

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. *Prace oryginalne.* Skrócenie i zgorzel kiszek esowatej; wycięcie kiszek, utworzenie sztucznego odbytu. Powtórna laparotomija, zeszywanie kiszek. Wyzdrowienie. — O syringomyelii. Podał dr. St. Bernstein. (Ciąg dalszy). — *Straszenia i przekłady.* 66. O suchym sposobie następnego leczenia ostrych zakaźnych zapaleń skóry i tkanki podskórnej. 67. O napadzie tachykardji wywołanym przez uraz. — *Krytyka i Bibliografia.* Leczenie przymiotu wcieraniami szaruchy przy współczesnem zastosowaniu kąpiei siarczanych. Podał dr. J. Dymnicki. — Baraki (namioty) systemu d-ra Düms'a. Napisał dr. H. D. — *Drobiajsze wiadomości różnej treści.* — *Wiadomości bieżące.* — *Ugłoszenia.*

Z KLINIKI PROF. KOSIŃSKIEGO.

Skrócenie i zgorzel kiszek esowatej (S. romanum); wycięcie kiszek, utworzenie sztucznego odbytu. Powtórna laparotomija, zeszywanie kiszek. Wyzdrowienie.

Podał Dr. Tomasz Solman,

ordynator kliniki chirurgicznej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. lekarskiego dnia 15 Marca 1892 r.).

Z pomiędzy rozmaitych niedostatecznie wyjaśnionych zagadnień chirurgii współczesnej sprawa rozpoznania, oraz operacyjnego leczenia niedrożności jelit pierwsze niemal miejsce zajmuje. Sprawa ta, podnoszona wielokrotnie przez znakomych chirurgów i klinicystów, opracowywana drobiazgowo w wielu notatkach i monografiach przez SONNENBURGA, MADELUNGA, KÜSTERA, STAFFELA, POPPERTA, ZOEGE MANTEUFFLA, z polskich chirurgów przez RYDYGIERA, OBALIŃSKIEGO, SCHRAMMA, a nawet w całych dziełach, np. LEICHTENSTERNA, TREVESE, omawiana na zebraniach i zjazdach lekarskich, nie została pod wielu względami należycie wysświetloną. Szczególniej różniczkowe rozpoznanie licznych postaci niedrożności jelit, a następnie określenie, czy i kiedy operować należy, oraz w jaki sposób postępować po dokonaniu laparotomii wiele jeszcze wątpliwości, niepewności pozostawia. Trudności rozpoznania upatrywać musimy głównie w tem, że objawy niedrożności od bardzo licznych przyczyn zależą, a zaś najróżnorodniejsze przyczyny anatomiczne i patologiczne wywołują objawy podobne. Przekonywamy się często, że nieraz trudno stanowczo twierdzić, czy w danym przypadku rzeczywiście istnieje niedrożność jelit, a jeszcze trudniej: określić przyczynę niedrożności. Prawda, że wydarzają się przypadki, przeczące wszelkim uważanym za dosyć pewne teoryjom, i niweczące nawet zdobyte już pewne doświadczenie, jednakże wiele dopomóżd i wyjaśnić może nader dokładne, ścisłe badanie chorego, przywiązywanie znaczenia nie do samych tylko przypuszczeń teoretycznych, lecz do tego co rzeczywiście spostrzegliśmy, wyczuliśmy, co nam wykazały różne metody klinicznego badania. Błędne są mniemania tych, którzy sądzą, że, z powodu złych wogóle wyników laparotomii przy leczeniu niedrożności jelit, najlepiej wcale nie operować. Tacy lekarze wyczekując poprawy, która przecież samoistnie tylko wyjątkowo nastąpić może, tracą nieraz chorego wtedy, gdy przy początkowem dokładnem rozpoznaniu cierpienia oraz jego przyczyny, i wczesnem dokonaniu operacyi, być może chory byłby ocalony. Zapatrywaniom zbyt pessemistycznym przeczą coraz częściej ogłaszane w literaturze lekarskiej przypad-

ki wyleczenia niedrożności jelit zapomocą laparotomii, tego rodzaju przypadek mam zaszczyt przedstawić Szanownym Kollegom.

W dniu 28 Lipca 1891 r. przyniesiono do kliniki chirurgicznej, w szpitalu Ś-go Ducha, chorego Michała Słocińskiego, stróża domu z ulicy Chłodnej.

Słociński, 49-letni mężczyzna, dobrze zbudowany, miernie odżywiony, o rysach twarzy ściągłych, ostro-wydatnych, policzkach zapadniętych, oczach zamglonych, kończynach sinych i zimnych, pokrytych potem, brzuchu nadmiernie wzdętym, oddechaniu powierzchownem i przyspieszonym, 40 na minutę, tętnie bardzo słabem (80 na minutę), przedstawia obraz ciężkiej niemocy. Zapytany o początek i przebieg cierpienia, oraz o obecne dolegliwości chory słabym głosem opowiada, że w ogóle dotąd czuł się zdrowym, żadnych ciężkich chorób nie przebywał, jedy-nemi, coraz częściej powtarzającemi się dolegliwościami były wydarzające się bóle w dolnej części brzucha, oraz skłonność do zaparcia stolca. Dwukrotnie, 12 lat i 4 lat temu wystąpiły krótkotrwałe objawy niedrożności kiszek, które ustępowały po zastowaniu środków przeczyszczających. W dniu 23 Lipca, t. j. na pięć dni przed przybyciem do kliniki, chory poczuł, w parę godzin po zwykłym południo-wym posiłku, silny ból w dolnej części brzucha, szczególnie w lewym podbrzuszu, nudności, parcie na stolec. Pomimo wysiłków chory nie mógł oddać stolca, ani też wypuścić wiatrów. Bóle nie ustępowały, owszem, nawet od czasu do czasu jedno-cześnie z parciem na stolec wzmagwały się, wzdęcie brzucha stawało się coraz zna-cniejszym; zastosowane środki przeczyszczające, lawatywy, ulgi nie przyniosły. W trzecim dniu cierpienia chory zaczął coraz częściej wymiotować, z początku resztkami pokarmów, potem płynami wodnistymi, zabarwionymi żółcią, gorzkiemi, wreszcie piątego dnia wymioty były kałowe; upadek sił wzmagał się coraz bardziej. Przy szczegółowem badaniu chorego znalazłem brak zmian w płucach i w sercu, górną granicę wątroby i śledziony posuniętą o szerokość jednego żebra wyżej, dolnych granic określić nie mogłem z powodu silnego wzdęcia brzucha. Brzuch znacznie wzdę-ty, beczkowaty; obwód na wysokości pępka 86 ctm., odległość od wyrostka mieczyko-watego do pępka 18 ctm., od pępka do spojenia łonowego 22 ctm. Oddzielne pętlice kiszek pod powłokami nie zarysowują się. Powłoki brzucha silnie naprężone, niepo-datne przy uciskaniu. Przy wypukiwaniu otrzymujemy odgłos bębenny na całym brzuchu z wyjątkiem pasa szerokości 4 ctm. powyżej spojenia łonowego i więzów POUPARTA; w tej to części o odgłosie stłumionym wyczuwać się daje chelbotanie. Przy uciskaniu powłok nie zdołałem znaleźć nigdzie miejsca o wyraźnie zwiększo-nej odporności, badanie jednak w tym kierunku nie mogło być dokładnem, ponie-waż wszelki silniejszy ucisk powodował bóle a jednocześnie i zwiększone napięcie powłok brzusznych. Wszystkie wrota przepuklin zewnętrznych nie przedstawiały nie nieprawidłowego. Przy badaniu *per rectum* palcem dochodziłem prawie do wzgó-rka kości krzyżowej (*promontorium*), nie znajdując żadnych zmian w kiszce odchodo-wej. Wprowadziłem sondę do кишки odchodowej, lecz pomimo usilnych starań nie zdołałem przesunąć sondy powyżej *promontorium*; wlewana zaś przytem woda z irry-gatora wylewała się wkrótce na zewnątrz. Pomieściło się wody mniej więcej oko-ło litra t. j. tyle ile *rectum* pomieścić pomoże. Przy wprowadzeniu zgłębnika THOM-SONA okazało się, że pęcherz moczowy był skurezony, zawierał 50 ctm. moczu, o barwie ciemno-ceglastej, przezroczystości zwykłej, odczynie kwaśnym, bez białka. Badanie zakończyłem przeplókaniem żołądka, zawartość była koloru i zapachu kało-wego. Po przeplókanu żołądka wzdęcie brzucha *in epigastrio* znacznie się zmniej-szyło, lecz pozostało w tym samym, co poprzednio stopniu w *meso et hypogastrium*; chory uczuł pewną ulgę w oddechaniu, tętno stało się cokolwiek silniejszym. Ani wlewanie Hagarowskie, ani przeplókanie żołądka nie zdołały przywrócić drożności jelit.

Cały obraz chorobowy wyraźnie świadczył o istnieniu niedrożności jelit, trudno jednak było bliżej określić siedlisko i przyczynę niedrożności. Ostry początek choroby, silne bóle w dolnej części brzucha szczególnie z lewej strony, olbrzymie wydęcie brzucha głównie *in meso et hypogastrio*, względnie późne wystąpienie wymiotów kałowych, niemożność wprowadzenia sondy powyżej *promotorium*, a głównie niemożność przedostania się wody do części zstępującej kiszki grubej, pozwalały określić z pewnem prawdopodobieństwem, że w danym przypadku istnieje skręcenie *S. romanum*. Ponieważ wszelkie zastosowane środki w celu przywrócenia drożności jelit stały się bezskutecznymi, zaś ogólny stan chorego pogarszał się, postanowiliśmy nie zwlekać dłużej, lecz bezwzględnie wykonać laparotomię. Operację powyższą dokonałem przy łaskawym współudziale kolegów GRUŻEWSKIEGO, MALISZEWSKIEGO, PRZYBOROWSKIEGO i REICHSTEINA.

Po zachloroformowaniu chorego, po dokładnem wymyciu brzucha, wodą z mydłem, eterem, i 1⁰⁰/₀₀ roztworem sublimatu, mając wysterylizowane (przez gotowanie) narzędzia, ligatury i serwety, przystąpiłem do laparatomii. Cięcie powłok brzusznych wykonałem w kierunku smugi białej od pępka do spojenia łonowego. Po nacięciu otrzewnej wylało się około 2 litrów płynu zielonawego koloru, mętnego, silnie cuchnącego, bez domieszki jednak kału. Przecięcie otrzewnej wzdłuż całej długości rany powłok. Przez ranę wypukliła się na zewnątrz gruba kiszka nadmiernie, prawie w dwójnasób rozdęta, ciemno-zielonego koloru. Ponieważ wydobyć na zewnątrz owej pętli kiszek, i określenie przyczyny zaciśnięcia było trudnem z powodu niedostatecznego otworu w ścianach brzusznych, przedłużyłem tedy cięcie na 4 ctm. po nad pępek, poczem mogłem wydostać na zewnątrz całą pętlę rozdętej kiszki; po wprowadzeniu ręki do jamy otrzewnej uwidoczniła się przyczyna niedrożności, a mianowicie skręcenie *Volvulus S. romani* raz naokoło osi krezkowej na wysokości *promontorium*. Kiszka esowata była zrośnięta krezkowymi powierzchniami; do samego miejsca zaciśnięcia kiszka była w stanie silnego biernego przekrwienia graniczącego ze zgorzelą. Dosyć łatwo udało się przez odkręcenie nadać kiszce właściwy kierunek, zaciśnięcie ustąpiło, lecz warunki krążenia nie poprawiły się, pętla kiszki była szaro-zieloną, otrzewna miejscami popękana. Przeciąwszy kiszkę wypuściłem znaczną ilość zawartości kałowej. Ponieważ w miejscu przecięcia ściany kiszki nie było krwawienia, lecz nacieczenie takie, jakie zwykle widzimy przy zgorzeli, uważałem za najwłaściwsze całą zgorzelinową część odciąć (*resp.* całe *S. romanum*), a następnie nie chcąc wykonać pierwotnej rezekcji, z powodu upadku sił chorego, więc i niemożliwości przedłużania operacji, postanowiłem wytworzyć sztuczny odbył, wszywając do dolnego kąta rany dolny koniec *coli descendens* i górny koniec *recti*. Chcąc przeprowadzić ten plan, poprosiłem jednego z kolegów o uciśnięcie końców kiszki, powyżej i poniżej zaciśnięcia, następnie odciąłem całe *S. romanum*. Krwawienie ze ściany kiszki było nieobfite, dosyć znaczne z krezki. Po dokładnem oczyszczeniu jamy otrzewnej tamponami sterylizowanymi i jodoformowymi, wszyłem końce kiszek do dolnej części rany powłok brzusznych. Szwy nakładałem węzełkowe i kuśnierskie, starając się, żeby otrzewna ścienna była w jak najszerszem zetknięciu z otrzewną wszywanych końców kiszek. Dla uniknięcia wciągania przyszytych końców do jamy otrzewnej nałożyłem dwa głębokie szwy, przechodzące przez ścianę brzuszną, krezkę i przeciwległą ścianę brzuszną. Ranę powyżej wszytych końców kiszki zeszyłem kilkonastoma węzełkowymi szwami głębokimi, i powierzchownymi. Do doprowadzającego i odprowadzającego końca kiszki wprowadziłem dreny; po dokładnem powtórnem przepłókaniu kiszki nałożyłem opatrunek przeciwnilny na ranę, zaś dren, idący od doprowadzającego końca kiszki zanurzyłem do kanki szklanej, napełnionej roztworem nadmanganianu

potasu. Po operacji trwającej $1\frac{1}{2}$ godziny, chory był w stanie nie wiele gorszym niż przed operacją, tętno 90 słabe.

Dla zmierzenia wyciętego *S. romanum* zeszyłem miejsce po nacięciu, przewiązałem jeden koniec kiszki, napelniłem ją wodą i zawiązałem drugi koniec; wymiary były następujące: długość *meso sigmoideum* 32 ctm., długość obydwóch pętlic zrosniętych z sobą powierzchniami krezkowemi 72 ctm., obwód każdej pętlicy 14 ctm. Pod otrzewną kiszki znajdujemy liczne czarne podbiegnięcia krwi, otrzewna w wielu miejscach popękana; ściany kiszki, a szczególnie błona podśluzowa i śluzowa obrzęknięte, nacieczone jak przy zgorzeli; na błonie śluzowej brak owrzodzeń i blizn.

W pół godziny po operacji chory wrócił do przytomności, skarżył się na silne bóle w brzuchu, tętno nitkowate 100, kończyny zimne; zalecono środki podniecające. Wieczorem t. 36,2, puls 120, chory wygląda rzeźwiej, lecz wymiotuje, bóle słabsze, 29 Lipca rano t. 37,8, puls 120 drobny słaby, ogólny stan chorego niezły, ilość moczu na dobę 370 ctm. Po południu chory często wymiotuje, skarży się na silne bóle w brzuchu. Po zastrzyknięciu $\frac{1}{8}$ gr. morfiny chory uspokoił się, wymioty nie tak częste. Wieczorem t. 37, puls 120. 30 Lipca rano stan bardzo zły graniczący z zapadem t. 35,6, puls 140 nitkowaty, czkawka, wymioty, niepokój. Wstrzyknięcie eteru, małe dawki kamfory wpłynęły podniecająco. Wieczorem t. 35,8, puls 116 cokolwiek silniejszy. 31 Lipca znaczna poprawa w stanie chorego t. 36,5, puls 96 dosyć silny. Przy nałożeniu opaski okazuje się, że brzuch jest nie wzdęty, mało bolesny; przepłókanie kiszki. Wieczorem t. 38, puls 90 znacznie pełniejszy i silniejszy, chory czuje się dobrze, wymioty ustąpiły. Od tej chwili w stanie chorego zaszła stała zmiana na lepsze. Nie będę nużył Szan. Kolegów szczegółowym opisem dalszego przebiegu pooperacyjnego; przebieg ten odpowiadał obrazowi jak zwykle widzimy po utworzeniu sztucznego odbytu. Przebieg był bezgorączkowy, ogólny stan chorego stale się poprawiał, miejscowe gojenie się rany postępowało bez powikłań, rana powyżej wszystkich końców kiszki zagoiła się *per primam*, wszystkie końce po oddzieleniu się parokrotnem części zgorzelinowych przyrosły do dolnego kąta rany ścian brzusznych nad spojeniem łonowem, uległy jednak znacznemu wciągnięciu wgląb jamy brzusznej. Istniała nieraz wskutek tego znaczna trudność wprowadzenia drenu do końca doprowadzającego kiszki; koniec odprowadzający przyrósł silnie, woda wlewana do tego końca natychmiast wypływała przez otwór stolcowy. Chory codziennie otrzymywał kąpiel, wewnątrz zaś zalecaliśmy przez długi czas dawki *Naphthol* β *cum bismutho salycilico*.

12 Września stan chorego był następujący: Odżywianie zupełnie dobre. Ciężkość 37, puls 76 pełny, mocny. Brzuch nie wzdęty, mało bolesny. Na 4 ctm. powyżej spojenia łonowego, przetoka kałowa idąca w kierunku od przodu ku tyłowi. Po powłokami brzuszными przetoka rozdziela się na dwie części, z których górna wązka przepuszczająca zaledwie koniec palca idzie ku górze i na lewo, dolna zaś znacznie szersza, skręca się ku tyłowi i na dół do jamy miednicy. Pomiędzy tymi dwoma otworami na wysokości *promontorium* (zaś na przeciwko otworu zewnętrznego przetoki) wyczuć można ścianę tylną kiszki, pokrytą błoną śluzową. Sondę wprowadzoną *per rectum* możemy wyprowadzić na zewnątrz przez przetokę nad spojeniem łonowem. Wypróżnienia kiszkowe odbywają się przez przetokę zewnętrzną lecz od czasu do czasu kawałki kału przedostają się do *rectum*. Liczyłem z początku, że być może kał utoruje sobie właściwą drogę i wypróżnienia odbywać się będą przez otwór stolcowy, przetoka zaś łatwo zarośnie. Przypuszczenia moje nie sprawdziły się, gdyż tylko niewielka ilość kału przechodziła do kiszki stolcowej, główne zaś masy kałowe nie mogły przedostać się przez coraz bardziej zwężający się koniec doprowadzający zstępującej części kiszki grubej. Pomimo częstego używania środków roz-

walniających, chory miewał przed wypróżnieniem gwałtowne bóle w brzuchu, a nawet nieraz dochodziło do objawów *occlusio stercoralis*. Nie widząc tedy możliwości samoistnego wyleczenia postanowiłem wykonać radykalną i najwłaściwszą w danym przypadku operację, mianowicie rezekcję i zeszyć rozłączonych końców kiszek.

(dok. nast.)

Z POLIKLINIKI D-RA GOLDFLAMA.

O SYRINGOMYELII

Podał St. Bernstein.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 13).

Co się tyczy uczucia bólowego, to istnieje analgezyja na obu górnych kończynach, i na górnej połowie tułowia mniej więcej do wysokości pępka. Najbardziej w tym względzie dotkniętymi okazują się górne kończyny, przyczem wydaje się, jakoby analgezyja zmniejszała się cokolwiek w kierunku ku tułowiowi, na ostatnim zaś jest słabszą, niż na kończynach. Ukłucie szpilką nie wywołuje odpowiedniej reakcyi: można nawet przekłóć ujętą w fałdę skórę, a chora nie odczuwa bólu wcale lub tylko bardzo nieznaczny, gdy się eksperymentuje na kończynach górnych; zaś nieco większy, gdy na plecach i piersiach. Najsilniejszy prąd indukcyjny (odległość cewek=0) można przepuścić wpoprzek jednej i drugiej górnej kończyny, w dolnych odcinkach zupełnie bez bólu, w górnych z niewielkim bólem, spowodowanym prawdopodobnie przez silny skurez tu jeszcze dość sprawnych mięśni. Szczoteczkę faradyczną przy maximum prądu (odległość cewek=0) znosi chora bez wielkiego bólu na skórze pleców i piersi. Czucie termiczne przedstawia analogiczne zmiany. Na obu górnych kończynach istnieje zupełna termanestezya: chora nie odróżnia 0° od 100° C. Można przyłożyć do skóry górnych kończyn kawałek lodu, lub dotknąć się probówką, wypełnioną wrzącą wodą, chora nie czuje bólu, nie wie, co było ciepłe, a co zimne. Na plecach i piersiach istnieje także w pewnym stopniu hypestezyja termiczna; tu jednak różnica temperatur przez chorą nieodróżnianych zdaje się nie przekraczać 10° C. Słaba inteligencyja chorej stanęła na przeszkodzie dokładnemu określeniu granic zaburzeń czuciowych, jak również przedstawieniu tych zaburzeń zapomocą ścisłych liczbowych danych.

Głowa, szyja, dolna połowa tułowia i dolne kończyny nie przedstawiają zgoła żadnych zaburzeń w sferze czuciowej.

Zmian naczynioruchowych wykryć się nie udało. Skóra wszędzie jednakowo reaguje na bodźce mechaniczne miernem zaczerwienieniem. Wydzielanie potu, sądząc z zeznań chorej, jest prawidłowe, co zresztą potwierdziło próbne zastrzyknięcie podskórne pilokarpiny: pot wystąpił z obu stron jednakowo silnie, jakkolwiek przeważnie w górnej połowie ciała. Badanie zmysłów dało wynik ujemny. Pole widzenia okazuje się zupełnie prawidłowem. Prawa szpara oczna węższa od lewej. Również i prawa źrenica jest zwężona; obie oddziałują na światło, akomodację i konsensualnie prawidłowo. Władze umysłowe nie przedstawiają nic nienormalnego. Chora psychicznie nie jest przygnębiona, przeciwnie, rzekłbym, usposobienia dość jowialnego. Badanie organów wewnętrznych nie wykryło nic godnego uwagi. Mocz wolny od białka i cukru. Po 2 miesiącach nieobecności w poliklinice chora znowu się zjawiła; żadnej jednak zmiany w jej stanie skonstatować nie można.

Jak widać z podanych wyżej faktów, jest to dość typowy przypadek syringomyelii: nie brak charakterystycznych zmian czuciowych obiektywnych i subiektyw-

nych; amyotrofia nosi cechy właściwe temu cierpieniu: obejmuje przeważnie ręce, powodując ich wadliwe ułożenie, szerzy się bardzo powoli i t. d. Zmiany troficzne również istnieją, mianowicie: zniekształcenie paznokci, *peau lisse*, zmiany w stawach międzyczłonkowych palców, nie mogące być uważane za pochodzenia reumatycznego, ani dnawego, skrócenie ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, w anamnezie ropienie paluszka (*resp.* zastrzał) i t. d. Prócz tego istnieje skolioza, zwężenie źrenicy i szpary powiekowej prawej, wzmożenie odruchów kolanowych—objawy, często przy syringomyelii spotykane. Zwracam uwagę na dość charakterystyczne zjawisko, że parestezyje, umiejscowione w częściach, dotkniętych znieczuleniem termicznym, wzmagają się u chorej pod wpływem zimnej temperatury. Działa tu prawdopodobnie wpływ zakładań nie manifestujących się zaburzeń w sferze naczynioruchowej.

Brak objawów spastycznych, paralitycznych, któreby od zaniku mięśni nie zależały, nieobecność objawów tabetycznych (zaburzeń koordynacji) każe przypuszczać, że sprawa chorobowa ogranicza się do substancji szarej, która dotknięta jest w okolicy nabrzmienia szyjowego, przeważnie w dolnej jego części, na co wskazuje amyotrofia przeważnie dolnych odcinków kończyn i zniszczenie ośrodku rdzeniowego (*c. cilio-spinale*) po stronie prawej. Po tej właśnie stronie róg przedni uległ rozleglejszemu zniszczeniu, niż po lewej. Tylne rogi dotknięte są z obu stron mniej więcej jednakowo. Zbytecznem byłoby dodawać, że są to jedynie prawdopodobne przypuszczenia; niejednokrotnie bowiem stwierdzoną została nieodpowiedniość między rozległością zmian w rdzeniu a objawami klinicznymi, której wyjaśnienie należy jeszcze do przyszłości. Czy substancja szara na całej swej domniemanej rozciągłości przedstawia jamę, tego twierdzić nie można. Że rozpad zdążył już nastąpić, jest więcej niż prawdopodobne ze względu na czas trwania sprawy (co najmniej lat 10). Lecz możliwem jest, że w pewnych okolicach substancji szarej, o których zajęciu świadczą objawy kliniczne, sprawa ogranicza się jeszcze dotychczas jedynie do gliozy (*resp.* gliomatozy).

S p o s t r z e ż e n i e II. Mi...ski, szewc, lat 29, poraz pierwszy przez D-ra GOLDFLAMA widziany w marcu 1889 r., skarży się na bezwładność w lewej górnej kończynie, uczucie uwierania, jak gdyby skóra zbyt ciasną była, na szyi i grzbiecie, bóle w karku i duszność. Od 2 lat spostrzegł, że dużo chodzić nie może; od 5 miesięcy osłabła lewa górna kończyna, tak że musiał przestać pracować. W stojącej pozycji, występuje wydatna lordoza lędźwiowa. Łopatki nieco odstają od ścianki klatki piersiowej i są nienormalnie oddalone od kręgosłupa. Lewa przedstawia się prócz tego pochyloną w ten sposób, że dolny jej koniec jest skierowany ku kręgosłupowi, górny ku zewnątrz. Mięśnie kapturowe są zanikłe, zwłaszcza lewy robi wrażenie cienkiego sznurka. Wyraźnego zaniku innych mięśni nie widać, jakkolwiek okolice obu łopatek są spłaszczone. Głównie na grzbiecie, ale także na przedniej powierzchni tułowia i kończynach widać włókienkowe drgania. Wszystkie ruchy tułowia, specyjalnie podniesienie się z pozycji leżącej, możliwe. Ruchy głowy prawidłowe. Lewego barku chory wcale prawie podnieść nie może, podczas gdy prawym ruch ten dość dobrze wykonywa. W lewym stawie barkowym i łokciowym istnieje zwiększenie oporu biernego. Lewe ramię chory jest w stanie podnieść tylko do poziomu, nie może zaś skierować go prostopadle do góry, jak to łatwo czyni po stronie prawej. Inne ruchy w stawach barkowym, łokciowym, w palcach są możliwe, nawet dość silne. Odruchy ścięgnowe wzmożone, od okostnej bardzo żywe. Czuć mało jest upośledzone, ale zwłaszcza w lewej ręce małych przedmiotów za pomocą dotyku nie rozpoznaje. W dolnych kończynach brak zaników, brak objawów paralitycznych. Przy staniu istnieje hyperextensya kolan. Odruchy kolanowe wzmożone, odruch stopowy długotrwały. Czuć normalne. Czynność pęcherza i odbytnicy

prawidłowa. Przepona znajduje się w stanie parezy: przy oddechaniu, które jest częstym, przyjmują udział mięśnie pomocnicze szyi i porusza się głównie górna część klatki piersiowej, gdy tymczasem dolne żebra i brzuch są prawie nieruchome. *In scrobiculo* widać pulsację. Ze strony twarzy, języka, podniebienia, mowy, inteligencji oraz organów wewnętrznych zmian żadnych. Rozpoznanie postawionem być nie mogło. W 2 miesiące później (23. V. 89) widział Dr. G. chorego poraz drugi. Znaczne pogorszenie. Chory prawie wcale chodzić nie może, ledwie stać jest w stanie. Wszystkie mięśnie znacznie straciły na objętości. Ruchy tułowa i głowy są możliwe, ale chory jest zgarbiony i trzyma głowę opuszczoną ku przodowi z powodu osłabienia mięśni karku; narzeka też na ból w ostatnim.

Napięcie mięśni w górnych kończynach jest znaczne i zwłaszcza w lewej, której palce są zakrzywione do dłoni. Można je jednak wyprostować. Na lewej ręce widać spłaszczenie 1-ej i 4-ej przestrzeni międzykostnej i odpowiednie wskutek tego ograniczenie ruchów. Wszystkie wogóle ruchy górnych kończyn są osłabione. Odruchy ścięgniste i periostolne na nich są wzmożone. Dolne kończyny okazują również zwiększone napięcie mięśni, zwłaszcza na początku ruchu biernego, jakkolwiek w mniejszym stopniu, niż górne. Indywidualnej atrofii na nich nie widać. Ruchy czynne wszystkie osłabione. Odruchy kolanowe znakomicie zwiększone; istnieje obustronny odruch stopowy; odruch podeszwowy żywy. *Epilepsia spinalis* bardzo łatwo występuje za najmniejszym powodem, niekiedy za uderzeniem w klatkę piersiową lub rękę. Mięśnie brzucha napinają się przy ruchach. Odruchu brzuszego, ani jądrowego niema. Czucie dotykowe, bólowe i temperatury w pewnym stopniu dotknięte: na dolnych kończynach chory nie każde dotknięcie czuje, mocne ukłucie nie sprawia bólu, rozpoznaje jedynie duże różnice temperatury. To samo tyczy się tułowa, a w większym jeszcze stopniu górnych kończyn: tak oto bezwiednie silnie sobie oparzył palce, trzymając papierosa. Czynność odbytowa, pęcherza prawidłowa. Również i ze strony twarzy, języka, mowy, połykania i inteligencji żadnych zmian skonstatować nie można. Mówi cicho, z powodu osłabienia siły wydechowej. Dr. G. postawił rozpoznanie: *syringomyelia*.

29, V. 89. Wystąpiła niezwykle silna duszność, cyanoza twarzy, język sinocowy. Choremu najłatwiej jest oddychać trzymając tułów mocno zgięty ku przodowi tak że głowa przypada niżej kolan. Oddech znać jedynie po ruchach krtani, gdyż ruchów przepony, ani żeber wcale dostrzedz nie można. *Respir.* 45. Puls 108—120. Przy objawach coraz wzmagającej się duszności chory życie zakończył. Przytomność zachowaną była do ostatnich chwil. Sekcja wykazała, co następuje: rdzeń szyjowy na przestrzeni od 1—4 korzenia włącznie jednostajnie i znakomicie powiększony w objętości (poprzeczny wymiar=3 ctm.), tak że znacznie przewyższa objętością rdzeń przedłużony. W części szyjowej twarda opona przyrośnięta do miękkiej. Po przez nastrzykniętą *pia mater* prześwieca ciemnoszarawa masa. Na dotyk część ta przedstawia się miękką, a w dolnej połowie nawet fluktuującą. Ta ostatnia, po poprzecznym przecięciu i wyjściu rdzawego płynu przedstawia jamę, zajmującą głównie przednią część rdzenia. Ścianki tej jamy tworzy miękka rdzawego koloru galaretowata masa. Powyżej zaś, mianowicie na wysokości 1—3 korzenia, na poprzecznym przecięciu widać gębczystą szaroczerwoną masę z drobnymi czerwonymi punktami, która substytuowała normalną istotę rdzenia, pozostawiając jedynie na obwodzie cienki rąbek substancji białej. Nowotwór ten wraść także w dolną część rdzenia przedłużonego, mianowicie w wentralną i tu przedstawiał się również jako masa galaretowata. Korzenie nerwów rdzeniowych bardzo cienkie. Zresztą makroskopowych zmian ani w rdzeniu, ani w mózgu nie było. Jedynie tylko w lewym *sulcus praecentralis* znajdował się bardzo powierzchownie umiejscowiony mały, wielkości groszku

okrągły guziczek (*psammoma*). Badanie drobnowidzowe z przyczyn od D-ra G. niezależnych, dokonaniem być nie mogło.

Przypadek powyższy służyć może dowodem, jak różnym od typowego bywa obraz kliniczny jamy w rdzeniu. Wprawdzie i tło anatomiczne stanowiła tu nie sprawa, która najczęściej do syringomyelii prowadzi; nie była to bowiem gliozą, ani gliomatozą, lecz guz (glejak?). Pomimo to i w tym przypadku był zaakcentowany charakterystyczny objaw syringomyelii; albowiem w historii choroby zanotowano: „chory nie każde dotknięcie czuje“, z czego wnosić można o stępieniu, lecz nie o zniesieniu czucia dotykowego, a pierwsze, jak wiadomo, zdarza się w syringomyelii; gdy tymczasem: „ukłucie mocne go nie boli; tylko duże różnice temperatury odróżnia; bez wiedzy nie sparzył sobie papierosem palec“. Amyotrofia z włókienkowym drganiem istniała także; tylko lokalizacja jej, a raczej porządek występowania był niezwykle wyrażone objawy spastyczne i porażenie, wcale do stopnia zaniku mięśniowego nieodpowiednie. Ze względu na wysoko położone siedlisko sprawy chorobowej w rdzeniu, dotknięte w tym względzie zostały nie tylko dolne, lecz i górne kończyny. Dusznosc, spowodowana paralitycznym stanem przepony, zależną była od zajęcia włókien nerwu przeponowego (*n. phrenicus*), które, jak wiadomo, opuszczają rdzeń na wysokości 3—5 korzenia szyjowego.

Sp o s t r z e ż e n i e III. Stan...ka Maryjanna, lat 17, służąca, badana przez D-ra G. 18. V. 87, skarży się na brak władzy w lewej ręce i na rozpoczynającą się niemoc w prawej, 8 miesięcy temu zauważyła, że większych ciężarów lewą ręką podnosić nie może: zwłaszcza paluch i wskaziciel były słabsze od reszty palców; mogła wykonywać jedynie lekkie roboty; pomimo to jednak po dłuższej pracy osłabienie wzrastało. Również i pod wpływem zimna niemoc się zwiększała. Następnie chora zauważyła, że lewa ręka chudnie. Przed 5 miesiącami 3 ostatnie palce zaczęły się zakrzywiać ku dłoni, ręka stawała się coraz chudsza i słabsza, tak że w ciągu ostatniego kwartału chora ręczną pracą wcale się nie zajmowała, tembardziej, że od miesiąca i prawa ręka stała się słabsza: zaczęło się w niej mianowicie od darcia w pierwszych stawach międzyczłonkowych palców i na grzbietowej powierzchni ręki (czego nigdy w lewej ręce nie było) i od osłabienia wskaziciela, a następnie i innych palców. Chorobę swoją przypisuje pacjentka ciężkiej pracy. Brat i siostra na nic podobnego nie cierpią. Matka chorej umarła w 56 r. życia wskutek jakiejś ostrej choroby, ojciec zaś w 40 r. od niewiadomej choroby. W dalszem rodzeństwie również żadnej choroby paralitycznej, umysłowej, ani gruźliczej niema. W czwartym roku życia przechodziła pacjentka tyfus, w 13-ym szkarlatynę. Przed 6-ciu tygodniami chorowała na ból gardła (krosty), ból i obrzmienie prawej strony szyi, darcie w nogach, na których wystąpiły czerwone plamy; przytem był ból głowy i gorączka. Po tygodniu leżenia w łóżku wyzdrowiała. Peryjodu po raz pierwszy dostała przed tygodniem. Miernego wzrostu, chora jest dobrze odżywiona. Puls 60. Stan bezgorączkowy. Lewa połowa klatki piersiowej wypuklejsza, niż prawa, wskutek skrzywienia kręgosłupa w części grzbietowej ku stronie lewej (*scoliosis dorsalis sinistra*), a w części lędźwiowej ku prawej. Skrzywienie to jest niewielkiego stopnia i, według słów chorej, istnieje od czasu, jak zapamiętać może. Przy ruchach kręgosłupa bólu żadnego niema, ucisk na wyrostki cierniste grzbietowe nieco bolesny. Ze strony narządów wewnętrznych zmian żadnych. Palce lewej ręki są zakrzywione w stawach międzyczłonkowych ku dłoni i oddalone od siebie, z wyjątkiem palucha, który jest wyprostowany i do wskaziciela zbliżony. Zanik mięśni widoczny jest na *thenar*, *hypothernar*, powierzchni dłoniowej ręki i w pierwszej prze-

strzeni międzykostnej, które to okolice są spłaszczone, nawet zagłębione. W 4 ostatnich palcach możliwą jest extensyjna i słabsza od niej fleksyjna w stawach dłoniopalcowych. Zginanie członków palcowych możliwe (wskaziciela słabe). Zaś wyprostowanie członków palcowych oraz addukcyjna palców są słabe i ograniczone. Abdukcyjna palców, choć słaba, jest również możliwą. Paluch wykonywa extensyjną w stawie dłoniopalcowym i addukcyjną; inne ruchy, jak extensyjna w stawie międzyczłonkowym, abdukcyjna, opozycyjna, fleksyjna są prawie zniesione: opozycyjna np. zaledwie jest możliwą jedynie z wskazicielem i palcem średnim. W paluszku opozycyjna i extensyjna są zupełnie zniesione, abdukcyjna i addukcyjna bardzo słabe. Czucie dotykowe jest w zupełności zachowane: chora rozpoznaje dobrze słabe dotknięcie i małe przedmioty, lecz trochę źle lokalizuje doznane wrażenia, mianowicie nieco dalej ku środkowi kończyny. Czucie bólowe jest zachowane, ale nie zawsze odróżnia koniec ostry szpilki od łepka. Czucie temperatury i zmysł mięśniowy zachowane. Znacznie mniej zmian przedstawia prawa ręka, w której ułożeniu tę tylko nieprawidłowość spostrzedz można, że dwa ostatnie palce są w abdukcji, oddalone od siebie i nieco zgięte w pierwszym stawie międzyczłonkowym (w małym palcu istnieje to zgięcie od bardzo dawna wskutek blizny skórnej, którą widać na wewnętrznej stronie pierwszego stawu międzyczłonkowego). Zaniku w mięśniach tej ręki nie spostrzega się. Ruchy palców wszystkie są możliwe z wyjątkiem addukcji 2 ostatnich palców. Extensyjna 4-ch ostatnich palców jest niezupełna. Ruchy palucha i paluszka są wszystkie możliwe, tylko trochę osłabione, mianowicie addukcyjna i opozycyjna paluszka oraz extensyjna ostatniego członka palucha. Uścisk prawej ręki jest tylko osłabiony, gdy po stronie lewej prawie wcale niemożliwy. Czucie niezmiennione, tylko lokalizacja wrażeń dotykowych nieco wadliwa. Reszta mięśni górnych kończyn przedstawia się normalnie; zauważyć się tylko daje słabsze działanie mięśnia naramiennego (*deltoides*) lewego niż prawego. Obszerniejszego i wyraźniejszego drżenia włókienkowego nie widać. Odruchów ścięgnistych z górnych kończyn otrzymać nie można. Badanie za pomocą elektryczności, którego szczegółowe wyniki dla krótkości pomijam, wykazało częściową reakcję zwyrodnienia w mięśniach kłębu palucha i paluszka, po stronie lewej. Ręce się nie pocą. Pod wpływem zimna lewa ręka natychmiast ziębnie. Bólu obecnie pacjentka nigdzie nie doznaje. W kończynach dolnych napięcie mięśni nieco wzmożone; odruchy kolanowe bardzo żywe, stopowych brak. Czynność pęcherza i odbytnicy niezakłócona. Lewy otwór powiekowy węższy, aniżeli prawy. Powieki zamykają się z obu stron jednakowo. Ze strony twarzy, języka, podniebienia, połykania, i ruchów gałek ocznych niema żadnych zboczeń. Żrenica lewa znacznie węższa od prawej; obie oddziałują na światło, konwergencyjną i konsensualnie. Wzrok prawidłowy.

Rozpoznanie w przypadku tym było wątpliwe i ze stanowczością w swoim czasie zrobionem być nie mogło. Przeciwno *atrophia musc. progress.* przemawiał wiek chorej i niewątpliwe zmiany czucia; albowiem niemożność odróżniania łepka szpilki od ostrego jej końca, dowodzi bądź co bądź zaburzenia w sferze czucia bólowego. Z rozpoznaniem *neuritis* nie łączyła się nieznana etiologija, brak odpowiednich zaburzeń czuciowych, obszar amyotrofii, nie ograniczonej do zakresu tej lub owej gałęzi nerwowej, lecz obejmującej pewien odcinek kończyny, powolny i postępowy przebieg choroby. Co się zaś tyczy skrzywienia kręgosłupa oraz zwężenia szpary ocznej i żrenicy, to objawów tych ani z jednym, ani z drugim rozpoznaniem połączyć nie można; bo jakkolwiek wymienione zmiany oczne notowano i przy zapaleniu nerwów obwodowych, mianowicie spłotu ramieniowego, a to wskutek jednoczesnego zajęcia części szyjowej nerwu współczulnego, to w danym przypadku możliwość ta jest usunięta przez wyłączenie zapalenia nerwów obwodowych

wogóle, a splotu ramieniowego w szczególności, gdyż zajęcie tego ostatniego nie może się manifestować tak ograniczonemi, jak w danym przypadku zaburzeniami ruchowemi. Tymczasem cały zbiór zaobserwowanych objawów znajduje łatwo swe wytłomaczenie w syringomyelii, na korzyść której przemawia wiek chorej, zwężenie źrenicy i szpary powiekowej, skrzywienie kręgosłupa, zwiększone napięcie mięśni w dalszych kończynach, i wzmożenie odruchów kolanowych. Wprawdzie ze strony czucia brak wybitnie charakterystycznych zmian; wiadomo jednak napewno, że czucie dotykowe było zupełnie zachowane, zaś czucie bólowe dotknięte. Kwestyja jednak, czy czucie temperatury, z całą skrupulatnością badane, nie wykryłoby pewnych zmian, które łatwo ujść mogły nie skierowanej na ten punkt uwagi? Z historii choroby podkreśliłbym jeszcze figurujące w anamnezie „darcie” w prawej ręce, które przypomina parestezyje przy syringomyelii, oraz fakt, że lewa ręka niezwykle łatwo ziębnie pod wpływem zimna, co może być wynikiem pewnej włośności naczynioruchowej.

Przypadek powyższy nie należy do typowych; lecz pominawszy to, że syringomyelija przejawia się często w postaciach klinicznie niewykształconych, mieć trzeba na względzie, że mamy tu do czynienia z wczesnym okresem powoli rozwijającej się choroby ¹⁾. (d. n.)

¹⁾ Przypadek powyższy jest ten sam, który kol. BIERNACKIEMU służył w NN. 12 i 13 Gazety Lekarskiej z r. b. za materiał do pracy p. t. „Przyczynki do nauki o syringomyelii”. Przedewszystkiem winieniem zaznaczyć, że przypadek ten nie tylko w mojem, ale nawet w kol. B. opracowaniu przyczynkiem nie jest, bo ani nowego światła na patologiję syringomyelii nie rzuca, ani symptomatologii tego cierpienia nie wzbogaca, ani wogóle niczego nowego nie poucza. Kol. B. bierze dalej w swym artykule asumpt do opublikowania obserwowanego przez siebie przypadku władu rdzeniowego, o którym podkreślając wyrazy powiada: „obserwacyja nasza jest w literaturze pierwszą, wykazującą, że przy władzie rdzeniowym zdarzyło się typowe i obszerne częściowe porażenie czucia” (str. 274). Otóż pozwolę sobie przypomnieć, że częściowe porażenie czucia po raz pierwszy właśnie w władzie dokładnie obserwowanem było, że o tym objawie w przebiegu władu nie „ostatnie wiadomości wspominają”, lecz pierwszy lepszy podręcznik. Specyjalnie co się tyczy „typowego” częściowego porażenia czucia w władzie, identycznego z *dissociation syringomyélique*, co do którego kol. B. twierdzi, że „ostatnie wiadomości o niem nie wspominają” (str. 274, wiersz 13—11 od dołu), to nadmienię, że w podręczniku GOWERS'A (*Diseases of the nervous system 1886* str. 294) znaleźć można następujący ustęp: „zmysł temperatury może być w władzie dotkniętym wraz z czuciem bólowem, gdy tymczasem dotyk jest normalny”. Chyba to wystarczy dla porażenia czucia na raz „pierwszą” obserwacyję w całej literaturze. Sam SCHULTZE (1888), którego przecie kol. B. kilkakrotnie cytuję, powiada, że częściowe porażenie czucia spotyka się i w władzie. Kol. B., wyliczając sprawy patologiczne, przy których inni autorowie spostrzegali *dissociation syringomyélique* (str. 272—273) wspomina nawet o rozsiaśnem stwardnieniu, co zaś do władu, podaje jedynie własną obserwacyję, która więc „jest w literaturze pierwszą i t. d.” Niezrozumiałem jest, dlaczego kol. B. nie przypisuje pierwszeństwa PARMENTIER'OWI, o którym sam powiada, że opisał przypadek władu rdzenia z *dissociation syringomyélique* (str. 274, wiersz 6 od dołu). Ale nie o to wszystko nam chodzi. Kol. B. utrzymuje, że „w naszej literaturze lekarskiej do tego czasu nie podnoszono głosu w kwestyi syringomyelii” (Gaz. Lek. Nr. 13 str. 268). A więc dla niego „Medycyna”, w której niniejszy artykuł o syringomyelii wcześniej rozpoczęty został (Nr. 11), do naszej literatury nie należy? Dodam jeszcze, że kol. B. wiedział, iż jego przypadek syringomyelii był już w Maju 1887 r. (przed pracą SCHULTZE'GO z r. 1888) badany przez D-ra GOLDFLAMA, że rozpoznanie było przez ostatniego zrobione *ex post* na zasadzie notatek szczegółowego badania, i że przypadek ten jest jednym z czterech, które służą za podstawę do niniejszej pracy. O tem wszystkiem wołał kol. B. przemilczeć i pośpieszył się z napisaniem swego artykułu, ażeby mieć wrzekomie prawo do wyrzeczenia: „w naszej literaturze nie podnoszono dotychczas głosu w tej sprawie”. Albowiem tylko przez pośpiech mogę sobie wytłomaczyć uważanie przez kol. B. objawów ocznych przy syringomyelii (nierówności źrenic i szpar powiekowych) za opuszkowe (str. 253, wiersz 16—12 od dołu), jakoteż fakt, że kol. B. przeglądając w oryginałach i referatach masę prac o syringomyelii, zaledwie w 3—4 razach znalazł, że zanotowano, kiedy skoljoza wystąpiła w przebiegu choroby (str. 271—272). Tymczasem ja mógłbym wskazać naprędce obecnie przemennie zebranych z literatury 9 przypadków syringomyelii, w których podany

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

66. KUZNIECOW. O suchym sposobie następczego leczenia ostrych zakaźnych zapaleń skóry i tkanki podskórnej. Dotychczasowe sposoby leczenia ropnych zapaleń przy pomocy wilgotnych opatrunków przeciwnilnych z ceratką posiadają pewne strony ujemne jak: zwiększenie się ropienia, powolne znikanie obrzęków zapalnych, powolne gojenie się rany i tworzenie się blizn wielkich i nieforemnych. Dane te skłoniły K-a do wypróbowania metody suchych opatrunków, tem bardziej, że ostatnie prace doświadczalne dowiodły małej skuteczności dezynfekcyjnej powszechnie używanych roztworów przeciwnilnych. Wiadomo też, że przez wysuszenie gleby najłatwiej powstrzymać rozmnażanie się a nawet rozwój i życie mikrobow.

Sposób podany przez autora polega na tem, że po dokładnem wymyciu i ogoleniu skóry robi się odpowiednie cięcia i wyłęczkowanie. Ranę oczyszcza się z ropy, krwi i tkanki zgorzelinowej za pomocą tamponu; następnie po zatrzymaniu krwawienia przysypuje się obficie ranę drobnym proszkiem salolu, rzadziej jodolu a wszystkie zagłębienia wypełnia się dokładnie miękką gazą sterylizowaną; dalej przykładą parę warstw wyjałowionej gazy i waty. Opatrunek zmienia się z początku codziennie, następnie coraz rzadziej. Już przy pierwszej zmianie opatrunku widzieć można dużą różnicę w częściach otaczających ognisko zapalne; gaza nasiąkniętą jest gęstą ropą, zaś rana przedstawia się prawie zupełnie suchą, po większej części daje się czuć swoisty zapach, zależny od rozkładu salolu w obecności ropy na kwas karbolowy i salicylowy.

Działanie wysuszające i przeciwnilne salolu wpływa bardzo pomyślnie na sprawę gojenia ran zakażonych. Rana oczyszcza się znacznie prędzej, ropienie jest mniejsze, obrzęki i nacieki zapalne ustępują znacznie prędzej. Ziarnina, nie macerując się jak pod wilgotnym opatrunkiem, wypełnia szybko ranę. Zbliżnianie na brzegach postępuje raźniej, lepiej i jednostajniej. Wskutek zmniejszonego i krócej trwającego ropienia a więc i mniejszej utraty tkanek, lepszego ziarninowania i zbliżniania, otrzymuje się blizny mniejsze i foremniejsze niż przy wilgotnym sposobie. Autor radzi lekarzom wypróbować podany przez siebie sposób.

(Chirurg. Wiest. X. 91). W. S.

67. Prof. DENTU. O napadzie tachykardii wywołanym przez uraz. Tachykardia w następstwie urazu jest rzadką; wśród przypadków zebranych przez M. LACERNA w świeżej jego pracy inauguracyjnej nie ma ani jednego, któryby został wywołany przez uraz. Przypadek przeto spostrzegany przez autora budzi szczególne zainteresowanie.

Chory 49 letni spadł w nocy z 19 na 20 Grudnia z pewnej wysokości; głową uderzył o kamień. Wstał jednak i pieszo poszedł do bliskiego biura policyjnego, skąd z przyczyny krwawiącej rany odesłano go do szpitala. Tu znaleziono na głowie obszerną ranę około 20 centimetrów długości rozciągającą się poziomo od zewnętrznej strony oczodołu z prawej strony do tyłogłowia. Części miękkie były przecięte aż do kości; kość jednak była nienaruszoną, nie znaleziono nigdzie ani szczeliny, ani wklęsnięcia. Sensorium znaleziono nienaruszonym, chory przytomny, ruchy i czucie zachowane, tętno powolne i miękkie z przerwami. W sercu żadnych szmerów się nie słyszy. Ani cukru, ani białka w moczu nie znaleziono.

Ranę opatrzone, nałożono kilka szwów i zostawiono sączek w dolnym jej kącie. Rano ciepłota 38,3°, wieczorem 38,7°. 21 Grudnia rano znaleziono chorego w stanie pobudzenia; w nocy nie spał a bredził. Przy badaniu znaleziono ciepłotę 37,8°; wyczuwając tętno stwierdzono, że bije ono z taką szybkością, iż przez chwilę nie podobna było go zliczyć; wahało się ono między 200 a 240 uderzeniami na

jest czas wystąpienia skoljozy. Wskutek tejże prawdopodobnie przyczyny przeoczył kol. B., że w pierwszym przypadku syringomyelii, jaki podaje CHARCOT w swoich *Leçons du Mardi* 1889, cytowanych przez kol. B., skoljoza jako jedyny objaw syringomyelii trwała już nie 7 — 8, jak to ma miejsce w przypadku kol. B., ale 16 lat. Przez pośpiech gotówem sobie tłomaczyć i to, że kol. B. w swoim przypadku wiadu, w którym silnie upośledzone czucie ciepłoty po 6 zawieszaniach wróciło zupełnie do normy, nie wykluczył powikłania z hysteryją. Każdy więc zgodzi się na to, że 1) kol. B. nie pierwszy w naszej literaturze podnosi głos w kwestyi syringomyelii, 2) że „przyczynku“ do nauki o syringomyelii nie dostarczył i 3) że obserwacja przypadku wiadu, którą kol. B. podaje jako pierwszą w literaturze, nie jest nią w rzeczywistości.

minutę. Bicie serca przedstawia taki sam charakter; uderzenie wierzchołkowe jest słabem i prawie ciąglem. Nigdzie nie słychać szmeru. Oddechanie nieco częstsze i trudniejsze. Już wieczorem tego samego dnia tętno stało się wolnem (70 na minutę), lecz nie miarowem, przepuszczajacem. Następnego dnia tętno wynosi 64 na minutę, lecz jest przepuszczajacem. Wciągu następnych dni tętno stało się więcej miarowem. Napad zatem tachykardii trwał 12 do 15 godzin, gdyż wieczorem dnia 20 Grudnia tętno wynosiło 70, tak samo i następnych dni. Napadowi tachykardii towarzyszyła niemiarowość, która przeciągnęła się 24 do 36 godzin po napadzie.

Objaśnienie tachykardii w powyższym przypadku nie jest tak prostem. Najprzód należy, o ile to jest możliwem, oznaczyć, czy to był pierwszy napad, lub też czy uraz wpłynął na powstanie zjawiska, które już poprzednio miało miejsce i do którego zostało usposobienie. W tym względzie osiągnięto pewne bardzo ważne dane. Chory zapewniał, że oddawna cierpi na bicie serca. Przed 25 laty zmuszonym był nagle zatrzymać się na ulicy z przyczyny podobnego napadu, który trwał około pół godziny. Lecz od kilkunastu lat cierpi często na napady bicia serca. Często zupełnie bez przyczyny dostaje napadu trwającego 10 minut; niekiedy wiele miesięcy przechodzi bez napadu; innym razem wciągu kilku miesięcy napady powtarzają się w przerwach kilkodniowych. Napadom tym nigdy nie towarzyszy uczucie obawy; chory nigdy nie jest zmuszonym opuścić zwykłą swą pracę i nigdy nie radził się lekarza z przyczyny stanu serca; z tego powodu nie podobna twierdzić, by dawniej miał kiedykolwiek napad tachykardii podobny do wyżej opisanego. Dla objaśnienia sobie napadu tachykardii zastanowić się należy, czy wywołanym on został przez uszkodzenie mózgu, opuszki, czy jest następstwem zmian w sercu i naczyniach, czy też przypadłością nerwową u osobnika z dawnem usposobieniem do nerwicy serca. Przypuszczenie uszkodzenia mózgu upada wobec braku jakiegokolwiek objawu wstrząśnienia mózgu. Przypuszczenie małego krwotoku w opuszcze w sąsiedztwie n. błędnego nie da się też utrzymać wobec braku jakichkolwiek objawów ze strony mózgu. Badanie szczegółowe serca i naczyń nie wykryło też w tych narządach żadnych patologicznych zmian, któreby mogły wywołać tachykardję. Za to wywiady pozwalają wnosić, że u chorego oddawna istniały przemijające zaburzenia ze strony serca. Widocznie chory był usposobionym do ciężkich przypadłości sercowych. Jakkolwiek niepodobna wykryć w historii chorego napadu tachykardji, wszelako mamy prawo sądzić, że napad wywołany przez uraz związany jest z zaburzeniami dawniejszemi i jest przyrody czysto nerwowej.

(*La médecine moderne* N. 4, 1892). F. A.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Leezenie przymiotu wcieraniami szaruchy przy współczesnem zastosowaniu kąpeli siarczanych.

Proszę mi darować, że przedmiot ten w ostatnim czasie przez D-ra ELZENBERG'A poruszony, i w zbyt niekorzystnem świetle bez słusznych powodów przedstawiony, raz jeszcze przed *forum* lekarskie, sprawą tą ze stanowiska naukowego żywo zapewne się zajmujące, wytoczę.

Do tego kroku zmusza mnie uparte milczenie D-ra E. czego się wskutek korespondencji mojej z Wiednia (*Medycyna* z r. z. N. 47), która wyraźnych dowodów nierozpuszczalności siarków rtęci w ustroju od D-ra E. wymaga, wcale nie spodziewałem.

Znane nam przysłowie „*qui tacet...*”, na mocy więc tego jestem niejako upoważnionym do wyprowadzenia wniosku, że Drowi E. zabrakło naukowych dowodów do poparcia bezwarunkowej nierozpuszczalności siarków rtęci nie tylko w ustroju ale także i na zewnątrz tegoż; a ponieważ Dr. E. na tej chwiejnej jedynie podstawie współczesne stosowanie wcierań szaruchy i kąpeli siarczanych za zupełnie nieodpowiednie a nawet szkodliwe dla chorych uznaje (korespondencja z Wiednia, *Gazeta Lek.* z r. z. N. 39), więc też poparty dowodami przezemnie w wyżej nadmienionej korespondencji przytoczonemi, a nieuzasadnione twierdzenie D-ra E. z gruntu obalającemi, wygłosić mogę: że dogmatyczne niby orzeczenie to, wypowiedziane *ex cathedra* (bo w odczycie), jest wszelkiej podstawy pozbawione, bo

nietylko nauka, ale też i doświadczenie, które w tym względzie przeważne a może nawet jedyne znaczenie posiada, zupełnie czego innego nas pouczają.

Jako lekarzowi przebaczyć by jeszcze można D-rowi E. niewtajemniczenie się w zawile stosunki chemiczne, które w sprawie obecnie nas zajmującej, z przyczyny wielu danych dostatecznie nie wyjaśnionych podrzędną może tylko rolę dołąd odgrywają, ale chęć publicznego unicestwienia faktów, u wszystkich wód siarczanych długoletniem i rzetelnem doświadczeniem przez wybitne powagi lekarskie stwierdzonych, poczytać muszę za śmiałość, ze stanowiskiem learza naukowego wcale nieliczącą.

Czy Dr. E. będzie w stanie przytoczyć, że już nie powiem lekarza zdrojowego (bo ci mówią zawsze *pro domo sua*), ale chociażby którego z poważniejszych syfili-dologów, któryby się z poglądem przez niego wygłoszonym zgadzał, i sposób leczenia w mowie będący na tej wątlej podstawie chemicznej potępiał?

NEISSER przytoczony w „Odczycie Klinicznym“ nie jest znowu tak absolutnym w tym względzie jak Dr. E., co już kol. MAJKOWSKI w swej „ocenie“ (Med. z r. z. N. 11) dobitnie wykazał, prostując cytata przez D-ra E. dla swego celu nie zbyt wiernie przedstawioną.

Co zaś do SIGMUND'A to chętnie się z nim zgodzimy, albowiem sposobu leczenia w mowie będącego nie uznajemy za wszechwładny (Ocena kol. MAJKOWSKIEGO, moja Korrespondencyja z Wiednia). Wydarzają się przypadki tak upartego przy-miotu, że wszelkie metody, a nawet i metoda D-ra E. zawodzą. Nic więc szczególnego nie przedstawia orzeczenie SIGMUND'A, o czem się także wielokrotnie na przypadkach przez SIGMUND'A w przeciągu kilku lat, bez użycia siarczanych źrójów bezskutecznie leczonych dosadnie przekonałem, a które to przypadki dopiero przy źródłu buskim wskutek energicznych wciezań uleczenia doznały (odnośne moje Sprawozdania).

Dr. E. zacytował w swej Korrespondencyi z Wiednia także ostatnie dzieło KAPOSÍ'EGO (*Pathologie und Therapie der Syphilis, Stuttgart, 1891, str. 497*), dowodząc cytata, nie zbyt szczęśliwie dobraną, że wody siarczane same przez się przymiotu uleczyć nie mogą. W Korrespondencyi mojej zaznaczyłem już, że cytata ta, opiewająca rzecz od dawna wszystkim znaną, była co najmniej zbyteczną. Bo czegoż ustęp ten znajdujący się na str. 487 ¹⁾ dowodzi? Czy na mocy tej cytaty potępił Dr. E. zastosowanie wciezań szaruchy przy kąpielach siarczanych? W jakiż sposób wywnioskował Dr. E. z tego ustępu nawet o szkodliwości postępowania w mowie będącego?!

Nie, prof. KAPOSÍ jest zupełnie innego zdania, które się z poglądem D-ra E. nie zgadza, jak się o tem dosadnie przekonać można z ustępu, znajdującego się w tem dziele, pomimo zapewnieniami D-ra E. że o leczeniu współczesnem kąpielami siarczanemi i wciezaniami szaruchy KAPOSÍ wcale nie wspomina (Korresp. D-ra E.), na str. 487 bezpośrednio pod ustępem przez D-ra E. zacytowanym.

Tutaj orzeka autor wyraźnie: „Die genannten Badecuren können daher als die Syphilisbehandlung wesentlich unterstützende Mittel angesehen und empfohlen werden. Dazu gesellt sich der, mit dem Gebrauche derselben in der Regel verbundene Aufenthalt in gesunder Gegend, welcher in Verbindung mit dem Fernbleiben von den Berufsgeschäften, dem Organismus zum Statte Kommt. Wenn jedoch noch evidente Syphilisercheinungen zugegen sind muss, neben den genannten Bädern, auch die entsprechende spezifische Behandlung Platz greifen. An Badeorten, wo rationelle und geschulte Aerzte thatig sind, geschieht solches auch in der That“ (str. 488).

Czy słowa te KAPOSÍ'EGO, które Dr. E. uznał dla swej dogodności za nie-istniejące w dziele zacytowanym, nie popierają sposobu leczenia w mowie będącego? Prof. KAPOSÍ, który bodaj elementarną choćby chemiją kiedyś zapewne czytał, nie wspomina tutaj nic o nierozpuszczalnych siarkach rtęci, całe leczenie jakoby zupełnie niweczących.

Co zaś do lekarzy Akwizgrańskich, postępowaniem których, na mocy relacyi D-ra TINGER'A Dr. E. swój pogląd poprzeć usiłuje (Korres. D-ra E. z Wiednia), to zbadawszy rzecz tę wszechstronnie przekonałem się, że i pod tym względem twierdzenie D-ra E. niczem usprawiedliwione być nie może.

¹⁾ Dzieło KAPOSÍ'EGO zacytowane nie posiada wcale str. 497, kończąc się na str. 496.

Aby się o tem przekonać wystarczy „*Real-Encyclopädie der Gesamten Heilkunde*“, wydanie 2 gie, Berlin, redagowane przez D-ra A. EULENBURG'A.

Tutaj pod słowem „Aachen“ znajdujemy sposób działania tychże wód w różnorodnych chorobach dokładnie wyszczególniony. Co się zaś dotyczy przymiotu, to na str. 9-tej czytamy następujące słowa: „Die Behandlung alter Syphilis seit einigen Jahrzehnten ist fast eine Specialität für Aachen geworden; sie geschieht bei gleichzeitiger Anwendung der Bade- und Trinkcur, fast immer durch Mercurialien, Jodkalium oder concentrirtes Sassaparillendecoct, am häufigsten durch tägliche Einreibung von 3—5 grm. Quecksilbersalbe nach der Sigmundschen Methode“. Pomijając dalszy ciąg ustępu, sposób działania połączonego leczenia wyjaśnić usiłującego, a coby niepotrzebnie rozprawę moją zbyt znacznie rozszerzyło, zacytuję tutaj jeszcze słowa ustępu na str. 10-tej kończące: „Ohne auf die theoretische Begründung dieser combinirten Curmethode näher einzugehen, als dies in den vorher gemachten Bemerkungen schon geschehen ist, darf hier als Resultat der Erfahrung ausgesprochen werden, dass die vereinte Wirkung der Aachener Badecur und der Specifica häufig von gutem, nicht selten von entscheidendem Erfolg ist. Manchmal ist freilich eine Wiederholung der Cur nothwendig“.

Autorem artykułu tego o Akwizgranie jest Dr. B. M. LERSCH, długoletni tamże i z nauki znany lekarz zdrojowy. Twierdzeń w tymże wypowiedzianych, nie opiera LERSCH li tylko na własnem doświadczeniu, ale dołącza on także poważny szereg autorów, z których w tym względzie korzystał. Z tych wymienię tylko: SCHUMACHER'A, BEISSEL'A, REUMONT'A, SCHUSTER'A, STRÄTER'A i BRANDIS'A, którzy szczególnie autora artykułu o wynikach swych z połączonego leczenia, broszurami swemi powiadomili.

A więc nawet zacytowani w korespondencyi SCHUSTER i SCHUMACHER, D-ra E. poprzec nie mogą, gdyż LERSCH na mocy prac tychże powiadamia nas o zupełnie czem innem (SCHUSTER, *Behandlung der Syphilis*, 1874).

I nie dziwnego, że w Akwizgranie nie postępują lekarze w sposób przez D-ra E. w korespondencyi podany, bo chcąc rzetelną pomoc chorym przynieść nie mogą oni w żaden sposób zastosowania środków swoistych jedynie tylko na rozbiórce moczu opierać. W Korespondencyi mojej z Wiednia wykazałem już nieracjonalność stosowania samych tylko kąpiei siarczanych w obec wyraźnych objawów przymiotowych nawet przy rțci w większej ilości w moczu się znajdującej; tutaj wykazać jeszcze muszę niepraktyczność postępowania w obec zupełnego braku rțci w moczu, w których to przypadkach po 8—10 próbnym kąpielach już same tylko wcierania lekarze Akwizgrańscy według słów D-ra E. (Korrs. z Wiednia) zalecać mają.

Pogląd ten oparty na chemizmie może być w wielu przypadkach pomimo pozornego wyrozumowania rdzennie błędnym. Wiedzieć bowiem należy, o czem nas literatura poucza, że dosyć często wydala się rțć za pomocą nerek tylko peryjodycznie z ustroju. Wydarzają się przypadki, w których nawet przez czas dłuższy rțci w moczu nie znajdują, a która się następnie po pewnym czasie obficie znowu z moczem wydziela, bez jakiegokolwiek świeżo zadanych przetworów rțci, co się kilka razy w odstępach krótszych lub dłuższych powtarzać może; a zaznaczono już i takie przypadki, w których się rțć z ustroju przez nerki wcale nie wydzielala, zdradzając się jednakże w przeziwie skórnym. Brak więc rțci w moczu i to nawet po 8—10-ciu kąpielach siarczanych, nie może stanowić dowodu, że środek ten w ustroju wcale się nie znajduje.

Niepraktyczną więc byłoby rzeczą opierać swe postępowanie lekarskie na chemizmie, któryby nas nietylko przy leczeniu przymiotu na manowce mógł zaprowadzić.

(d. n.)

Baraki (namioty) systemu D-ra Düms'a.

W Niemczech zaczynają zwracać na się uwagę namioty wyrabiane przez firmę J. LANDAUER w Lipsku, obmyślane przez D-ra Düms'a, o których wszyscy odnośni specjaliści wyrażają się z wielkiem uznaniem, i które na ostatniej wystawie Czerwonego Krzyża w r. b. odbytej, pozyskały najwyższą ze strony niemieckiego ministerjum spraw wewnętrznych nagrodę. Między innemi prof. dr. W. ROTH bardzo korzystnie się o nich wyraża. Gdy dokładne przedstawienie ich czytelnikowi

bez kilku rysunków (w specjalnej broszurze pomieszczonych) jest niemożliwym, musimy się ograniczyć na treściwym opisie. Aczkolwiek tu jest mowa o barakach przenośnych w zastosowaniu do potrzeb wojennych, to jest o barakach grających rolę przenośnych szpitali, to jednak z uwagi, iż baraki te mogą być korzystnie użyte i do niewojennych celów, zwracamy na nie uwagę.

Dotychczasowej budowy baraki miały te niedogodności, że nie były zbyt łatwo przenośne, nie dały się w dostatecznym stopniu ogrzewać, i że za mało opierały się wpływowi klimatycznemu, przede wszystkim zaś silnym wiatrom. Baraki o których mowa, wszystkie te niedogodności mają szczęśliwie usuwać. Barak może jaknajdogodniej pomieścić 20 łózek wraz z odpowiednią obsługą; ale i w razach gdy dwa razy tyle chorych lub rannych by trzeba było pomieścić, barak ten nie jest za ciasnym. Barak jest 9 metrów długi, 7 i pół szeroki. Wysokość ścian 2,20 metrów, wysokość baraku 4,20. Waga wynosi 1050 kilo (około 21 centnarów), gdy waga dawnych tego rodzaju baraków wynosiła przeszło 3 razy tyle bo 3550 kilo. Barak Dums'a można na każdym wozie pomieścić i nawet po złych drogach, jak próby pokazały, przewozić. Zasadniczą częścią są krokwie okrągłe i czworoscienne z których najdłuższe nie przekraczają 4,20 metrów. Spajają się one śrubami, i hakami, a zestawione z nich rusztowanie obciąża się nieprzemakalnym, żaglowem płótnem. Podłogę stanowią cztery drewniane deski, służące zarazem do pomieszczenia części płóciennych baraku podczas przewozu. Oryginalnym zupełnie pomysłem Dums'a jest to, że z dwóch baraków całkiem oddzielnie stać mogących, można zrobić jeden o podwójnych ścianach, i zapewnić odstęp ścianom między sobą na 0,25 do 0,5 metra, a wtedy barak podobny, daje się doskonale ogrzewać; gdyż jak doświadczenia podczas mrozów robione pod Lipskiem w Styczniu r. b. przekonały, zapomocą dwóch pieców w przeciwnych kątach baraku umieszczonych można z wszelką łatwością doprowadzić ciepłotę do 15 stopni R. gdy na zewnątrz jest 7—8 stopni R. mrozu. Nadto, baraki są w ten sposób do ziemi przytwierdzone, że się opierają najsilniejszemu wiatrowi.

Mając na uwadze to, że gdy jednym z zasadniczych warunków leczenia chorych piersiowych jest zapewnienie im higienicznego pomieszczenia; że baraki podobne dając dostateczne zabezpieczenie od wpływów zewnętrznych mogą być spożytkowane przy zakładaniu sanatoryjów leśnych; że są przenośne, a więc w razie potrzeby w innym miejscu ustawić się mogące, i nie przedstawiają tych ujemnych stron jakie z punktu widzenia udzielania się zarazy budynki stałe, zwłaszcza po staremu budowane, przedstawiają; że wreszcie, ze względu na cenę mogą być dostępnejsze dla urzeczywistnienia projektu założenia jakiegos zamieszkiego sanatorium dla niezamożnych chorych piersiowych—odnieśliśmy się listownie do wynalazcy z 3-ma pytaniami:

- 1) Czy baraki jego systemu dałyby się spożytkować dla leczenia chorych piersiowych, a mianowicie, czy nocą można w nich mniej więcej jednostajną temperaturę utrzymać?
- 2) Czy baraki jego systemu mogą być łatwo przewietrzane, i
- 3) Jaka jest cena podwójnego baraku, t. j. baraku który jako dwa pojedyncze może służyć, lub też w jedną całość może być złączony o podwójnych ścianach.

Na to otrzymaliśmy od d-ra Dums'a odpowiedź, iż napalenie w dwóch piecach jest dostateczne całkowicie, aby temperaturę podczas chłodnej nocy (—10 R.) utrzymać na wysokości nie opadającej niżej od ustanowionej normy ciepła dla chorych, i że przy zamkniętych przez noc otworach wentylacyjnych, powietrze rano badane, było czyste; że wentylować się dają jego baraki wybornie, przede wszystkim zapomocą dającego się zamykać i otwierać otworu rury wentylacyjnej po nad dach wyniesionej; oraz zapomocą otworów ściennych które się otwierają stosownie do kierunku wiejącego wiatru; że zatem, oba te warunki jakimi są: możność utrzymania jednostajnej temperatury i dostateczna wentylacja, w barakach Dums'a są zapewnione, że więc one jako baraki dla suchotników całkowicie się nadają. Co się tyczy ceny, to cena podwójnego w ciągu godziny ustawić się dającego baraku, kosztuje 2250 marek t. j. nieco więcej niż 1000 rubli.

Barak podobny postawiony w głębokim lesie, stanowiłby wyborne i higieniczne schronisko dla 20—30 chorych z rozpoczynającą się chorobą piersiową. Ze względu, iż budowa baraku jest nader prosta, oraz, że materiały i robotnik jest u nas tańszy, możnaby, sprowadziwszy opisany jeden barak na model, wyrabiać u nas, jak technicy zapewniają, baraki daleko tańsze.

Przytaczamy te szczegóły, w nadziei, iż może się znaleźć jaki obywatelskiemu uczuciami przejęty człowiek, który zechce przyłożyć rękę do projektu od dawna na urzeczywistnienie oczekującego.

H. D.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= William COLLIER i Horatio SYMONDS, zastosowali wdychania tlenu z jaknajlepszym skutkiem w groźnym przypadku zapalenia płuc przy influenzy (sinica, tętno słabe 120, oddechów 40 na minutę) u 57-letniej pacyjcentki. Z początku chora wdychała po 20 minut tlen wprost z cylindra; następnie, okazało się dogodniejszym stosowanie tlenu w krótszych lub dłuższych

odstępach czasu, prawie ciągle. Chora się uspokoiła, mogła spać, a groźne obawy zapaści (*collapsus*) niebawem ustąpiły.

= FERRAUD opierając się zarówno na poszukiwaniach doświadczalnych jako i na spostrzeżeniach klinicznych, zakomunikował paryzkiej akademii lekarskiej, iż glicerina podawana do wewnątrz, stanowi środek „*par excellence*” przeciwko kamieniom żółciowym. Nie działa ona jako środek rozmiękczający kamienie; działa ona raczej za pośrednictwem naczyń limfatycznych doprowadzających ją do dróg żółciowych, wprost jako środek żółciopędny (*cholagogum*). W dawkach 20 do 30 grammów, glicerina skraca napady kolki żółciowej; w małych (5 do 15 gram) mianowicie codziennie przyjmowanych w wodach alkalicznych, zapobiega ponownym napadom.

= HILLES leczy *Acne* myciem zajętych miejsc dwa razy dziennie gorącą wodą i przyłożeniem następnie maści złożonej z 0,6 *Sulphur. iod.* oraz 30,0 *Lanoliny*.

= Tuberkulina w rzeźni Paryzkiej La Villette. Wiadomo, iż na jednym z ostatnich posiedzeń akademii lekarskiej w Paryżu, p. Nocard zwrócił uwagę na to, że tuberkulina KOCHA, stanowi wyborny środek ujawniający istnienie gruźlicy u bydła. Czyniąc zadość żądaniom z różnych stron w tym względzie, prefektura uwiadomiła dyrektora inspekcji sanitarnej, iż zezwala na użycie tuberkuliny w celach rozpoznawczych u bydła w rzeźni La Villette, z warunkiem, aby w każdym pojedynczym przypadku użycia tego środka, nastąpiła zgoda ze strony właściciela danej sztuki w kwestyi będącej.

= Doroczny zjazd lekarzy alienistów w Francyi oraz krajów z panującym językiem francuskim, odbędzie się w Blois i rozpocznie się w dniu 1 Września r. b. Na porządku dziennym postawiono następne kwestyje: 1) O delirium negacyjnym, jego znaczeniu pod względem rozpoznawczym i prognostycznym. Tajemnica lekarska w stosunku do chorób umysłowych. Kolonije dla umysłowo cierpiących. 2) Wykłady i komunikaty ustne dotyczące umysłowych chorób. 3) Zwiedzanie szpitali, zakładu dla obłąkanych oraz inauguracja nowej infirmaryi dla epileptyków nie cierpiących umysłowo.

= Wścieklizna w r. 1891. Statystyka zebrana przez prefekturę policyi dep. paryzkiego przekonywa, iż wścieklizna zwiększyła się w znacznym stosunku. Gdy w r. 1890 miało miejsce 201 przypadków wścieklizny, i było 61 osób pokąsanych przez zwierzęta wściekle; to w r. 1891 cyfra przypadków wścieklizny wzrosła do 400, a liczba osób przez zwierzęta wściekle pokąsanych do 143. (*Le Progrès Médical*. 1892, pag. 192).

= Niektóre więzienia w Stanach Zjednoczonych czynią starania celem poprawy przestępców. O ile starania powyższe, należycie obmyślane, mogą odnieść skutek dodatni, widać już z tego, że z liczby przestępców, zamkniętych w 1876—1890 r. w Elnura-Reformatory, 82,2% zupełnie się poprawiło. Wszystkich bez wyjątku przestępców uczą czytać i pisać oraz rzemiosł, nadto zwracają również uwagę na ich rozwój fizyczny; w tym celu urządzoną jest gimnastyka, robi się mięsienię i t. d.

= G. Homuth (Berlin, Strahlauerstrasse 45) fabrykant przyrządów elektrycznych lekarskich, nadesłał do ocenienia i wypróbowania pewną liczbę swych wyrobów, które okazały się być sumienne i dobrze wykonanemi. Fabryka, której specjalnością jest wyrabianie przyrządów oświetlających, uwzględni ściśle naukowe wymagania współczesnych elektroterapeutów.

Wiadomości bieżące.

Krajowe. W ubiegłym miesiącu w m. powiatowem Kole uroczyste obchodzony był jubileusz 50-letniej praktyki lekarskiej osiadłego tam od 49 lat D-ra Maurycego KOELLNERA. Sędziwemu jubilatowi wręczono pamiątkowy puchar srebrny i dyplom na członka honorowego Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dr. K. urodzony w mieście Krzepicach w 1810 r. początkowe nauki pobierał w szkołach Wieluńskich. W r. 1833 wstąpił na Uniwersytet Berliński, gdzie kształcił się pod kierunkiem ówczesnych znakomitości szkoły Berlińskiej: SCHÖNLEINA, Joh. MÜLLERA, RUSTA, GRAEFEGO, DIFFENBACHA, BUSCHA i innych. W r. 1841 po publicznej obronie rozprawy „*De placenta inflammatione*” otrzymał stopień D-ra Medycyny i Chirurgii. Powróciwszy do kraju, złożył egzamin przed ówczesną Radą Lekarską w Warszawie i po przyznaniu mu stopnia lekarza, osiadł w Kole, gdzie dotychczas bez przerwy w ciągu 49 lat praktykuje. Z prac lekarskich pomieszczał liczne artykuły przeważnie treści statystyczno-lekarskiej w wychodzącym niegdyś pod redakcją D-ra NATANSONA Tygodniku Lekarskim.

K. B.

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

Дозволено Цензурою. Варшава 17 Марта 1892 г.—Друк Марьи Зiemkiewiczowej
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.