

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TRESĆ. **Prace oryginalne.** Zwężenia tchawicy pochodzenia przymiotowego. Podał dr. L. Lubliner.— O syringomyelii. Podał dr. St. Bernsteina. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i przekłady.** 62. O leczeniu gruźlicy gwajakolem. 63. O ważności antyseptyki jamy ustnej. 64. Przypadek otrucia się hyoscyną. 65. Przypadek otrucia się sulfonalem.—**Korrespondencye „Medycyny.”** Z Krakowa. Przez A. S.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Z oddziału chorób gardła i krtani D-ra Herynga w szpitalu Ś-go Rocha.

Zwężenia tchawicy pochodzenia przymiotowego.

Podał Dr. Leopold Lubliner asystent oddziału.

Aczkolwiek zwężenia przymiotowe krtani i tchawicy nie należą do zbyt częstych cierpień, jednak z powodu groźnego charakteru jaki nieraz już we wczesnych okresach swego rozwoju przybierają, zajmowały od najdawniejszych czasów nie tylko klinicystów, lecz i anatomo-patologów. Leczenie przymiotowych zwężeń krtani i tchawicy, długi czas było bardzo niewdzięczne, a wyniki onego nie trwałe. Dzięki pracom SCHRÖTTER'A terapia obecna, przynajmniej o ile ona dotyczy krtani, oparta jest na racjonalniejszych podstawach t. j. na metodzie stopniowego mechanicznego rozszerzania krtani. Mam tu na myśli tylko leczenie zwężeń bliznowych, z jakimi po największej części laryngologowie mają do czynienia. Zwężenia zaś krtani i tchawicy powstające wskutek przymiotowych nacieków lub gummatów, leczą się dość szczęśliwie przy pomocy przetworów rtęciowych i jodku potassu. Nie należy jednak sądzić aby terapia tego rodzaju zawsze uwieńczoną została pomyslnym skutkiem. Gdy mamy już do czynienia z tkanką bliznową, to rokowanie zależy będzie zarówno od przestrzeni zajętej cierpieniem, jak i od stopnia rozwoju samej sprawy. Im niżej w tchawicy usadowionem jest zwężenie, tem trudniej je usunąć, a w takim razie nawet przecięcie tchawicy pozostaje nieraz bez pożądanego skutku.

Z zakresu omawianych cierpień, mam zamiar przytoczyć tu dwa przypadki, które jako czas dłuższy obserwowane i badaniami pośmiertnymi rozjaśnione, nie są pozbawione, mianowicie dla lekarzy-praktyków, pewnego interesu.

Przypadek pierwszy. Kapica Wojciech, z professyi kucharz, lat 24 liczący, pochodził z rodziny zdrowej. W dzieciństwie chorował na odrę, w 12-ym roku życia przechodził dość uporczywą zimnicę. W jesieni 1884 roku po forsownym tańcu, chory położył się spać w wilgotnem i zimnem mieszkaniu, silnie się zaziębił, dostał kaszlu i chrypki trwającej dwa tygodnie. Chrypka stopniowo się zmniejszała, głosu jednak czystego nie odzyskał. W przeciągu roku powoli rozwijać się zaczęła duszność, która dość często chorego napadała. Chory błądy, szczupły, budowy prawidłowej; system kostny i mięsny miał nieźle rozwinięty. Na skórze prócz blizny podłużnej z lewej strony szyi żadnych zmian nie znaleziono. Gruczo-

ły chłonne nie powiększone. Przy badaniu znaleziono granice płuc nieco obniżone, i lekkie stępienie w lewym wierzchołku. Auskultacja nie daje pewnych wyników rozpoznawczych, z powodu szmerów stenotycznych. Ilość oddechów na minutę 24. Tętno serca czyste, tętno 100. Język nieobłożony, apetyt dobry, stolce codzienne. Narządy jamy brzusznej nie godnego uwagi nie przedstawiały. Chory narzeka od roku na zatkanie nosa pojawiające się od czasu do czasu. Po lewej stronie zanik nieznaczny muszli średniej i dolnej, po prawej, na przegrodzie wyrosł stożkowa. Muszla średnia prawa zgrubiała, do przegrody nosowej przylega. Badanie nosa od tyłu wykazuje, że strop gardzieli i wyloty trąbek EUSTACHIUSZA pokryte są ropną wydzieliną.

Nagłośnia zgrubiała, opuszczona; po podniesieniu jej przy pomocy szpatla REICHERT'A widać szparę głosową formy trójkątnej, zwężoną, gdyż szerokość jej pomiędzy strunami u podstawy wynosi zaledwie 4 milim. Struny prawdziwe mocno zgrubiałe, fałszywe przerosłe i zarówno jak tylna ściana silnie zgrubiałe. Ruch strun przy inspiracji bardzo ograniczony, przy fonacji prawidłowy. Głos nieco ochrypli.

Leczenie polegało na wprowadzaniu choremu do krtani rur SCHRÖTTER'OWSKICH, poczynając od najcieńszych, do numeru 3-go przez sześć tygodni (od dnia 15/III 86 do 29/IV 86) obok dyjety wzmacniającej. Uzyskawszy poprawę, chory wypisał się ze szpitala i pojechał na prowincyję. Kol. OLTUSZEWSKI w Sierpniu 1888 r. widział chorego i dowiedział się od niego, że ataki duszności połączone z oddechem stenotycznym powtarzały się dość często, i zmusiły chorego do ponownego wstąpienia do naszego oddziału w dniu 19/X 1888 r.

W płucach znaleziono nieznaczne stępienie lewego wierzchołka bez zmian wysłuchowych. Chory uskarża się na duszność, ból w piersiach i męczący kaszel. Płwocina kilkakrotnie badana pod mikroskopem laseczników gruzliczych nie wykazała. Badanie wziernikiem krtaniowym przy odchyłonej nagłośni wykazało znaczne zwężenie. Na górnym brzegu nagłośni znajduje się rodzaj wrębu, jak po zagojonem owrzodzeniu; nagłośnia mocno zgrubiała i na wewnętrznej (krtaniowej) powierzchni i od góry bliznowo ściągnięta. *Rima glottidis* szerokości 2—3 milim. Błona śluzowa gardzieli biała, cienka, bez owrzodzeń i blizn. Głos cichy, nieco ochrypli. Kłtań przy lekkim nawet ucisku bolesna. Podczas pobytu w szpitalu pacjent brał wcierania szaruchy (20 po 4,0) i jodek potassu, bez najmniejszej jednak poprawy. Systematyczne wprowadzanie rur SCHRÖTTER'A polepszyło stan chorego i duszność chwilowo ustąpiła. Dnia 1 Listopada chory wypisał się ze szpitala na własne żądanie, doznawszy nieznacznej, lecz niewątpliwiej poprawy. Na wielokrotnie proponowaną mu przewencyjną tracheotomią, nie zgadzał się.

Dnia 13 Kwietnia 1889 r. przybył on do ambulatoryjum z objawami silnej duszności. Poradziłem mu wtedy natychmiast zapisać się do szpitala, aby dokonać niezwłocznie przecięcia tchawicy. Chory jednak zapisał się dopiero wieczorem. Tejże samej nocy, wśród napadu nader gwałtownej duszności, zmarł nagle.

Rozbór zwłok wykazał następujące zmiany: ciało średniego wzrostu, budowa szczupła; na tylnych częściach ciała pośmiertne zmiany opadowe. Na lewej stronie szyi blizna długości 4 ctm. od rany ciętej. Tkanki tłuszczowej ilość mierna; mięśnie i system kostny niezłe rozwinięte.

Po otwarciu klatki piersiowej płuca nieco opadają. P r a w e p ł u c o: przy szczycie i po brzegach rozdęte (*emphysema marginale*), nie przyrośnięte; na przekroju ciemno-czerwonego koloru, przy wyciskaniu sączy płyn krwawy zmieszany z obfitą ilością pęcherzyków powietrznych. Żadnych stwardnień w niem nie ma. Błona śluzowa oskrzeli wykazuje poprzeczne i podłużne prądkowanie, w niektórych miejscach jest rozpulchniona i mocno czerwona. W l e w e m p ł u c u zmiany

te same co i w prawem; stwierdzone za życia lekkie stępienie w szczycie lewym, na trupie nie znajduje wyjaśnienia. Serce zwykłych rozmiarów, mięsień jego nie zgrubiał. Wsierdzie, zastawki, aorta i tętnica płucna—prawidłowe. Sledziona nieco powiększona, dość twarda, na przekroju ciemno-czerwona. Ciałka Malpighiego dość duże. Wątroba zwykłych rozmiarów, silnie przekrwiona. Nerki mocno przekrwione.

Pęcherz moczowy, gruczoł krokowy, genitalia i przewód pokarmowy żadnych godnych uwagi zmian nie przedstawiają. Gardziel: języzek mały, wszystkie warstwy jego w stanie miernego zaniku. Błona śluzowa miękkiego podniebienia i gardzieli biała, cienka, trudno oddziela się od przylegających części. Migdałki bardzo małe. Nagłośnia znacznie zgrubiała, zniekształcona, górny jej brzeg jakby rozdwojony, przedstawia rowek 2 milim. głęboki. Tylna *resp.* krtaniowa powierzchnia jej pokryta szerokimi zlewającymi się bliznami, drażącymi w głąb zgrubiałej nagłośni. Nieco niżej, wzdłuż *petiolus* nagłośni aż do przedniego kąta strun prawdziwych znajduje się owrzodzenie o brzegach nierównych, nieco podminowanych, bliznowych. Dno owrzodzenia pokryte szarawym nalotem. Struny fałszywe krótkie i bliznowo zwyrodnione. Zatoki Morgagniego bardzo małe, płytkie.

Rima glottidis zwężona tak, że zaledwie przepuszcza gęsie pióro. Chrząstki Santoriniego zgrubiałe. Struny prawdziwe bliznowo zwyrodnione. Tylna ściana (*spatium interarytaenoideum*) przedstawia liczne owrzodzenia wielkości od ziarnka maku do grochu polnego, okrążone bliznowo zwyrodnioną tkanką.

Tchawica w górnej części na przestrzeni 4 ctm. pokryta bardzo licznymi owrzodzeniami i bliznami, przebiegającymi w najróżniejszych kierunkach. Niżej na przestrzeni 4,5 cm. blizny te są szersze, ścięgnisto białe. Tylna ściana tchawicy (*pars membranacea*) jest na przestrzeni około 6—7 ctm. grubą na 1 ctm.

Światło tchawicy w górnej części ma średnicę 4 do 6 milimetrów, w dolnej zaś od 6 do 8 milim. Gruczoł tarczowy znacznie przekrwiony, w dwójnasób powiększony.

Badanie drobnowidzowe nagłośni, tylnej ściany, strun i tchawicy, wykazało wszędzie mniej więcej te same zmiany. Błona śluzowa *resp.* wszystkie jej warstwy mocno nacieczone. Nabłonek w wielu miejscach zgrubiał, w innych znów brak zupełnie nabłonka. Powierzchnowe warstwy nabłonka po największej części zrogowaciałe, wogóle mają charakter nabłonka wielowarstwowego, płaskiego. W miejscach owrzodzeń spostrzegać się daje drobnokomórkowe nacieczenie, wśród którego gdzieśniegdzie przebiegają dość grube pasma tkanki łącznej. Warstwa podśluzowa mocno nacieczona ciałkami limfoidalnymi. Wybitne zmiany spostrzegać się dają i w naczyńach krwionośnych. Wszystkie warstwy ścian naczyń zgrubiałe, zewnętrzna przedstawia drobnokomórkowe nacieczenie. Światło naczyń w wielu miejscach wypełnione skrzepami krwi i proliferującym śródbłonkiem (*endothelium*). Gruczoły po większej części zanikłe wskutek drobnokomórkowej infiltracji. W niektórych miejscach nacieku tkanki podśluzowej, komórki olbrzymie. Dokoła chrząstek wszędzie drobnokomórkowe nacieczenie. W samych chrząstkach zmian nie ma. Mięśnie tylnej ściany krtani i tchawicy nacieczone i częściowo włóknisto zwyrodnione. Badanie tkanek na laseczniki gruczołowe, dało rezultat ujemny.

Drugim przypadkiem, który zawdzięczam uprzejmości, d-ra HERYNGA, jest następujący: Masłowski Maryjan, lat 17, uczeń szewcki leczony był w szpitalu Śgo Rocha w r. 1881. Historia choroby na karcie szpitalnej szczegółowo spisana podaje: osobnik budowy szczupłej, na wiek swój mało fizycznie rozwinięty, mało-krwisty, konstytucji skrofalicznej, przed 2-ma laty chorował na zapalenie oskrzeli, od sześciu miesięcy uskarża się na duszność, która często w postaci napadów wy-

stępuje, mianowicie podczas silniejszego ruchu. Kaszle, ma głos ochrypty i doznaje prawie stale uczucia ścieśnienia w krtani. Stan bezgorączkowy. Granice płuc obniżone. Lekkie stłumienie słyszeć się daje tylko u prawego wierzchołka. Tamże oddech zaostrozony i nieco rżężeń wilgotnych oraz świstów. W sercu nic anormalnego; tony czyste. Wątroba i śledziona nie powiększona. Połykanie nie bolesne. W krtani nasięk i owrzodzenie struny fałszywej prawej, tudzież obrzęk więzu aryepiglottycznego w bardzo znacznym stopniu, tak, że ścieśnia on znacznie głośnię, wskutek czego oddech jest stenotyczny.

Struna prawdziwa prawa niewidoczna, przykryta fałszywą, nieruchoma. Lewa połowa krtani normalna. Zalecono w samym początku *kali jodatam* i po krótkim czasie uzyskano zablźnienie owrzodzenia i zmniejszenie nasięku prawej połowy krtani. Pomimo tego oddech pozostał utrudniony szczególnie podczas ruchu. Jakkolwiek w płucach stwierdzony rozlany nieżyt przeważnie w prawym szczycie był zlokalizowany, a tym samym budzący podejrzenie powikłania z gruźlicą, jednakże objawy duszności nie mogły być wytłómaczone samem cierpieniem oskrzeli.

Z powodu wzmagającej się duszności została wykonana tracheotomia dnia 18 Października 1881 r. przez d-ra HERYNGA. W miesiąc później po zupełnem zablźnieniu owrzodzeń, gdy prawa struna prawdziwa odzyskała swą funkcję, rurka tracheotomiczna została wyjęta, pomimo tego chory przy żywszym ruchu doznawał duszności, szczególnie gdy gęsta twardawa ze strupami zmieszana wydzielina, zatykała tchawicę, co miało miejsce głównie nad ranem. Przez wprowadzenie kateteru przekonano się, że tchawica w średniej swej części jest zwężoną. Chory szybko wyczuł się katetyzowania krtani i często manipulacyi tej nadużywał dla wydobycia strupów i obfitej gęstej wydzieliny. Pod wpływem postępującej choroby, a może i częstego traumatyzmu tchawicy, wywołanego potajemnem katetyzowaniem, stan płuc szybko się pogarszał. Rozwinęło się w listopadzie rozlane zapalenie drobnych oskrzeli, ciągły kaszel, duszność, upadek sił, i wreszcie w końcu Grudnia zapalenie opłucnej z wysiękiem w lewej jamie opłucnej, na które chory w końcu Stycznia 1892 r. zmarł. Sekcja dokonana i opisana przez d-ra PRZEWÓ SKIEGO wykazała: *Pleuritis exudativa sinistra, bronchitis et peribronchitis diffusa chronica.*

W innych organach nic godnego uwagi. Najważniejsze zmiany przedstawiała krtani i tchawica. (dok. nast.)

Z POLIKLINIKI D-RA GOLDFLAMA.

O SYRINGOMYELII

Podał St. Bernstein.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 12).

Wymienione trzy grupy objawów nie zawsze jednocześnie występują w okresie chorobowym. Szczególnie w początkach cierpienia może tej lub owej brakować, albo zaledwie pojedynczym jakimś objawem jest ona zaznaczoną.

Lecz oprócz tych zasadniczych przejawów choroby, zależnych od zmian w substancji szarej rdzenia, z powodu szerzenia się jamy na okolicę istoty białej lub też wskutek wtórnych zmian w tej ostatniej, dołączają się jeszcze objawy drugorzędne, gmatwające obraz chorobowy i utrudniające niekiedy rozpoznanie. Zajęcie mianowicie bocznych pęczków sprowadza spastyczne objawy, jakoto: przykurczenia, kurczową paraplegię, wzmoczenie odruchów na dolnych kończynach. Objawy te nie zawsze z obu stron są jednakowego natężenia. Co do zachowania się w ogóle odru-

chów kolanowych przy syringomyelii, zaznaczyć tu wypada, że są one w większości przypadków wzmożone, choć nie zawsze jednakowo z obu stron. Zdarza się to nawet w przypadkach wolnych od wszelkich innych spastycznych objawów ze strony dolnych kończyn; zjawisko to prawdopodobnie zależy od pewnego ucisku, jakiemu ulegają piramidalne pęczki ze strony zajętej procesem chorobowym substancji szarej. Zajęcie tylnych pęczków objawia się tabetycznymi symptomatami: zaburzeniem koordynacji ruchów, zniesieniem odruchów kolanowych i t. d. Objawy ze strony substancji białej mogą być niekiedy najwcześniejsze, jeżeli proces patologiczny wyjątkowo w niej się pierwotnie rozwinie, i wtedy rozpoznanie staje się absolutnie niemożliwym. Jeden taki przypadek opisali CHARCOT i BRISSAUD ¹⁾: przez dłuższy czas istniała jedynie kurczowa hemiplegija; dopiero po 15 latach udało się stonstatować rozszczepienie czucia i zmiany troficzne (ręka jak przy akromegalii, zmiany w stawach palcowych, blizny po przebytych zastrzałach). Autorowie sądzą, że w danym przypadku gliozja (*resp.* gliomatoza) przez dłuższy czas ograniczała się do jednego pęczka piramidalnego, powodując spastyczną hemiplegiję, dopiero zaś później przeszła i na substancję szarą, szczedząc jednak przednie rogi (zaników mięśniowych nie było).

Przy szerzeniu się sprawy patologicznej na okolice rdzenia przedłużonego i mostu Warola, co się nieczęsto przytrafia, występują odpowiednie objawy, jakoto: zanik i porażenie języka, zaburzenia w połykaniu, porażenie nerwu krtaniowego, zmiany w pulsie, zaburzenia smaku, porażenie nerwu twarzowego, mięśni żwaczy, zéz, i drżenie gałek ocznych, polyuryja, wymioty, drgawki i t. p.

Niektórzy autorowie opisują przy syringomyelii i zmiany psychiczne: chorzy mianowicie mają być hypochondryczni, przygnębieni. Być może, że ciężki stan w jakim się znajdują, dokuczliwe parestezyje deprymująco oddziałują na ich usposobienie; lecz jest to objaw wspólny wszystkim chronicznym, a ciężkim chorobom.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na zwężenie pola widzenia przy syringomyeli. DÉJERINE i TUILANT ²⁾ skonstatowali je w siedmiu przypadkach, w których wykluczili wszelkie podejrzenie hysterji lub neurozy traumatycznej, a dno oka żadnych zmian nie przedstawiało. Autorowie skłonni są kłaść ten objaw na karb stwierdzonego kilkakrotnie przy syringomyelii wodogłowia. Istnieją nawet według nich pewne cechy wyróżniające syringomyeliczne zwężenie pola widzenia od spotykanego przy hysterji; podanie ich tu jednak uważam za zbyteczne, tem więcej, że inni badacze odkrycia wymienionych autorów nie stwierdzili. Zbadano bowiem od czasu zwrócenia na to uwagi około 20 ³⁾ przypadków syringomyelii z ujemnym we wszystkich wynikiem co do zwężenia pola widzenia.

Tak oto przedstawia się symptomatologija omawianej choroby. Jest ona, jak widać, niezwykle bogatą i przez kombinacyję i różne następstwo objawów dać może nader rozmaity obraz kliniczny. Najczęściej pierwszemi zwracającemi uwagę choroby objawami są symptomata zaniku mięśniowego, rozpoczynającego się od drobnych mięśni ręki, z jej osłabieniem i wychudnieniem. Lecz często już w tym okresie udaje się skonstatować dawno już istniejącą skoliozę, z wywiadów można się dowiedzieć o rwących, palących bólach, przebytych zastrzałach, które również jak i przez nie spowodowane rękoczynny chirurgiczne były mało lub wcale niebolesne.

¹⁾ Progrès Médical I. c.

²⁾ La Médecine Moderne 1890. Nr. 36.

³⁾ SOUQUES. Etude des syndromes hystériques simulateurs etc. 1891. Paris p. 203 i CHARCOT. Gazette hebdomadaire 1891. Nr. 15.

Często chory opowie, że się kiedyś oparzył, nie dostrzegłszy tego na razie i t. p. Badanie czucia wykryje w mniejszym lub większym stopniu wyrażone charakterystyczne zmiany. Powoli dołączają się i inne objawy, jak: nierówność źrenic, wzmożenie odruchów kolanowych i t. d.

W ogóle przebieg choroby jest nader powolny, ciągnie się latami, nawet dziesiątkami lat. Przypomnę tu, że elementy nerwowe okazują wielką odporność względem danego patologicznego procesu i zanikają bardzo powoli. Nagłe pogorszenie i długotrwałe zatrzymanie się rozwoju choroby należą tu do zjawisk zwykłych. Być może, że w tym względzie grają rolę krwotoki, do których skłonne są zmienione naczynia pośród neuroglii, uległej gliozie (*resp.* gliomatozie). Prawdopodobnie w związku z tem zjawiskiem znajdują się i notowane przez niektórych autorów polepszenia w przebiegu choroby. Tu i owdzie konstatowano nawet pewne różnice z dnia na dzień w stopniu natężenia objawów chorobowych, zwłaszcza czuciowych, objaśniając to zachodzącymi zmianami w ciśnieniu wypełniającej jamę płynu.

Rozpoznanie syringomyelii opiera się na zasadniczym jej objawie t. j. na częściowym porażeniu czucia. Bo jakkolwiek notowanem ono było i przy zapaleniu peryferycznych nerwów (JACOBY, BERGER) w trądzie, hysterii (PITRES, CHARCOT) i wiaździe rdzeniowym (EIGENBROD), to jednak przypadki te są wyjątkowe, i nie ujmują temu objawowi znaczenia, jakie on dla dyjagnostyki syringomyelii posiada: jest on dla tej choroby tak charakterystyczny, że CHARCOT ¹⁾ wprost go nazywa „la dissociation syringomyélique“. Nawet w przypadkach, w których prócz rozszczepienia czucia, zwłaszcza przy odpowiednim jego rozprzestrzenieniu, brak innych objawów syringomyelii, dyjagnoza może być pewną, skoro wyłączyć się dadzą wyżej wzmiankowane sprawy (*neuritis, hysteria, tabes i lepra*), albowiem przez długi przeciąg początkowego okresu choroby, może istnieć tylko jedna z wymienionych trzech grup objawów. Są to formy niewykształcone, często nierozpoznawalne, i one to prawdopodobnie stanowiły a i dotychczas jeszcze stanowią główny kontyngens tych przypadków, w których jamy w rdzeniu znajdowano niespodzianie. Natomiast rozpoznanie będzie hypotetyczne wobec braku częściowego porażenia czucia, a tem bardziej, gdy sfera czuciowa żadnych zgoła zaburzeń nie przedstawia. Parestezyje termiczne i bólowe w braku obiektywnych zmian czucia należą do rzędu objawów, mogących przechylić niepewne rozpoznanie na korzyść syringomyelii. Rozpoznanie siedliska jamy może być uczynione z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem na zasadzie wiadomości, jakie posiadamy o umiejscowieniu czynności rdzenia. Nadmienić należy, że niema zupełnej odpowiedniości pomiędzy natężeniem zmian destrukcyjnych w rdzeniu a rozmiarem spraw przez nie wywołanych. Tak np. przednie rogi mogą być w części szyjowej, a zwłaszcza grzbietowej mocno zniszczone, gdy tymczasem zanik mięśni przedstawia się nieodpowiednio słabo. Rozpoznanie charakteru sprawy patologicznej w rdzeniu jest dotychczas niemożliwe, a jakkolwiek podają niektórzy autorowie pewne cechy rozpoznawcze, są one jednak niepewne, gdyż zbyt pośpiesznie ze skąpych spostrzeżeń wywnioskowane. Sprawa ta oczekuje dopiero opracowania na drodze liczniejszych pośmiertnych badań przypadków, z całą dokładnością za życia obserwowanych, a tych jeszcze dotychczas bardzo niewiele.

Na tem miejscu, nim do dyjagnostyki różniczkowej przejdę, uważam za odpowiednie podać opis przypadków, któremi rozporządzam.

Spostrzeżenie I. S. S...k, lat 68, przybyła do polikliniki d-ra G. 12. XI. 91. Z rodziny pochodzi zdrowej, sama, o ile zapamiętać może, zawsze zdro-

¹⁾ Leçons du Mardi l c.

wą była. Zrodziła szczęśliwie 16 dzieci; ostatnie 17-te urodziło się nieżywe. Przy-
miotu nie było; spirytualij nie używała. Jako powód obecnej choroby podaje pa-
cyjentka noszenie na rękach ciężkich (do 50 funtów) koszy z owocami. Szczegółów
powstawania choroby nie pamięta. Twierdzi jednak, że cierpienie rozpoczęło się
przed 10 mniej więcej laty uczuciem palenia i kłócia w prawej górnej kończynie,
a przeważnie w ręce. Sensacje te były tak dokuczliwe, że często zakłócały sen
chorej. Wkrótce zauważyła ona osłabienie i chudnięcie prawej ręki. Objawy te,
stopniowo się rozwijając, wzmagaly się stale. W początkach choroby miało także
miejsce nie dające się bliżej co do swej natury określić ropienie prawego paluszka.
„Materyja“ sączyła się przez kilka miesięcy, nie sprawiało to jednak chorej
prawie żadnego bólu. Od lat 4 prawa ręka przyjęła obecnie istniejące wadliwe
ułożenie, i od tego czasu chora wcale się nią posługiwać nie może. Temu lat 6—7
rozpoczęły się stopniowo takie same objawy ze strony lewej górnej kończyny: pa-
lenie, kłócie, wychudnięcie, i osłabienie ruchów w ręce. W ostatnich latach chora
często parzy sobie obie ręce, nie czując tego wcale; dowiaduje się zaś o tem
już *post factum* jedynie z istnienia pęcherzy i owrzodzeń, wcale zresztą niebole-
snych. Obecny stan chorej, według jej słów, trwa bez żadnej zmiany od lat 2—3.

Chora jest wątłej budowy, upośledzonego odżywiania, z wyraźnymi objawami
wiądu starczego. Kręgosłup na ucisk nigdzie nie bolesny, tworzy w części grzbie-
towej jakkolwiek niewielką, lecz wyraźną skoliozę.

Prawa górna kończyna w spokojnym stanie przedstawia się nieco zgiętą
w stawie łokciowym. Ręka znajduje się w hyperextensyi i supinacyi; wszystkie
palce bardzo nieznacznie w stawach międzyczłonkowych zgięte. Ułożenie ręki od-
powiada temu, co nosi nazwę „małpiej dłoni“ (*main de singe*). Na skórze prawego
wyrostka łokciowego okrągłe, 2 ctm. w średnicy owrzodzenie, zupełnie niebolesne.
Powstanie jego jest dla chorej niewiadome, zauważyła je przed 2 tygodniami wsku-
tek przyłgnięcia doń koszuli. Na ręce, a zwłaszcza na tylnej powierzchni dłoni,
widać duże białe blizny po przebytych bezwiednych oparzeniach. Skóra tylnych
powierzchni ostatnich członków palcowych lśniąca, gładka, nader cienka (*peau lisse*).
Paznokcie zgrubiałe, żółte, podłużnie i poprzecznie pokarbowane. Na palcach,
w okolicy stawów międzyczłonkowych, wyczuwają się kostne zgrubienia. Dolny ko-
niec kości łokciowej wystaje przez skórę, daje się objąć i jest niezwykle ruchomy.
Przednia powierzchnia dłoni jest zupełnie spłaszczona; pod gładką skórą wyczuwa
się równy, dość gruby pokład tkanki tłuszczowej, bez śladu wyniosłości na miejscu
kłębu palucha i paluszka. Wewnętrzny brzeg dłoni lekko wklęsły. Przestrzenie
międzykostne, zwłaszcza pierwsza, zakłębione. Ruchy bierne palców wszystkie mo-
żliwe; lecz zginania i wyprostowania do normalnego maximum doprowadzić się nie
udaje. Ruchy czynne, z wyjątkiem bardzo lekkiego zginania, żadne absolutnie nie
możliwe. W stawie napięstkowym bierna extensyja i supinacyja są nadmierne, in-
ne ruchy normalne; zaś z czynnych ruchów pozostały jedynie, dość silna supinacyja,
i słabsza extensyja; fleksyja i pronacyja, jak również abdukcya i addukcyja wcale
nie istnieją. Jeżeli zapomocą ruchu biernego nadać ręce pozycyję fleksyi i pronacyi,
to przy ruchach tej kończyny ręka bardzo łatwo się wywraca i wyprostowyywa,
przyjmując swe stałe ułożenie „małpiej ręki“. Przedramię prawe posiada mięśnie
w wysokim stopniu zanikłe: obwód jego w części środkowej równa się 13½ ctm.,
o 2 ctm. mniej niż tenże lewego przedramienia. Przestrzeń międzykostna na przed-
niej, jak i na tylnej powierzchni wyraźnie się zarysowyywa; nie tylko wewnętrzna,
lecz przednia i tylna powierzchnia kości łokciowej dokładnie się wyczuwają na
całej ich rozciągłości. Ruchy stawu łokciowego są prawidłowe, jakkolwiek zgodnie
ze stanem mięśni słabe. Tylko extensyja, czynna jak i bierna, nie sięga swego nor-

malnego *maximum*, czemu na przeszkodzie zdaje się być skrócone ścięgno mięśnia dwugłowego ramienia. O pronacy i supinacy mówię, opisując ruchy ręki. Mięśnie ramienia są także wyraźnie zanikłe: obwód jego w części środkowej równa się $16\frac{1}{2}$ ctm. i jest mniejszy od takiegoż strony lewej o $1\frac{1}{2}$ ctm. Staw barkowy i mięśnie barku przedstawiają się normalnie. Mięsień piersiowy prawy wydaje się nieco zanikłym w porównaniu ze stroną lewą. Pobudliwość elektryczna na prawej ręce równa się 0. Na przedramieniu otrzymuje się jedynie skurcz od mięśnia wywrotnego długiego (*supinator longus*), mięśni promieniowych zewnętrznych (*radiales externi*), mięśnia wyprostnego palców (*extensor digit.*) i bardzo nieznaczny od mięśnia zginacza palców (*flexor digit.*). Reszty mięśni, jak nawrotny (*pronator*), zginacze napięstka (*flexores carpi*), mięśnie długie palucha i t. d. do skurczu wcale pobudzić nie można. Przy drażnieniu elektrycznem nerwu łokciowego nie otrzymuje się żadnego efektu, przy drażnieniu nerwu pośrodkowego jedynie nader słabe zginanie palców; zaś drażniąc nerw promieniowy, wywołuje się supinację i ekstensję ręki. Mięśnie ramienia i barku reagują na prąd prawidłowo, choć słabo. Nigdzie jednak na kończynie pobudliwość elektryczna nie jest jakościowo zmienioną.

Lewa górna kończyna przedstawia rękę również w wadliwym ułożeniu t. z. *main en griffe*: palce w stawach dłonio-palcowych znajdują się w ekstensyi, zaś w stawach międzyczłonkowych, we fleksyi. I tu na skórze ręki istnieją blizny po dawnych, również bezwiednych oparzeniach, strupy i pęcherze po świeżo przebytych. Paznokcie również zmienione. Zmiany w stawach międzyczłonkowych palców są tu jeszcze znaczniejsze, niż po stronie prawej i utrudniają bierne wyprostowanie, poczęści i zginanie członków palcowych. Wyniosłość kłębu paluszka prawie całkowicie znikła, zaś kłębu palucha znacznie spłaszczona. Przestrzenie międzykostne, a szczególnie pierwsza, zagłębione. Ruchy palucha, jakkolwiek słabe, możliwe są wszystkie. Ruchy reszty palców ograniczają się do słabej fleksyi i jeszcze słabszej ekstensyi; ruchy boczne, nie wyłączając opozycyi paluszka, zniesione. Siła ręki według dynamometru = 7 kilo. Co się tyczy reszty układu mięśniowego omawianej kończyny, to zanotować należy ogólny umiarkowany zanik z odpowiedniem osłabieniem ruchów. Obwód przedramienia w średniej części równa się $15\frac{1}{2}$ ctm., ramienia 18 ctm. Pobudliwość elektryczna mięśni kłębu paluszka i międzykostnych, zupełnie wygasła. Reszta mięśni kończyny, specjalnie mięśnie kłębu palucha, okazują zmniejszoną pobudliwość elektryczną, która zresztą tu jak i po stronie prawej, nigdzie jakościowo zmienioną nie jest.

Odruchy ścięgniste na obu górnych kończynach, a zwłaszcza na prawej, są bardzo słabe. Mięśnie obu górnych kończyn wykonywają włóknowe drgania, manifestujące się lekkim drżeniem palców prawej zwłaszcza ręki; włóknowe drgania, jakkolwiek w słabszym stopniu dostrzedz się dają niekiedy i na mięśniach klatki piersiowej. Reszta zewnętrznego układu mięśniowego przedstawia się prawidłowo. Mięśnie twarzy, gałek ocznych, języka, podniebienia, dolnych kończyn, nie okazują żadnych dostrzegalnych zmian. Chód prawidłowy. Odruchy kolanowe wzmożone; stopowego brak. Ataksyi niema. Czynność pęcherza, i odbytnicy, nie zakłócona.

Sfera czucia przedstawia się następująco: pacjentkę trapią dokuczliwe, sen zakłócające parestezyje w postaci kłócia i palenia, potęgującego się pod wpływem zimna i obejmującego obie ręce, a zwłaszcza prawą. Obiektywne badanie wykryło, że czucie dotykowe jest najdokładniej zachowane na całej rozciągłości skóry i następnych badaniu błonach śluzowych (oka, nosa, i jamy ustnej). Prócz tego, chora najdokładniej lokalizuje choćby najłżejsze dotknięcie palcem lub penzelkiem. Zmysł stereognostyczny (rozpoznawanie zapomocą dotykania formy przedmiotów) zachowany, jak również i zmysł mięśniowy.

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

62. O leczeniu gruźlicy (*tuberculosis*) gwajakolem. Jak wiadomo prof. SAHLI polecił w ostatnich czasach zamiast kreozotu g w a j a k o l nie posiadający jego nieprzyjemnego działania ubocznego. W Niemczech stał się gorącym rzecznikiem tego środka prof. SCHÜLLER, który przypisuje gwajakolowi wpływ specyficzny na gruźlicę. W jednym z ostatnich numerów „Wiener med. Presse“ ukazał się ciekawy artykuł streszczający dotychczasowe wyniki leczenia gruźlicy gwajakolem. Ze względu na ważność przedmiotu dla każdego lekarza-praktyka dajemy pracę tę w dokładnem streszczeniu.

Dotychczasowe wyniki niewąpliwie wykazują, że gwajakol jest bardzo cennym środkiem w leczeniu suchot płucnych, ale tylko wtedy, kiedy podajemy go w dużych dawkach, a mianowicie po 1—2 grammów dziennie. Nie zawsze jest to jednak możliwem z powodu nietolerancyi żołądka. Aby uniknąć szkodliwego wpływu gwajakolu na żołądek, dr. GREGG próbował wprowadzać go do kiszki prostej (*rectum*), metoda ta okazała się bardzo prostą i łatwą w wykonaniu a co ważniejsza dała bardzo pomyślne rezultaty. Gwajakol bywa bardzo szybko w kiszce prostej wessany i chorzy wkrótce okazują znaczne polepszenie stanu sił i apetytu, kaszel i ilość plwociny zmniejszają się znacznie i odżywianie się poprawia. Wprawdzie doświadczenia te trwają zbyt krótko, by można było wydać sąd ostateczny. Zastrzykują zwykle codziennie do kiszki prostej 1,5—2 gramów gwajakolu.

Dr. PIGNOL czynił przez dwa lata na klinice prof. Germain SÉE doświadczenia nad leczeniem gruźlicy środkami antyseptycznymi, których podstawą był gwajakol. Robiono podskórne lub śródmięśniowe zastrzykiwania w postaci następującej: Rp. Guajacoli 5,0, Jodoformii 1,0, Ol. oliv. q. s. ad 100 ccm. Rp. Guajacol., Ol. oliv. q. s. ad 100 ccm. Rp. Guajacol., Eucalyptoli aa 10,0, Ol. oliv. q. s. ad 100 ccm.

Rezultaty tych ważnych badań są następujące: aby otrzymać wybitniejsze działanie, należy stosować dawki większe. Zwykle używano 0,25 gwajakolu dziennie. Dzienna zaś dawka eukalyptolu wynosiła zwykle 1 gramm, jodoformu zaś najmniej—0,05. W większości jednak przypadków dawki te przekraczano. Średnia dawka gwajakolu wynosi od 0,50—1,0 dziennie, i może być w dalszym przebiegu choroby jeszcze zwiększoną.

Ponieważ eukalyptol bywa wydzielany z uryną, jest on więc przeciwwskazanym przy cierpieniach nerek, zarówno jak i jodoform, gwajakol zaś nie wydziela się przez nerki, dla tego może być stosowany w takich razach. Chorzy dotknięci krwotokami płucnymi (*haemoptoe*) znoszą jodoform bardzo źle, dobrze zaś—eukalyptol i gwajakol; kresol jest przytem szkodliwy. Badania bakteryjologiczne plwociny dały wyniki wielkiej doniosłości praktycznej: eukalyptol usuwa z niej głównie saprophyty, jodoform—bakterye ropne, gwajakol zaś laseczniki gruźlicze. Wogóle leczono w ten sposób 130 przypadków gruźlicy, z których tylko 7 znajdowało się w okresie początkowym, gdy wszystkie pozostałe przedstawiały już objawy jamy (*caverna*).

Z tych przypadków: doznało b. znacznego polepszenia 21; znacznego polepszenia 38; pozostały *in statu quo ante* 13; usunęły się z pod obserwacji 12; umarło 46.

Przypadki śmierci dotknęły indywidua znajdujące się *in extremis*; w 2 przypadkach była moczówka cukrowa, (*diabetes mellitus*) w 3 choroba wątroby, w 1 zapalenie nerek. Inne przypadki nie przedstawiały żadnych właściwości. Zasluguje na uwagę, że w wielu przypadkach polepszenie pozostawało po przerwaniu leczenia. Skutek leczenia objawia się często w ten sposób, że ilość rzeżeń wilgotnych się zmniejsza a znikają one zupełnie po 10 dniowem leczeniu. W 5 przypadkach po leczeniu trwającym od 2—3 miesięcy zniknęły nawet objawy jamy, co potwierdzili i inni lekarze. Kaszel po pierwiastkowem zwiększeniu się wkrótce znakomicie się zmniejsza, zarówno jak i plwocina. Gorączka opada, szybko również ustają i poty nocne tak wyniszczające suchotników, apetyt się zwiększa i w znacznej liczbie przypadków waga ciała wzrasta, wygląd nabiera czerstwości. Dalszym skutkiem leczenia u chorych doznających polepszenia jest szybkie zwiększanie się ilości hemoglobiny we krwi.

Oprócz tak korzystnego wpływu na gruźlicę płucną, gwajakol wpływa również dobroczynnie na obrzmienia gruczołów. W jednym przypadku suchot płucnych i zapalenia stawu biodrowego (*coxitis*) leczenie gwajakolem i jodoformem wy-

wierało również wpływ zbawienny i na ostatnią chorobę. Ważne są również wyniki oględzin pośmiertnych niektórych przypadków zmarłych podczas leczenia. W jednym przypadku istniało nacieczenie (*infiltratio*) płuc, z dawnymi guzłkami oraz odma piersiowa (*pneumothorax*) drugiej strony; jamy zaś były zupełnie suche i gruzelki zdawały się ulegać włóknistemu zwyrodnieniu. Śmierć w tym przypadku nastąpiła przez nadzarcie (*arrosio*) większego naczynia. Leczenie trwało 4 miesiące i podczas niego waga ciała pozostała *in statu quo ante*, kaszel i plwocina zmniejszyły się znakomicie i chory, który przedtem nie był w stanie podnieść się z łóżka, mógł potem wchodzić na wschody, nie miał gorączki i potów nocnych.

W innych 3 przypadkach badanych po śmierci, znaleziono, że dawne zmiany uległy zwyrodnieniu włóknistemu, jakkolwiek okazały się i świeże ogniska gruźlicze. Co się zaś tycze zastrzykiwań, to nie wywołują one nigdy ropni; często po nich przychodzą poty, które nie mają jednak poważniejszego znaczenia i są tylko wyrazem odczynu ze strony ustroju.

WALZER stosuje w leczeniu gruźlicy płuc preparat gwojakolu zupełnie wolny od domieszki krezolów; preparat jest bez zapachu i smaku a posiada jednak działanie krezotolu. Jest to połączenie kwasu będzwinowego z czystym gwajakolem, związek znany pod nazwiskiem „benzosol.” W żołądku związek ten rozkłada się szybko na kwas będzwinowy i gwajakol; dawka dzienna wynosi od 1—3 gramów dziennie, co odpowiada 1,6 czystego gwajakolu. Dr. WALZER donosi, że dotąd leczył 10 suchotników wyłącznie tym środkiem. Chorzy ci cierpieli przedtem na krwotoki płucne i przedstawiali zajęcie obu wierzchołków, w niektórych przypadkach istniały objawy jamy; plwocina zawierała laseczniki gruźlicze. Działanie benzosolu objawia się przez to, że kaszel zostaje złagodzony, ilość plwociny się zmniejsza, poty nocne ustają. Szczególniej wzmaga się apetyt, stan ogólny się poprawia, waga ciała wzrasta. Co się tycze formy, to najlepiej podawać benzosol w pastylkach z kakao i cukru. Można również poddawać go w proszkach z *eleo-saccharum menthae* i to najlepiej po jedzeniu. Co do mnie, to podaję zawsze gwajakol w tranie, lub osobom nie znoszącym tego ostatniego, w winie, w dawkach stopniowo zwiększanych od 1—2 gramów dziennie.

W. Ch.

63. Dr. HUGO DELLAVIE. O ważności antyseptyki jamy ustnej. Autor podnosi w rozprawie swej konieczność antyseptyki jamy ustnej jako środka profilaktycznego i przy operacjach. Liczba pasożytów wykazanych w jamie ustnej dosięga już dziś cyfry przeszło 100 gatunków. D. opisuje znaleziony przez siebie i nieznanego dotąd streptokokkus. Hodowle tego pasożyta okazały się przy szczepieniach na zwierzętach bardzo silnie trującymi i odpornymi na większość środków przeciwnilnych. Pneumokokki często znaleziono w ślinie osób zupełnie zdrowych; prawie zawsze dają się one wykazać u chorych na zapalenie płuc a także i podczas okresu zdrowienia a nawet dość długo po przebyciu pneumonii. Przyjąć należy, że obecność pneumokokków w jamie ustnej tak długo będzie nieszkodliwą, dopóki dany osobnik posiadać będzie zupełnie zdrową tkankę płucną. Z chwilą zaś wystąpienia szkodliwości zmniejszających odporność tkanki płucnej, pneumokokki zaczynają wywierać szkodliwy swój wpływ na płuca. Pneumokokki mogą rozszerzać się i przez drogi limfatyczne, i często dają się wykazać w ropniach około zębów a nawet i w wyrostku sutkowym. Pneumokokki wykazali niektórzy badacze w mózgu przy *meningitis cerebrospinalis*, w sercu przy *endocarditis ulcerosa*, i w śliniance przyusznej; przy *parotitis*. Znajdujący się w normalnej ślinie *streptokokkus tetragenus* wykazany został również w jamach płuc u suchotników, i w ropniach podszczękowych. *Staphylokokkus pyogenes aureus* i *streptokokkus pyogenes*, prawie zawsze znajdują się w jamie ustnej, i im zawdzięcza ślina swe ropotwórcze własności. Autor przytacza ciekawy fakt wprowadzania sobie pod skórę rozpadu zębów przez skażonych kaledońskich, a to w celu wytworzenia ropni, uwalniających ich na pewien czas od robót. Przez obecność pasożytów w jamie ustnej mogą się wytwarzać ropne processy w okolicy i w samej jamie ustnej. Mogą one również wywołać ogólną septikemię i pyämiczne ropnie przerzutowe. Szczegółowo D. opisuje przypadki *osteomyelitis mandibulae* i ciężkie przypadki *phlegmone* okolicy szyjowej, jak również zakaźne formy *phlegmone pharyngis*. Ślina syfilityków może przenosić zarazek przy pocałunkach, przy ukąszeniach, przy wysysaniu ran po obrzezaniu, przy wilżaniu oczu, przy tatuowaniu etc. W tych samych warunkach przeniesioną bywa często i gruźlica. Wreszcie uzupełnia autor szereg swych spostrzeżeń nad działaniem śliny, przypadkowi dyfte-

rytu, promienicy, sooru i influenzy. Z tego co wyżej powiedziano wynika konieczność utrzymywania w czystości jamy ustnej zarówno w znaczeniu zapobiegawczem jako też i w leczniczem. Zdaniem autora najodpowiedniejszymi środkami mają być roztwory sublimatu 1 : 1,500 β -Naphtolu 1 : 1,000, Thymolu 1 : 1,000, Salicylu 1 : 350, Saccharyny 1 : 250, Kwasu benzoowego 1 : 100. Środki wyżej wyliczone nie oddziałują szkodliwie na tkankę zębową. W końcu zaleca D. dentystom skrupulatną dezynfekcję narzędzi.

(Dissert. Inaugur. Berlin 1891). L. G.

64. Dr. E. KORN. **Przypadek otrucia się hyoscyną** W ostatnich czasach środek ten wszedł w użycie przy podnieconym popędzie ruchowym (u szaleńców), jako też przy drżące porażennej (*paralysis agitans*) i wyskokowej. Dobre też usługi oddaje hyoscyna przy bezsenności. Wskutek jednak nader łatwo występujących zjawisk ubocznych jak: zawrotów głowy, zaburzeń wzrokowych, uczucia niemocy i t. d. należy dawkować ten alkaloid nader ostrożnie. Ztąd i użycie tego środka nader jest ograniczonem. Autor opisuje bardzo ciekawy przypadek otrucia się 0,01 hyoscyny; mimo tak ogromnej dawki przypadek ten skończył się pomyślnie. Autor wezwany był do chorego cierpiącego na rozdemę płuc i wadę serca; oprócz tego pacjent ten cierpiał od 1/2 roku na zadumę (*melancholia*) połączoną ze stanem obawy i maniją przesładowczą. Dla złagodzenia tych cierpień brał kali bromat., kali jodat, opium a ostatnio hyoscynę w kroplach 0,01 : 10,0 *aq. destil.* S. rano zażył 8 kropli w mleku. Ponieważ ten ostatni środek najwięcej uspakajał chorego, przepisał mu go więc dr. KORN powtórnie, z czego skorzystał pacjent dla spełnienia samobójstwa. Autor wezwany do chorego znalazł go w głębokiej śpiączce, z oddechem charczącym, zaczerwienioną twarzą i rozszerzonymi źrenicami; wpływu leku na działalność serca dostrzedz nie było można. Żona chorego pokazała autorowi pustą flaszeczkę, w której znajdowała się hyoscyna. Autor zastrzyknął zaraz otrutemu 0,005 *apomorfini hydrochlorici*, co jednak wymiotów nie spowodowało. Zadać więcej tego środka autor się nie odważył z obawy upadku sił (*collapsus*). Dalsze leczenie ograniczyło się do obłożenia głowy lodem, postawieniu gorczyczników na łydkach i podawaniu mocnej kawy czarnej. Pacjent po trzech godzinach przebudził się uskarżając się na mocny ból głowy i suchość w ustach. I te jednak objawy szybko przeszły, tak, że chory mógł na drugi dzień wstać z łóżka.

(Therapeut. Monatshefte. Grudzień 91). W. Ch.

65. Dr. I. ROTENBERG. **Przypadek otrucia się sulfonalem**. Chory 54 letni z powodu przewlekłego kataru żołądka i kiszec popadł w wysoki stopień rozdrażnienia nerwowego, które potęgowało się jeszcze z powodu licznych trosk i kłopotów. Wynikiem tego była zupełna bezsenność (*agrypnia*), dla uśmierzania której chory miał przepisany sulfonal w dawce dwugramowej na noc; gdy jednakże ilość ta nie skutkowała, przyjmował po upływie dwóch godzin jeszcze dwa grammy. W ten sposób chory wyżył w przeciągu tygodnia 18—20 grammów sulfonalu. Przy końcu tego tygodnia wystąpiły: brak apetytu, uczucie obawy, silne zawroty głowy i kurcze mięśniowe, zwłaszcza mięśni tułowia. Chory czynił wrażenie oglupiałego; był on niespokojny, nocę przepędzał bezsennie, pamięć stracił, czuł się wzburzonym i nieszczęśliwym. Na zadawane pytania dawał bardzo niedokładne odpowiedzi. W czasie badania dostawał wielokrotnie napadów kurczowych połączonych z wysoką dusznością i stanem obawy. Autor kazał natychmiast zaprzestać podawania sulfonalu, na którego miejsce przepisał chlorał obok odpowiedniej diety; racjonalne leczenie cierpienia zasadniczego przyniosło wkrótce istotną poprawę. Od chwili odrzucenia sulfonalu usposobienie chorego stało się weselszem; ustały kurcze mięśniowe jak również i zawroty głowy, a z osiągnięciem równowagi psychicznej powróciła chęć do pracy i wesołość.

(Therap. Monatsh. Grudzień 91). W. Ch.

KORRESPONDENCYJE „MEDYCYNY”.

Kraków w Marcu.

W ciągu paru lat ostatnich *alma mater cracoviensis* wzbogaconą została kilkoma wspaniałymi budynkami, przeznaczonemi już to dla pomieszczenia sal wykładowych, zbiorów uniwersyteckich, już też, dla celów klinicznych. Wspaniała gmach „*Collegii novi*” na plantach, pozostanie na zawsze pamiątką dobrych chęci b. ministra Dunajewskiego dla miasta rodzinnego. Nas jednak lekarzy interesuje głównie

nowa klinika chirurgiczna, która pod względem urządzenia odpowiada ostatnim wymaganiom nauki, i za wzór dla innych tego rodzaju zakładów służyć może. Dawniejsze urządzenia kliniki chirurgicznej za ś. p. prof. BRYKA były wielce wadliwe, to też z chwilą przybycia do Krakowa prof. MIKULICZA przedstawiono nieodzowność wzniesienia nowego zupełnie budynku zastosowanego ściśle do wymagań nowych kierunków chirurgii, a będącego prawdziwym *sanatorium*, nie zaś siedliskiem zarazy. Sprawa ta posuwała się szybko, tak że w niespełna lat parę wzniesiono piękny budynek przy ulicy Kopernika (na Wesołej) wprost szpitala Ś-go Łazarza, a obok klasztoru Karmelitanek. Ostateczne zaś urządzenie, klinika zawdzięcza kierunkowi następcy prof. MIKULICZA, t. j. obecnemu Dyrektorowi kliniki prof. RY-DYGIEROWI.

Budynek obrócony frontem, nieco wsuniętym do ulicy i ku stronie południowej w stylu poważnego odrodzenia (*renaissance*) przedstawia fasadę o 19 oknach z nieco wysuniętą attyką o trzech szerokich oknach (*resp.* drzwiach wchodowych). Na wysokich suterenach wznosi się wysoki parter (prawie na $\frac{1}{2}$ piętra) a nad nim pierwsze piętro. Kształt budynku w postaci litery T, obróconej poprzecznie częścią do ulicy, a krótszem ramieniem pionowym ku dziedzińcowi. Sutereny zajęte przez służbę, zarazem służą do pomieszczenia bielizny, sprzętów niezbędnych, dalej mieszczą się urządzenia dla wspólnego ogrzewania, oraz motor gazowy zaopatrujący w wodę cały budynek (Kraków dotąd wodociągów nie posiada), a to ze studni umieszczonej w podwórzu. Na parterze mieszczą się: w każdym skrzydle po jednej obszernej sali dla chorych, zajmującej całą szerokość budynku, tak że sala posiada 4 okna od frontu (na południe) i 4 okna od tyłu, na dziedzińcu. Front zajęty przez gabinet i pracownię dyrektora, pomieszczenie pierwszego asystenta kliniki oraz pokój lekarzy dyżurnych. Tylną część zajmuje szeroki korytarz widny i ogrzewany. W ramieniu prostopadłym znajduje się obszerna, amfiteatralnie urządzona sala operacyjna, idąca przez parter i pierwsze piętro, półkolistą od strony podwórza, oprócz tego część ta obejmuje salkę przedoperacyjną oraz dwa pokoje dla chorych ambulatoryjnych, a przytem windę dla opuszczania chorych z I-go piętra. Wspaniałe kamienne wschody prowadzą na pierwsze piętro, gdzie znowu znajdujemy dwie sale w skrzydłach, małą salkę operacyjną dla laparotomii, pomieszczenie dla drugiego asystenta kliniki, oraz kilka tak zwanych separatek t. j. pokojów dla ciężko chorych, lub tych, którzy przebyli cięższe operacje i wymagają szczególnego traktowania. Oprócz wschodów głównych, w każdym skrzydle znajdują się wschody boczne. W korytarzu dolnym ustęp ogólny (na wodzie), a przy każdej sali oprócz kuchenki podręcznej (gazowej) ustęp oddzielny. Kuchni, pralni i t. p. urządzeń gospodarskich klinika nie posiada, gdyż pożywienie dla chorych jest dostarczane wedle kontraktu przez przedsiębiorcę prywatnego. Również nie posiada trupiarni, gdyż ciała zmarłych są zaraz usuwane i sekcje nigdy w samej klinice nie mają miejsca. W podwórzu *resp.* w przyszłym ogrodzie wznosi się niewielki budynek jednopiętrowy przeznaczony specjalnie dla badań chirurgii eksperymentalnej i badań bakteryjologicznych. Z czasem cały plac za kliniką zamieni się w obszerny ogród, gdzie rekonwalescenci będą mogli korzystać ze świeżego powietrza.

Tak przedstawia się w ogólnych zarysach wygląd kliniki krakowskiej. Wypada obecnie przejść do szczegółów urządzenia, porządków w niej panujących, i metod postępowania leczniczego.

Jako materiały budowlane służył kamień, cegła, żelazo i szkło. Drzewa użyto jak najmniej, ograniczając się do rzeczy niezbędnych (futryny, drzwi, podłogi w mieszkaniu asystentów i gabinecie dyrektora). Tym sposobem zapewniono wszelkie bezpieczeństwo na wypadek pożaru. Podłogi w korytarzach i salach są ułożone z glansowanej terrakoty, szczelnie cementem spojonej, w salach operacyjnych (dolnej i górnej) także same podłogi opatrzone otworami zlewowymi, ułożone nieco pochyło, dozwalając na natychmiastowe i ciągłe usuwanie wszelkich płynów wylanych. W sali operacyjnej dolnej cały amfiteatr dla słuchaczy zbudowany z żelaza i tak urządzony, że można stosownie do woli zmywać go od góry do dołu, co jest rzeczą konieczną, ze względu na 200 słuchaczy, którzy w porze zwłaszcza zimowej z zanieczyszczonym obowiem zasiadają w ławkach. Sala ta zaopatrzona jest w ciepłą i zimną wodę, dobiegającą kranami do dwóch obszernych umywalni, oświetlona światłem z góry, a w razie potrzeby posiada przyrząd do oświetlenia elektrycznego; ogrzewa się przez dopływ ciepłego powietrza kaloryferami. Oprócz tego w sali

znajduje się duży sterylizator metalowy mieszczący w sobie zapasy opatrunków, ręczniki, fartuchy płócienne, opaski i t. d.). Sterylizator ogrzewany parą przez osobny przyrząd, mieszczący się w obejściu (pod sklepieniem amfiteatru) sali operacyjnej. Mała salka operacyjna na górze przedstawia jeszcze większą staranność o usunięcie szkodliwości septycznych. Oświetlona wielkiem oknem o jednej tafli szkła w ramie żelaznej z parapetem szklannym. cała pociągnięta olejną farbą białą z podłogą z terakoty, drzwiami lakierowanymi bez żadnych załamów, oprócz szklanych etażerek i szafek o żelaznych podstawach, żelaznych stołków i stołu operacyjnego ze szkła i żelaza, nie zawiera ani odrobiny drzewa lub tkaniu, mogących być siedliskiem zarazków. Ogrzewa się kaloryferem i zaopatrzona jest w ciepłą i zimną wodę.

Sale dla pomieszczenia chorych o podłodze z terrakoty, ogrzewane piecami, otrzymują dopływ świeżego powietrza przez odpowiednie kaloryfery. Światło otrzymują z południa i północy. Łóżka żelazne z materacami metalicznymi zawierają materac włosiany, takąż poduszkę, kołdrę wełnianą pokrytą płótnem. Szafki przy łóżkach żelazne. Widzimy więc, że i na salach starano się usunąć wszystko co tylko mogłoby się przyczynić do rozwoju zarodków chorobotwórczych. Podobnie urządzone są i separatki. Cały zresztą budynek posiada oświetlenie gazowe. Jeżeli tak baczna zwrócono uwagę na całe urządzenie pomieszczenia, tembardziej starannie zajęto się przygotowaniem środków służących do operacji. Stoły operacyjne zrobione ze szkła na podstawie żelaznej (lub całe żelazne—jak specjalny stolik TRENDELENBURGA dla laparotomii) instrumenta pomieszczono w szafach szklanych w oprawie żelaznej i o półkach szklanych. Same instrumenty ściśle zastosowano do metody aseptycznej, a więc nie zawierają one ani kawałka drzewa, i są przeważnie niklowane. Irrygatory szklanne o kankach szklanych, zlewaczki i podstawki ze szkła, stoliki dla pomieszczenia instrumentów podczas operacji również szklane, a płyny zapasowe (*Sol. acid. borici, sublimati, acid. carbolic*) w wielkich butlach o szlifowanych korkach zawieszono na podstawie żelaznej.

Metodą przyjętą przez prof. RYDYGIERA jest ściśła aseptyka. Postępowanie antyseptyczne bywa stosowane tylko w razach wyjątkowych t. j. gdy natura cierpienia jest sama przez się septyczną, lub przybywa chory z uszkodzeniami zaniebdaniem lub źle traktowaniami, które przez to stały się septycznymi i wymagają skutkiem tego postępowania antyseptycznego. Jak wiemy, istota aseptyki polega przedewszystkiem na możliwie idealnej czystości, tak samej powierzchni operowanej, jak wszystkich przedmiotów z nią się stykających. Szkodliwości ze strony powietrza okazały się tak małoważne, że zarzucono zupełnie sprej, będący plagą dla chorego, a jeszcze większą dla operujących. Aseptyka daje świetne rezultaty, ale też wymaga, aby była istotną, rzeczywistą, a nie teoretyczną. Nie wolno pod tym względem robić żadnych ustępstw, bo najmniejsza niedokładność może się gorzko pomścić. Jest to właśnie wielka zasługa prof. RYDYGIERA, że własnym przykładem stara się wpoić w słuchaczy tę niezbędność ściśłości w postępowaniu. A jak to mówią, przyzwyczajenie staje się drugą naturą, słuchacz chirurgii od początku i ciągle przyzwyczajony do porządku tak się z nim zżyje, że kiedyś jako lekarz nie będzie mógł pojąć żeby można inaczej postępować i mimowoli z przyzwyczajenia pilnować się będzie aseptyki. A co się tyczy porządku, to sądzę, że gdzie jak gdzie, ale u nas, nigdy zadosyć o niego dbać nie można.

Chory przed operacją zostaje starannie oczyszczony, o ile na to stan jego zdrowia pozwala, i jeżeli nie ma *periculum in mora*, zmuszającego do natychmiastowej operacji. Samo zaś pole operacyjne podlega ściśłej dezynfekcyi, w chwili gdy chory zajął miejsce na stole operacyjnym i jest już na pół uspionym. Do oczyszczenia służą: ogolenie staranne, letnia woda z mydłem, lekki roztwór sublimatu a następnie kwasu bornego, poczem cała powierzchnia zostaje pokrytą gazą zwilconą w roztworze kwasu bornego. Wszystkie narzędzia potrzebne do operowania z wyjątkiem skalpeli, zostają wygotowane w wodzie z dodatkiem nieco sody a przed samą operacją pogrążone w płaskim naczyniu z roztworem kwasu bornego; noże zaś, które mogły by tępieć od gotowania, pogrążają się tylko na krótko w wodzie wrzącej lub na kilka minut kładą do 5% roztworu kwasu karbolowego. Operujący i asystenci oczyszczają starannie ręce wodą letnią z mydłem, przy pomocy szczoteczek, które nb. nie leżą na umywalni, ale są zawsze pogrążone w lekkim roztworze sublimatu, następnie używają roztworu mydła szarego w glicerynie, po-

czem dopiero splókują ręce lekkim roztworem sublimatu, a ostatecznie roztworem kwasu bornego, paznokcie oczyszczają się gazą jodoformową zwilżoną borem. Procedura ta mycia rąk trwa od 10—15 minut. Oprócz zwykłych fartuchów z rękawami, wysterylizowanych, operujący i najbliżsi asystenci nakładają przy wszystkich laparotomiach cienkie fartuszki, zwilżone roztworem sublimatu. Oprócz pola operacyjnego obnażonego, okolice przyległe pokrywają się ręcznikami wysterylizowanymi. Do wycierania krwi i oczyszczania pola operacyjnego służą kawałki gazy, zwilżone w roztworze kwasu bornego. Oprócz tego operujący ma pod ręką dwie miednice, jedną z sublimatem, drugą z kwasem bornym, w których obmywa wedle potrzeby ręce. Żaden z instrumentów używanych nie może być kładzionym na stole operacyjnym, ale natychmiast po użyciu wraca do właściwego rezerwuaru, zostaje opłókanym i znowu zdolnym do użycia. Po skończonej operacji, opłókanii i obmyciu kwasem bornym, dobywa się ze sterylizatora materyjał opatrunkowy i natychmiast zakłada. Chorego kładzie się na świeżem łóżku, które umieszczone na odpowiednim wózku żelaznym, zostaje bez wstrząśnień i trudności odwiezione na salę, lub windą przeniesione na 1-sze piętro. Opatrunki wszelkie nigdy nie bywają dokonywane na salach służących do pomieszczenia chorych, ale tylko w sali operacyjnej, lub pooperacyjnej (wyjątek stanowią separátky). System ten zasługuje bardzo na uwzględnienie, gdyż z jednej strony zapobiega zanieczyszczeniu sali chorych, a z drugiej, oszczędza drugim chorym widoku przykrego, a często wstrętnego.

Nadmienić tu także muszę, że prof. RYDYGIER przyjął pod względem chloroformowania metodę francuzką t. j. powolne ale ciągłe chloroformowanie, przez cały czas trwania operacji, bez względu na długość tego czasu. Wprawdzie przy metodzie tej więcej się traci czasu na powolne uspienie chorego, ale za to unika się objawów gwałtownego działania chloroformu na centra mózgowe, a przez to zapobiega przykrym objawom nagłego porażenia. W czasie operacji ma się zapewniony ciągły sen chorego, który nawet przy długotrwałym zabiegu operacyjnym zużywa stosunkowo niezbyt wielką ilość chloroformu.

Postępując konsenkwentnie drogą wyżej opisaną, potrzeba przyznać, że klinika krakowska doszła do świetnych rezultatów. Najcięższe operacje nie wywołują następstw tak nieraz przykrych, gojenie się następuje szybko i bez powikłań, a statystyka wykazuje jak najświetniejsze rezultaty. Nieszczęśliwe zejścia prawie wyłącznie zdarzają się w tych tylko przypadkach, gdzie, chorzy już w stanie septycznym przybyli do kliniki, lub też gdzie bardzo daleko posunięte cierpienie wyczerpało siły chorego i z góry prawie przewidzieć się daje zejście niepomyślne.

Z większych operacji najczęściej wykonywane bywają: laparotomije w celu owariotomii, hysterotomii, rezekcyi kiszek i żołądka; rezekcyje większych stawów, operacje nowotworów, liczne operacje wola z zupełnem usunięciem guza, rezekcyje odbytnicy przy raku (metodą KRASKE), herniotomije i t. d.

Wyprowadzając wnioski ogólne dochodzimy do przekonania, że jedynie urządzenie takie jak w krakowskiej klinice jest racjonalnem i odpowiada ściśle celowi zamierzonemu. Przedewszystkiem najważniejszym momentem jest to, że klinika stanowi sama w sobie całość odrębną, nie jest związaną z żadnym szpitalem i nie jest jego oddziałem. Dyrektor kliniki jest absolutnym władcą w swych czterech ścianach, za wszystko odpowiada, ale też ma możność swobodnego zupełnie postępowania. Ponieważ klinika nie stanowi oddziału chirurgicznego, więc wybór materyjału zależy tylko od woli dyrektora; to daje mu możność gromadzenia w danej chwili przypadków potrzebnych do przeprowadzenia pewnych ścisłych badań w pewnym kierunku, bez zaprzątania sobie czasu i miejsca przypadkami, które w danej chwili nie budzą naukowego interesu. Tym tylko sposobem klinika przestaje być praktyczną lecznicą, a staje się istotną szkołą, w której dane przypadki i metody leczenia można przestudjować do ostatniej konsekwencji. Klinika skutkiem tego jest w możności dostarczania materyjału ściśle naukowego, a nie oderwanych obserwacji, bardzo nieraz ciekawych, ale zawsze tylko będących czemś niezupełnem. Dalej, oddzielenie zupełne kliniki od szpitala zapewnia jej ochronę od szkodliwych wpływów takiego sąsiedztwa, uwalnia od ograniczeń koniecznych w szpitalu, już to ze względów na całość zakładu, już też z przyczyn finansowej natury.

Zrobić by można zarzut, że słuchacze chirurgii za mało korzystają w takich warunkach z praktyki szpitalnej. Tak jednak nie jest, gdyż każdy słuchacz oprócz widzenia większych operacji, dokonywanych na chorych leczonych w klinice, ma

możność korzystania z bogatego materiału ambulatoryjnego, dokonywa drobnych rękoczynów operacyjnych pod okiem profesora lub asystenta, wprawia się w dyjagnozę i metody opatrunkowe. Ci ze słuchaczy ostatniego kursu, którzy przebyli już ćwiczenia praktyczne chirurgiczne, dokonywają nawet większych operacyj pod przewodnictwem profesora (np. rezekcja żeber przy *pyothorax*, *herniotomie* i t. d.), a przedewszystkiem takich, które każdy lekarz praktyk powinien w danym razie umieć wykonać. Widzimy zatem, że klinika krakowska pod każdym względem odpowiada swemu celowi. Prawda, że wymaga ona usilnej pracy, tak ze strony profesora jak i asystentów, gdyż tu nie podobna zbyć się godziną wykładu i pobieżną ordynacją, ale przecież celem każdej kliniki powinna być wspólna praca tak uczących jak i uczących się, dla jednych i drugich jest ona szkołą, a dla ogółu pracownią w której zdobywają się nowe poglądy i wyciągają korzyści, idące na dobro całej ludzkości.

Wielu z naszych kolegów udaje się za granicę dla studyjów specjalnych; mogą im sumiennie polecić klinikę krakowską, której niech nie pomijają, pociągani urokiem Wiednia, Paryża i Berlina. Korzyści jakie mogą tu odnieść, przyjdą im łatwo, już ze względu na uprzejmość i chętny współdziałanie samego dyrektora, gdy tymczasem w innych renomowanych miejscach dostęp do tak zwanych arkanów jest nieraz bardzo trudny, i nie zawsze da się pozyskać nawet stratą materijną, a co się tyczy strony naukowej i praktycznej, to mogą ich zapewnić, że nic lepszego gdzieindziej nie znajda.

A. S.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Fabrykant narzędzi chirurgicznych Harmsen z Hamburga, wyszedłszy z zasady, że przy oglądaniu jamy ustnej za pomocą łyżeczek, szpatli i t. p. zwykle pośpiesznie się odbywającem, i przy którym nie zawsze się pamięta o starannej dezynfekcyi przedmiotów do naciskania języka użytych, mianowicie nie poddaje się ich działaniu wyższej ciepłoty, proponuje drewniane szpatle czyli naciskacze języka, które po jednorazowym użyciu mogłyby być spalone. Byłby to jego zdaniem jedyny zapobiegawczy sposób przeciw udzielaniu zarazy na tej drodze. Szpatel Harmsena może być przez każdego stolarza zrobiony, gdyż jestto linijka drewniana szetoka na cal, długa około 7 cali, gruba około 3-ch milimetrów, w końcu mającym się do jamy ustnej wprowadzić zaokrąglona. Setka takich szpatli na miejscu kosztuje 35 fenigów, to jest 3 sztuki za kopiejkę, co nawet przy obecnym bajecznie niskim kursie naszych pieniędzy nie jest drogo.

= Na ostatniem posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa dermatologicznego dr. LASSAR o-kazywał drukowane przepisy, które wydaje każdemu swemu pacjentowi, dotkniętemu przymiotem. Brzmia one, jak następuje: „Przepisy, jakie powinien zachować chory podczas, i po kuracyi zastrzykiwaniami i wcieraniami. Leki jod zawierające należy brać (3 razy dziennie po łyżce stołowej) przed jedzeniem, najstosowniej z mlekiem. Po każdym jedzeniu należy oczyścić zęby (szczoteczką miękką i proszkiem lub mydłem); nadto należy płókać usta 4 razy dziennie. NB. Na początku kuracyi kilka razy być u dentysty! Co najmniej 2 razy tygodniowo wziąć kąpiel o 28° R., trwającą 30 minut. Przed każdym zastrzyknięciem należy obmyć mydłem to miejsce, w które ma być zrobione zastrzykiwanie. Żywić się o ile można najlepiej (szczególnie dużo mleka i tłuszczu, zupy z mleka i piwa, mięso i jaja). Zupełne wstrzymywanie się od napojów wysokowych. Od czasu do czasu trochę piwa. Również zupełne wstrzymywanie się od stosunków płciowych (nie całować się!). Dużo ruchu używać na świeżem powietrzu. Nie palić! Wcześniej kłaść się spać. Koniec kuracyi może określić tylko lekarz (zazwyczaj nie wcześniej, jak po 30—40 dniach); atoli i po oznaczonym czasie należy 2—3 razy do roku porozumieć się z lekarzem, chociażby chory pozornie był najzdrowszym. Co najgłówniejsze: nie wolno wstępować w związki małżeńskie bez uprzedniego porozumienia się z lekarzem. Żonaci powinni przez pewien przeciąg czasu zupełnie wstrzymać się od stosunków płciowych. Choroba najczęściej powstaje wskutek zarażenia się i dla tego należy zachować wszelkie środki ostrożności, by nie zarażać innych“.

= Zmarły przed niedawnym czasem Brücke pozostawił popularny rękopis, zatytułowany: „w jaki sposób należy chronić życie i zdrowie swych dzieci?“ Praca ta została już wydrukowaną.

= W ciągu ostatnich 14 miesięcy w Berlinie zakończyło życie samobójstwem 62 nieletnich, z których najmłodszy miał 7 lat, najstarszy zaś 15!

= W r. 1890 na kolejach żelaznych w Stanach Zjednoczonych 6334 podróżujących zostało zabitych, 29025 zaś—rannych. Że służby pociągowej 1 był zabity na 360, 1 zaś ranny na 33. Podróżnik, jadący bezustannie po 30 mil na godzinę wystawiony jest na śmierć wskutek rozbicia pociągu raz na 158 lat, służba zaś pociągowa raz na 35 lat.

= Na 1620 chorych, przebywających obecnie w Davos, znajduje się 550 Niemców, 449 Anglików, 194 Szwajcarów, 99 Holendrów, 145 Francuzów i Belgijczyków, 19 Amerykanów i 87 Rosyjan; 77 należą do rozmaitych innych narodowości.

Wiadomości bieżące.

Krajowe. W dniu 12-ym b. m. odbyło się poświęcenie Zakładu gimnastyki szwedzkiej higienicznej i leczniczej dla kobiet i dzieci (chłopcy do lat 12-tu) Heleny Kuczalskiej, otwartego za pozwoleniem władzy przy ul. Oboźnej Nr. 7, m. 1. Lekcje gimnastyki higienicznej udzielane będą przez szwedkę z Instytutu Centralnego w Sztokholmie. Szwedka również prowadzić będzie masaż i gimnastykę leczniczą, stosowaną w wielu chorobach wewnętrznych i ortopedycznych. Zakład znajduje się pod opieką lekarzy: d-rów SOLMANA, KURTZA i St. HOLTZA, którzy w oznaczonych godzinach przyjmować w nim będą chorych. Gimnastyka higieniczna dwa razy tygodniowo po godzinie lub cztery razy po pół godziny, rs. 3 miesięcznie. Gimnastyka lecznicza i masaż codziennie rs. 15 miesięcznie, za pół miesiąca rs. 8, za tydzień rs. 5. Nauczycielki wnoszą połowę wymienionych opłat. We Wtorki i soboty od 7—8 wieczorem przyjęcie bezpłatny.

Właścicielka obeznawszy się dokładnie z zasadami szwedzkiej gimnastyki w centralnym instytucie gimnastycznym w Sztokholmie, zaopatrzyła się w najważniejsze przyrządy na miejscu, a nadto, zapewniła sobie stałą pomoc w osobie wykwalifikowanej nauczycielki Szwedki panny Anny Rosborg. Panna R. odbywszy przepisane studia w rzeszonym centralnym instytucie, i pracując potem przez rok pod kierunkiem prof. WESTERLANDA w Enköpin będzie miała możność gruntownego wykształcenia naszych sił miejscowych, na których nam dotąd całkiem zbywało.

Za zbadanie rzeczy u źródła i dążność do wprowadzenia jej w życie u nas, oraz projekt kształcenia miejscowych sił nauczycielskich p. Helenie Kuczalskiej należy się szczere uznanie. Taki przedewszystkiem instytut był nam potrzebny; nie należy bowiem zapominać, że pomimo wysoko posuniętej i ulepszonej metodyki gimnastycznej w Niemczech i Anglii, Szwecya jednakże jeszcze po dziś dzień w tym względzie przoduje. Do ważnej tej kwestyi niezadługo powrócimy, życząc tymczasem nowo utworzonemu Zakładowi jaknajwiększego powodzenia.

— Pisma codzienne donoszą, że w tych dniach zatwierdzone zostało przedstawienie ministerjum spraw wewnętrznych o zaprowadzeniu ogólnej obowiązującej wszystkie koleje ustawy o służbie lekarskiej kolejowej.

Zmarli. Ś p. Dr. Onufry TREMBECKI zmarł w dniu 10 Marca r. b. w Nowym-Sączu, od roku 1840 lekarz Zdrojowy w Szczawnicy. Postać powszechnie szanowana, jako sumienny lekarz, zacny obywatel, i osobistość, która swą pracą i ciągłym czuwaniem nad Szczawnicą, niemało się przyczyniła do rozwoju tego zdrojowiska. Służył wojskowo w r. 1830 a w r. 1839 stopień Doktora Medycyny uzyskał. Prócz kilku prac dotyczących dyjetyki i sposobu zachowania się podczas kuracyi w Szczawnicy ogłaszał od r. 1866 do 1883 włącznie, coroczne sprawozdania ze swej działalności zdrojowej. Wieloletni świadek działalności zmarłego dr. W. ŚCIBOROWSKI poświęcił zmarłemu obszerniejsze wspomnienie w N-rze 12-ym Przeglądu Lekarskiego. Cześć ś. p. Onufrego TREMBECKIEGO.

— W Lipsku professor Karol Zygmunt CREDE rozgłośny akuszer w wieku lat 72. Urodzony w Berlinie, już wcześniej poświęcił się specjalnie akuszerzy i gynecologii; mianowany profesorem tych przedmiotów w Lipsku w r. 1848, był autorem wielu publikacyj z których „kliniczne odczyty o akuszerzy“ i niektóre wyczerpujące monografie, zjednały mu poważne stanowisko w świecie naukowym. Nadto był założycielem pisma „Archiv für Gynäkologie“. Jego rękoczyn znany w nauce pod nazwą rękoczynu CREDEGO celem wydalenia łożyska, uczynił imię jego popularnem w całym świecie.

Nadesłano do Redakcyi.

1. Dr. J. Karliński. O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła (Dyfteryi) z 3-ma rysunkami. 2. Dr. E. Rosenblatt. Nowsze sposoby leczenia krztuśca. 3. Dr. W. Momidłowski. O istocie i leczeniu hysterii. 4. Dr. L. C. Burgonzio. Technika hydroterapii. 5. Prof. Dr. Korczyński i Prof. Dr. Gluziński. Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzuszny. 6. Dr. S. St. Syfilis, jego istota i środki zapobiegawcze.

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi Oboźna: Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Марта 1892 г.—Druk Maryi Ziemkiewiczowej
Kraak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.