubiegłych jako

lekarz zakładowy w Cieplicach Trenczyńskich
(Podręcznik informacyjny na żądanie bezpłatnie).

MARIENBAD

Dr St. Benedykt KWIATKOWSKI

b. I asystent Klin. Ch. wewn. Un. Jag.

ordynuje jak lat poprzednich

Keiserstrasse—Stadt Hamburg.