

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy, przez d-ra W. Ołtuszewskiego. — O ciałach obcych metalicznych w oku, napisał B. R. Gepner (syn) (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 110. O t. zw. nerwowej postaci (neurotische v. neurale) zaniku mięśni postępującego. 111. Zwyródnienia wtórne przy porażeniu obwodowym nerwu twarzowego. 112. Tyreoantytoksyna, pierwiastek czynny gruczołu tarczowego. — Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b. (Ciąg dalszy). — Wystawa higieniczna. — **Odcinek.** Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich, podał E. Biernacki. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc sierpień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Ołtuszewski — Nouvelle contribution à l'étude des anomalies de la parole. 2) D-r B. R. Gepner — Sur les corps étrangers metalliques dans l'oeil.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Ołtuszewski — Der vierte Beitrag zur Lehre ueber Sprachanomalien. 2) D-r B. R. Gepner — Ueber metallische Fremdkörper im Auge.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy,

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. T. L., we wrześniu 1896 r.

przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego.

W poprzednich trzech przyczynkach staraliśmy się zapoznać czytelnika, interesującego się nauką o zboczeniach mowy, z patogenetą oraz zasadami leczenia wszystkich działów zboczeń mowy do tyła, iż zdawałoby się zbyt czynnem w sprawozdaniu obecnem rozszerzać się nad teoretyczną stronę zajmującego nas przedmiotu. Tak jednak nie jest. Logopatologia należy stosunkowo do bardzo młodej gałęzi medycyny praktycznej. Ponieważ podstawowe nauki teoretyczne, dotyczące mowy, z wyjątkiem fizjologii dźwięków, a więc jej rozwoju u dziecka, psychologii oraz filozofii, prawie dotychczas nieistniejące, powstają dopiero w ostatnich czasach ¹⁾, nie powinno więc nas dziwić, że i obrazy patologiczne zboczeń mowy nie mogą być ustalone, a poglądy tu się odnoszące, w miarę opracowania pomienionych podstaw, oraz zwiększającego się materiału klinicznego i zasobniejszego doświadczenia, ulegają mniej lub więcej znacznym zmianom. Zgodnie z tem, w niniejszym przyczynku, ograniczając się przeważnie na materiały kliniczne, zaznaczymy jednak i zmiany, jakim uległo zapatrywanie nasze wypowiedziane uprzednio, lub też uwzględniamy to, o czem nie mieliśmy sposobności dotych-

¹⁾ Niektóre z nich ogłosiłem drukiem, a mianowicie: Fizjologię mowy, oraz: Rozwój mowy u dziecka; praca zaś, poświęcona psychologii mowy oraz jej filozofii, znajduje się w rękopisie.

czas mówić, mianowicie o niemotach pozakorowych i afonii spastycznej. Klasyfikację przez nas wprowadzoną w pracy zeszłorocznej, a opartą na podstawie anatomicznej, wedle której zboczenia mowy rozdzielamy na korowe—*aphasiae* i *dysphasiae* (niemoty, bełkotanie łącznie z wadliwym wymawianiem pochodzenia korowego, mowa nosowa pochodzenia korowego, jąkanie i trzepotanie) i pozakorowe—*anarthriae* vel *dysarthriae* (bełkotanie przy *paralysis progressiva* i t. d., wadliwe wymawianie uwarunkowane grubymi zmianami w samym narządzie artykulacji, mowa nosowa zależna od defektów podniebienia twardego i miękkiego), jako najpraktyczniejszą i najwięcej zgodną z obecnymi wymaganiami nauki, utrzymujemy nadal w niczem niezmienioną. Przyjmując podstawę anatomiczną, jedynie dla łatwiejszego oryentowania się, pozostawiamy nadal przyjęte dotychczas działy zboczeń mowy, jak niemota, bełkotanie, jąkanie i t. d.

W ciągu czasu od lipca 1895 r. do lipca 1896 r., spostrzegałem w praktyce prywatnej łącznie z polikliniką 200 przypadków zboczeń mowy. Liczba ta rozdzieliła się w sposób następujący:

Niemoty	41, m.	26, k.	15.
Bełkotania łącznie z wadliwym wymawianiem .	51, m.	32, k.	19.
Mowy nosowej	7, m.	4, k.	3.
Jąkania	101, m.	76, k.	25.

Razem 200, m. 138 k. 62.

Niemota. Obok powszechnie przyjętego podziału niemot na organiczne i czynnościowe, za bardzo ważne pod względem praktycznym uważam rozróżnianie niemoty u dzieci i dorosłych, ponieważ zarówno obraz kliniczny, jakoteż i etyologia, przedstawiają w obu razach pewne swoiste odrębności. Od niemot organicznych u dzieci, które zależą najczęściej od upośledzenia ich sfery umysłowej (głuptasi i idyoci), porażen mózgowych w obszernej sferze tego znaczeniu, łączących się również często z niedołęstwem umysłowym, urazu przy zachowanej inteligencji, wreszcie przebytych chorób mózgowych, należy odróżniać mowę opóźnioną oraz niemotę pochodzenia czynnościowego. Ostatnie w wielu przypadkach siłami przyrody i jedynie przy zastosowaniu odpowiednich wskazówek higienicznych ustępują lub przechodzą w bełkotanie. Wprawdzie i niemoty organicznego pochodzenia mogą również ustępować, przechodząc w bełkotanie, następuje to jednak daleko później, sama forma bełkotania przybiera ciężką postać i nieleczona pozostaje bez żadnej zmiany do okresu szkolnego, a nawet i później. Zarówno mowa opóźniona, jakoteż niemota czynnościowa, powstają, jak wiadomo, wskutek osłabienia pamięci słuchowej i ruchowej z powodu jakiegokolwiek szkodliwości (krzywica i t. d.), upośledzającej odżywianie kory mózgu do stopnia dostatecznego, aby owe pamięci osłabić. Szczegóły patogeny obu tych wad podałem w przyczynku zeszłorocznym, jak również w pracy: Rozwój mowy u dziecka i t. d.

Oprócz dwu głównych form niemot: ruchowej (właściwej ruchowej i agrafii) i czuciowej (głuchoty wyrazowej i aleksyi)²⁾, zwracamy jeszcze

²⁾ Wszelkie uprzednio opisywane postacie niemoty, jako ruchowa transkorowa i podkorowa, oraz czuciowa transkorowa i podkorowa, przyjmuję za czynnościowe osłabienie ośrodków pamięci słuchowej lub ruchowej, występujące bądź samodzielnie, bądź towarzyszące nieznacznym zmianom organicznym w tychże ośrodkach.

uwagę na głuchotę wyrazową zależną od zmian pozakorowych, a mianowicie w obwodowym narządzie słuchu z zachowaniem resztek funkcji tego organu. Tu zaliczamy przypadki obustronnego, częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych, obustronnych, częściowych zmian w błędniku, wreszcie przypadki obustronnych częściowych zmian w uchu średnim. Przypadki głuchoty wyrazowej pozakorowej, które później przytaczam, dowodzą, że w etyologii różnych uprzednio przyjmowanych form głuchoty wyrazowej, narząd słuchowy, mało dotychczas uwzględniany, bardzo ważną odgrywa rolę, że więc głuchota wyrazowa, a w szczególności jedna z jej form, tak zwana głuchota wyrazowa podkorowa, może zależeć od zmian leżących poza korą. Wszystkie te przypadki mogą podlegać leczeniu, mającemu doniosłość niezmiernej wagi zarówno u osób starszych, jak w szczególności u dzieci głuchoniemych, gdyż dzięki jemu mogą one nauczyć się mowy bez uciekania się do metod, mających zastosowanie w zakładach dla głuchoniemych.

Zasadę leczenia niemot organicznych, a tem samem czynnościowych, uwzględniłem szczegółowo w przyczynkach poprzednich. Polega ono na wyrobieniu lub wzmocnieniu pamięci słownych, przy pomocy odpowiednich, systematycznie prowadzonych ćwiczeń. Skuteczność zabiegów leczniczych mamy sposobność najczęściej stwierdzać u dzieci, gdyż dostarczają one największego materiału; niemniej jednak ilość przypadków leczzonej niemoty u dorosłych, aczkolwiek zwolna, zwiększa się jednak corocznie. Zwracamy szczególną uwagę na dobre wyniki leczenia niemoty u głuptasów i lekkiego stopnia idiotów, gdzie, jak wiadomo, osłabienie inteligencji łączy się bardzo często z różnego rodzaju niemotami. Spostrzeżenie poniżej zamieszczone, a tu się odnoszące, wymownie ilustruje, że dzieci tego rodzaju, skazane przez osoby niekompetentne na bierne pozostawienie w swym nad wyraz przykrym stanie, przy pomocy odpowiednich zabiegów mają szanse podniesienia swego poziomu umysłowego, a łącznie z tem nabycia mowy. Rozumie się, że cięższe postacie idyotyzmu, zazwyczaj nieuleczalne, nie kwalifikują się do zakładu dla zboczeń mowy, wymagając jedynie lekarsko-pedagogicznej opieki. Jeszcze łacniej nadają się do leczenia przypadki niemoty u dzieci po urazie, jak również niemoty pochodzenia czynnościowego, gdyż w obu razach nie mamy żadnych widocznych zaburzeń ze strony ich inteligencji. W zeszłorocznych przyczynkach opisałem podobnego rodzaju przypadki, leczone z najlepszym wynikiem. Pamiętając o tem, jeśli niemota przeciąga się do okresu przedszkolnego, nie powinniśmy się ociągać z podaniem odpowiedniej pomocy, aby dzieci, mające szanse nabycia mowy, nie pozbawiać jednego z najważniejszych czynników, przyczyniających się do kształcenia ich umysłu. O możliwości leczenia głuchoty wyrazowej pozakorowej miałem sposobność przekonać się w dwóch przypadkach, o czem poniżej. Co się tyczy leczenia niemoty u dorosłych, to mimo szczupłego, jak dotychczas, materiału w tym względzie, na zasadzie jednak własnego doświadczenia mniemam, że i te niemoty mogą w zupełności poddawać się zabiegom leczniczym. Już w 1892 r. na posiedzeniu W. T. Lek. przedstawiłem chorego A. O., 64 lata liczącego, który po napadzie apoplektycznym przedstawiał objawy tak zwanej niemoty ruchowej transkorowej, a po pięciomiesięcznem ich trwaniu bez żadnej zmiany poddał się leczeniu i odzyskał prawidłową mowę. Jeżeli w tym przypadku można by powiedzieć, że wyrównanie sprawy chorobowej mogłoby jeszcze nastąpić samo przez się bez naszej interwencji, to poniżej załączone spostrzeżenie,

bezpórównania postaci cięższej, gdyż dotyczącej zupełnej niemoty ruchowej, a leczonej w 2 lata po napadzie, chyba wolne jest zupełnie od podobnej refleksyi. Przypadek ten, skierowany do mnie przez kol. GOLDFLAMA jeszcze w roku zeszłym, a szczegółowo opisany w przyczynku trzecim, dotyczył Franciszki K. 50 lat liczącej. Przed 2 laty przebywała ona napad apoplektyczny z porażeniem prawej połowy ciała, połączony z zupełną niemotą ruchową, aleksyą i agrafią. Stan mowy nie uległ żadnej zmianie aż do obecnego czasu. Wobec zupełnego braku nawet pojedynczych głosek, kol. G., aczkolwiek sam z pewnem niedowierzaniem, radził chorej poddać się leczeniu. Trwało ono 2 miesiące i z powodu wyjazdu chorej musiało być przerwane. Można sobie wyobrazić zdziwienie kol. G., gdy po 2 miesiącach usilnej pracy, znalazł ehorą w stanie przechodzącym jego oczekiwanie, gdyż posiadała wszystkie głoski, doskonale powtarzała wyrazy, a nawet samodzielnie mogła mówić kilkanaście słów. Opierając się na wyniku dotychczas otrzymanym, można przypuszczać, że jeszcze kilka miesięcy leczenia, a chora mogłaby w zupełności odzyskać mowę prawidłową.

Przechodzę do rozpatrzenia materiału, jakim rozporządzałem. Sposztrzegalem 41 przypadków niemoty (m. 26, k. 15), z tych 34 u dzieci, a 6 u dorosłych. W etyologii niemoty u dzieci odnotowałem: mowę opóźnioną w 8 przypadkach, niedołęstwo umysłowe, najczęściej połączone z porażeniem umysłowem (*Kinderlaehmung*)—w 9, uraz głowy obok prawidłowej inteligencji w 3, przebyte choroby mózgowe w 2, niemotę pozakorową w 7, jeden przypadek dyzleksyi, jeden niewiadomego pochodzenia, wreszcie 4 przypadki głuchoniemoty.

Z całego szeregu niemot, uwarunkowanych porażeniem mózgowem łącznie z osłabieniem sfery umysłowej, pozwolę sobie przytoczyć następujące spostrzeżenia:

Jadwiga O. 6 lat licząca. Najstarsza w rodzinie, składającej się z 4 prawidłowo mówiących dzieci. Urodziła się poślakami z pępowiną naokoło szyi. Po urodzeniu miała drgawki, trwające 48 godzin, po ustąpieniu których zauważono bezwład prawostronny. Rodzice opowiadają, jakoby zaraz po porodzie spostrzeżono u dziecka spłaszczenie lewej połowy głowy. Wzmiankowany bezwład zmniejszał się powoli i obecnie dotyczy więcej kończyny górnej, dolna zaś przedstawia jedynie niedowład. Dziewczynka zaczęła chodzić od roku, rozumieć mowę od dwóch lat, a robić próby samodzielnej mowy dopiero od roku. Stan obecny następujący: głowa nieforemna, nieco stożkowata, z zapadnięciem okolicy czołowej lewej i potylicowej lewej. Rozwój umysłowy, lubo, jak to utrzymują rodzice, znacznie się poprawił, pozostawia bardzo wiele do życzenia. Rozumienie mowy w bardzo szczupłych granicach pojęć dostępnych dla dziecka—prawidłowe. Mowa samodzielna ogranicza się do kilku głosek (*b, p, t, d, m, s, c*), oraz kilku dwusylabowych, bełkotliwie wygłaszanych wyrazów. Chora przybyła obecnie w celu leczenia jej.

Janina W. lat 9. Najmłodsza w rodzinie złożonej z 4 dzieci. Odkąd rodzice mogą tylko zapamiętać, zawsze powłóczyła lewą nogę, a wszystko dotychczas robi ręką lewą. Zaczęła chodzić w 3 r. Słyszy dobrze, mowę rozumie bardzo mało, a samodzielnie zupełnie nie mówi. Trzyma głowę nachyloną do prawego barku. Sfera umysłowa bardzo upośledzona.

Do tejże kategorii odnosimy następujący przypadek, w którym systematycznie przeprowadzone leczenie dało wynik bardzo pomyślny.

Józef B. 7 lat liczący. Najmłodszy z rodziny złożonej z 4 prawidłowo mówiących dzieci. Siostrzenica ojca była głuchoniema. Zaczął bardzo powoli i niezgrabnie chodzić w 3 r. Mowę, w granicach pojęć dla niego przystępnych, zaczął rozumieć dopiero w ostatnich czasach. Mowy samodzielnej nie ma, a posiada tylko kilka dźwięków, jak *p, d, t, m, c*. Dziecko na pierwszy rzut oka robi wrażenie idyoty. Na czaszce ślady przebytej krzywicy, boczne skrzywienie kolumny kręgowej, zez nieznacznego stopnia. Przy badaniu jamy nosowo-gardzielowej wyrosła nie znalazłem. Sztywność kończyn górnych oraz niesłychana niezgrabność ruchów wogóle. Chłopczyk samodzielnie nie potrafi nic zrobić koło siebie i chętnie wykonywa wszystko lewą ręką (do 5 roku używał wyłącznie lewej ręki). Sfera umysłowa bardzo upośledzona, najzupełniejszy brak uwagi; ruchy naśladownicze utrudnione. Leczenie rozpoczęto od wyrabiania dźwięków, a następnie składania je w sylaby i wyrazy, które łączono natychmiast z odpowiedniami pojęciami. Postęp ujawniał się bardzo powoli z powodu niesłychanego braku uwagi oraz znacznego osłabienia pamięci słownej. Po dziewięciomiesięcznem leczeniu chłopiec zmienił się nie do poznania. Przybyło mu bardzo dużo poznań, a nawet pojęć. Mowa jego w zupełności zrozumiała, nie przekroczyła pierwszego stopnia rozwoju mowy u dziecka, to jest zazwyczaj oddzielnymi wyrazami oznaczał swe pojęcie i sądy, używając w tym celu daleko już rzadziej kilku wyrazów. Mały chory ma wrócić jeszcze do zakładu po feryach letnich dla dalszego leczenia. Niezależnie od tego stan jego obecny uważam za bardzo zadawalający i przedstawiający wszelką szansę dojścia do zupełnej prawidłowej mowy. Chłopczyka tego od samego początku widział wspólnie zemną kol. JASIŃSKI. Po ukończeniu leczenia poprosiłem jednocześnie z kol. JASIŃSKIM kol. KOSMOWSKIEGO i SIKORSKIEGO, którzy stwierdzili otrzymany dotychczas dodatni wynik.

Opisany przypadek, zakwalifikowany przez jednego z psychiatrów kijowskich jako idyotyzm, prawie nie nadający się do leczenia, unaocznia, o ile nawet u dzieci, bardzo osłabionych pod względem umysłowym, powracając mowę, przyspieszamy rozwój ich inteligencji.

(C. d. n.).

O ciałach obcych metalicznych w oku,

napisał B. R. GEPNER (syn).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 38).

W każdym razie dopiero od czasu wprowadzenia w użycie elektromagnesu zaczęły się pojawiać przypadki ocalenia oczu z ciałem obcym we wnętrzu. W wymienionej pracy WEIDMANN'a czytamy dalej, że w ciągu lat 1883 do 1886 na 35 przypadków ciał obcych w oku, przy użyciu elektromagnesu i stosowaniu postępowania przeciwnilnego zachowano 11 oczu. HIRSCHBERG na 100 przypadków własnych miał wyniki następujące: w 4-ch zachowano całkowicie lub bardzo dobry wzrok, w 3-ch część jego, w 6-iu przynajmniej ocalono kształt oka. Czas postrzegania przypadków uratowanych — od roku do

10 lat. Nie jest to wiele, ale wszak ten sam autor powiada, jak to już zaznaczyłem, że w ciągu dziesięcioletniej jego działalności przed stosowaniem elektromagnesu ani jednego oka nie udało mu się ocalić!

Po monografii HIRSCHBERG'a poczęły się ukazywać coraz częściej opisy szczęśliwie dokonanych operacji. Większą ilość przypadków podali HAAB i MAYWEG⁹⁾. A. HUERZLER¹⁰⁾ zestawia 313 przypadków opisanych. W 203 wydobyto ciało obce elektromagnesem, w 110 nie udało się to z różnych powodów. Przypadki udane dały wyniki następujące. Wzrok lub część jego została zachowana w 33,99%; oko, choć ślepe, ale kształtne zachowano w 17,24%. Oko uległo zupełnemu zniszczeniu w 48,77%. Te dane same za siebie mówią. Trzecia część oczu z ciałem obcym żelaznem zawdzięcza swe ocalenie elektromagnesowi!

Z powyższego zestawienia widać, że często nie udaje się wydobyć ciała obcego z oka. HAAB w Zurychu, przypisując to zbyt słabemu działaniu magnesu HIRSCHBERG'a (i podobnych), począł używać wielkich elektromagnesów wagi kilkudziesięciu funtów, a nawet zbudował przyrząd odpowiedni o jądrze wagi 30 kg. Zapomocą tego kolosa, mającego zakończenia śpiczaste, które przysuwa się jak można najbliżej do rany w oku, przyciągał on ciała obce, nawet wbite w ścianę gałki do komory przedniej albo nawet i nazewnątrz, przyczem kawałki żelaza przechodziły powtórnie przez soczewkę. W tym samym zeszycie „Przyczynków“ DEUTSCHMANN'a, HUERZLER i HAAB opisują 11 przypadków operowanych zapomocą wielkich magnesów. W 6-iu zachowano dobry wzrok (długość spostrzegania w jednym przypadku 1 rok, w innych od kilku tygodni do 5-iu miesięcy), w 2 — liczenie palców, w jednym wynik ostateczny jeszcze niezdecydowany, jedno oko wyjęto, w jednym zaś przypadku wielki magnes zawiódł, a ciało obce wydobyto małym.

Sam HAAB przyznaje, że ani sam przyrząd jego, ani sposób obchodzenia się z nim nie są jeszcze doprowadzone do doskonałości. Największą wadą wielkich magnesów jest oprócz wysokiej ceny (Elektromagnes HAAB'a kosztuje 550 fr., HIRSCHBERG'a 25 marek) jest wielka siła elektryczności, potrzebna do nich, nie dla każdego szpitala ocznego dostępna. Że przy użyciu maksymalnej siły wielkiego elektromagnesu można nieraz więcej zdziałać, niż małym, nie ulega wątpliwości, ale i mały przyrząd HIRSCHBERG'a w większości przypadków jest zupełnie wystarczający.

Mówiliśmy dotąd wyłącznie prawie o odłamkach żelaza lub stali, a to dlatego, że, jak nieraz już wspominałem, z tym metalem spotykamy się w oku przynajmniej w 90% przypadków, a potem, że tylko żelazo i stal dają jakie takie szanse, że można je z głębi oka wydobyć. Tam gdzie istnieją liczne kopalnie i kamieniołomy, uraz oka powstaje najczęściej właśnie przez odłamki kamieni; u nas przy rozwiniętym przemyśle żelaznym — ten metal najczęściej rani oko. Na następnej miejscu postawiłbym miedź, której odłamki nie tylko u robotników spotykamy. Aż nazbyt często zdarzają się ciężkie zranienia kawałkami kapiszonów, do broni palnej dawnego systemu używanych, a w dodatku często u dzieci, chętnie rozbijających kamieniem lub

⁹⁾ W naszej literaturze znajdujemy tylko ZIEMIŃSKIEGO: „Dwa przypadki wydobywania ciała obcego z wnętrza oka zapomocą elektromagnesu HIRSCHBERG'a“. (Przegl. Lek. r. 1893). 1) kawałek żelaza z ci-

ła szklatego wydobyty w parę godzin po wypadku. W kilka miesięcy $\sqrt[4]{\frac{4}{5}}$, 2) z przedniej komory wydobyto mały kawałek żelaza. Wyzdrowienie.

¹⁰⁾ Adolf HUERZLER. Ueber die Anwendung des Electromagneten bei Eisensplitterverletzungen. W DEUTSCHMANN'a Beiträge zur Augenheilkunde. Zesz. XIII.

młotkiem znaleziony kapiszon. Przed niedawnym czasem były bardzo rozpowszechnione różne strzelby i pistolety dziecinne, strzelające z kapiszonów miedzianych; dzięki im, niejedno oko zniszczone zostało. Na szczęście, mniej są one teraz „w modzie“, a należałoby je całkowicie z handlu usunąć.

Po miedzi na trzecim miejscu idzie ołów w postaci śrótu strzelniczego. Już parę razy wspominałem o postrzałach śrótowych, wiele do tego dodać nie mogę. Gdy postrzał był dany z blizka i oko w kilku miejscach przebite zostało, następuje zawsze jego zanik; jedno ziarnko wywołuje zniszczenie różne, ale także prawie zawsze zgubne dla oka, powstają bowiem silne krwotoki wewnętrzne, oddzielenie siatkówki i t. d. W najlepszym razie oko zachowuje wygląd zewnętrzny, ale wzrok bywa zniesiony. Pamiętam jeden fatalny wypadek, któremu uległ 20-letni nauczyciel wiejski. Otrzymał on postrzał śrótem bekasim w twarz z odległości kilkunastu kroków; jedno oko zanikło, w drugim, przestrzelonem, jak i pierwsze, kilkoma śrócinami, wykonałem operację zaćmy urazowej. Po jej usunięciu można było dojrzeć, że jedna śrócina przebiła oko nawskroś, t. j. i przednią i tylną ścianę jego. Chory opuścił

Warszawę z ostrością widzenia $\frac{1}{10}$. Uważam to za wynik wyjątkowy, choć wątpię, by uzyskany wzrok na długo został zachowany. W roku zeszłym spostrzegalem przez dłuższy czas młodego człowieka, który otrzymał uderzenie w oko ziarnkiem grubego sarniego śrótu, prawdopodobnie z odbicia: powstało porażenie czasowe zwieracza tęczówki, małe jej oderwanie u obwodu (*irydodialysis*) i krwotok podsiatkowy w tylnej ścianie oka. Chory ten odzyskał całkowitą ostrość widzenia (bezpośrednio po wypadku była $\frac{1}{6}$), niedługo jednak cieszył się nią, w niespełna rok bowiem padł ofiarą mięsako-glejaka mózgu. W roku bieżącym mieliśmy również przypadek postrzału oka w Instytucie Oftalmicznym, w którym zachowane zostało oko niewidzące z całkowitem odzieleniem siatkówki. Nadmienilem wyżej, że istnieje w literaturze opis przypadku pomyślnego wydobywania śrótu z głębi oka. Przypadki podobne muszą być nadzwyczaj rzadkie, ponieważ do wydobywania konieczna jest możliwość zupełnie ścisłego określenia umiejscowienia śrótu, co przy zwykłych w tych przypadkach obfitych krwotokach tylko wyjątkowo zdarzyć się może. Wyjątek stanowić mogą tylko przypadki utkwienia śrótu w ścianie zewnętrznej oka lub w komorze przedniej i soczewce.

Wogóle o ciałach obcych metalicznych—nie żelaznych—powiedzieć można, że dają się wydobyć wtedy, gdy nazewnątr są widoczne i mogą być uchwycone. Gdy się znajdują po za białkówką i tylną komorą oka, wydobyć ich należeć będzie do białych kruków.

Zanim przejdę do opisu kilku przypadków wydobywania żelaza zapomocą elektromagnesu, pozwolę sobie jeszcze raz w krótkości powtórzyć, jakie powinno być postępowanie lekarza wobec przypadku ciała obcego wewnątrz oka. Są to zranienia zawsze poważne i powinny być leczone przez okulistę. Wyjątek stanowią drobne ciała obce w rogówce i łącznicy; te każdy lekarz wydobyć może, niechaj tylko zachowa odpowiednią czystość i rogówki z nabłonka na zbyt wielkiej przestrzeni nie ogałaca. Nawet większe ciała obce zewnątrz dostępne, gdzie do ich wydobywania nie trzeba robić cięcia, mogłyby się obejść bez ręki specjalisty. W ciężkich przypadkach najwłaściwiej będzie opatrzyć oko przeciwnilnie i chorego odesłać do najbliższego szpitala ocznego. O potrzebnej tu czystości i odpowiednim przeciwnilnem opatrzeniu oka po-

wtarzam tak często, bo to rzecz pierwszorzędnej wagi. A więc chorego należy umyć; szczególnie brwi, skórę powiek, ich brzeg i rzęsy obmyć ciepłą wodą z mydłem, worek łącznicy przepłukać obficie jakim płynem aseptycznym, wodą wyjałowioną, takim samym roztworem fizyologicznym soli kuchennej lub kwasu bornego, wreszcie sublimatem nie mocniejszym jednak nad 1 : 5000. Ostatnie ciekawe badania ¹¹⁾ dowodzą, że przy dezynfekcy worka łącznicowego największe ma znaczenie mechaniczne usunięcie drobnoustrojów, więc np. roztwór fizyologiczny soli kuchennej byłby do tego najwłaściwszy. Należy zbadać stan łącznicy i przewodu łzowego, a w razie znalezienia w nich objawów zapalnych, przysypać ranę jodoformem. Jeżeli rana uległa już zakażeniu, istnieje zapalenie tęczówki, szczególnie, gdy w komorze przedniej widać osad ropny, —dobrze byłoby, oprócz przemycia oka, zastrzyknąć pod łącznicę roztwór sublimatu. Pisałem już o tem ¹²⁾, że wobec każdej drążącej rany oka, gdzie zniszczenie nie jest tak wielkie, żeby natychmiastowe wyluszczenie było niezbędne, za pierwszy konieczny zabieg uważam zastrzyknięcie sublimatu pod łącznicę, ponieważ nie wiemy, czy niema już w oku początku zakażenia, i tego zdania nie cofam; jeżeli mi się zdarzyło zaniedbać to, bardzo często żałowałem. Przypomnę na tem miejscu, że wstrzyknięcie robić należy strzykawką PRAVaz'a, zaopatrzoną w igłę wyjałowioną, którą po znieczuleniu oka wkuwa się pod łącznicę w odległości 6—8 mm. od rogówki. Od czasu owej pracy robiłem próby z różnymi płynami, wstrzykiwałem sublimat różnego stężenia, cyanek rtęci (*hydrargyrum oxycyanatum*), wreszcie roztwory soli kuchennej chemicznie czystej. Dla przypadków ran zakażonych uważam za najstosowniejszy roztwór sublimatu w stosunku 1 do 2000 lub do 3000, w ilości 3 do 6 przedziałek strzykawki. Wstrzykiwanie cyanku rtęci jest niewiele mniej bolesne, ale zato mniej skuteczne; 3% lub 4% roztwór soli kuchennej najmniej drażni, ale przy ranach i owrzodzeniach zakażonych rogówki nie wywiera prawie żadnego skutku, choć w niektórych przypadkach uporczywego zapalenia tęczówki oraz przy zmętnieniach ciała szklistego może nieraz zastąpić sublimat. Po dokonaniu tych zabiegów należy założyć na oko opaskę przeciwnie, a chorego skierować do szpitala.

Oto kilka przypadków zastosowania elektromagnesu HIRSCHBERG'a.

A. Wydobyć odłamki żelaza z zachowaniem wzroku.

1) Żelichowski Jan, lat 24, mechanik, d. 10 sierpnia 1893 r. uderzony został w oko lewe kawałkiem stali, który odskoczył z pod młotka. Odrazu zauważył ranę lekko krwawiącą w dolnej wewnętrznej części oka; że jednak bólu nie doznawał, robił okłady z wody zimnej, pod którymi rana się zagoiła. W dniu 17. VIII. oko poczęło czerwienić się i łzawić, chory przybył do mnie po radę. Znalazłem oko podrażnione; rogówkę obejmował rąbek nastrzykniętych głębokich naczyń podłącznicowych; 5 mm. od rogówki w dolnej wewnętrznej części oka widać było bliznę w łącznicy, 2 do 3 mm. długą, a wokoło niej i pod nią rozszerzone naczynia krwionośne. Rogówka czysta; tęczówka nieco przekrwiona oddziaływała, choć powolnie, na światło. Ostrość widzenia prawie $\frac{5}{6}$. Czyta Sn 1,0 w 20 cm. Przy pomocy wziernika widać było męty w ciele szklistem głównie w okolicy rany, a nieco nazewnątrz od pionowego południka oka wśród wylewu krwi małą przestrzeń białkówki ob-

¹¹⁾ Ludwig BACH. Antisepsis oder Asepsis bei Bulbusoperationen. Arch. f. Augenheilk. XXXIII. 1—2. W oddziale Ojca mego w Instytucie Oftalmicznym już od lat kilku aseptyka zastąpiła antyseptykę przy operacjach ocznych.

¹²⁾ B. R. GEPNEK (syn). O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. „Medycyna“ 1893 r.

nażoną i tuż przy niej błyszczące ciało obce. Opatrzyłem oko i chorego ode-
 słałem do Instytutu Oftalmicznego, dokąd przybył nazajutrz do oddziału me-
 go Ojca. 18. VIII. podrażnienie było już znaczniejsze, przekrwienie tęczówki
 i zmętnienie ciała szklanego wybitniejsze. $V = \frac{5}{10}$. Mając do czynienia z cia-
 łem obcym, które już wywołało podrażnienie, niezwłocznie przystąpiłem do
 operacji. W opisany wyżej sposób oko zostało oczyszczone, i po znieczule-
 niu zrobiłem cięcie nożem GRAEFE'go w białkównce, a zaczawszy je na 8 mm.
 od obwodu rogówki nazewnątrz od mięśnia prostego dolnego, poprowadzi-
 łem je ku obwodowi, na 4 mm. długości. Pokazała się mała kropelka ciała
 szklanego. Chciałem wprowadzić grubszy zagięty koniec elektromagnesu,
 ponieważ jednak nie wchodził łatwo, zastąpiłem go cieńszym, który skiero-
 wałem ku znalezionemu poprzednio ciału obcemu. Natychmiast dało się sły-
 szyć charakterystyczne stuknięcie przyciągniętego ciała obcego: ostrożnie wy-
 ciągnąłem elektromagnes z oka, a na jego końcu ukazało się ciało obce, za-
 trzymało się jednak w ranie i wydobyte zostało przez powtórne przybliżenie
 elektromagnesu. Utraty widocznej ciała szklanego nie było. Rana została
 przemyta wyjałowionym roztworem kwasu bornego, a na łącznicę założono
 szew jedwabny. Kropla atropiny; opaska dwuocna. Chory poszedł na łóżko
 w przyćmionej sali; w czasie operacji zachowywał się bardzo spokojnie, bólu
 wielkiego nie doznawał.

Ciało obce o ostrych brzegach ważyło 3 mgr.

Opaska nie była zdejmowana przez dwie doby. 20. VIII. Oko lekko po-
 drażnione, źrenica niezupełnie równo rozszerzona, na błonie DESCEMET'a deli-
 katny męt punkcikowy. *Iritis*. Atropina 3 razy dziennie. Wszelkie objawy
 zewnętrzne podrażnienia przeszły w ciągu dni pięciu. Rana operacyjna zupeł-
 nie się zagoiła. Chorego niepodobna było w łóżku utrzymać w spokoju, tak,
 że w dniu 26. VIII. już wstał, a dnia 29. VIII. wyszedł na własne natarczywe
 żądanie ze szpitala w stanie następującym: V o. pr. $\frac{5}{4}$. Oko lewe. Źrenica
 rozszerzona, z małą dyafragmą $V = \frac{5}{6}$ z + 10,0 D. Sn 0,5 dość łatwo. W cie-
 le szklanem nieznaczne męty.

Odtąd Ź. pokazywał się co pewien czas. Pierwszy raz był dopiero w dwa
 miesiące po operacji; powrócił już oddawna do zajęć, ale skarży się, że oko
 lewe jest obecnie nieco słabsze. Znalazłem $V = \frac{4}{7,5}$ z + 0,75 D. prawie $\frac{4}{4}$.
 Czyta Sn 1,25; z + 1,5 D. Sn. 0,5 w 20 cm. Na dnie oka drobnutkie zmia-
 ny w naczyniówce w okolicy rany operacyjnej. Męty w ciele szklanem. Dałem
 KJ i + 0,75 D do pracy na oko lewe. 9. II. 94. Oko i wzrok w tym samym
 stanie. Wziął 25,0 KJ. Chory znikł mi z oczu na czas dłuższy. Dopiero dnia
 10. VI. r. b. przybył ponownie. Znalazłem oko spokojne, ciało szkliste
 czyste, V prawie $\frac{4}{4}$. t. j. bez zmiany. Czyta Sn 0,5 w 20 cm. 2 + 1,5 z pe-
 wną trudnością.

W przypadku tym w dwa lata i 10 miesięcy wynik pozostał bez zmiany.
 Jest to tem ciekawsze, że operacja wykonana została już w czasie objawów
 podrażnienia. Chory wyszedł zawczasem ze szpitala, a nie zachowując się jak
 należało, sam dawał powód do uporczywego trwania mętów w ciele szkli-
 stem. Jednego objawu, t. j. częściowego porażenia akomodacji, nie umiem
 sobie dokładnie wytłumaczyć. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

110. Prof. H. OPPENHEIM i dr. R. CASSIRER. **O t. zw. nerwowej postaci** (*neurotische v. neurale*) **zaniku mięśni postępującego**. Jak wiadomo, obok postaci rdzeniowej (*amyotrophia spinalis*) i postaci mięśniowej (*myopathia primaria, dystrophia musc. progr.*) HOFFMANN postawił odrębną postać zaniku mięśni postępującego, w której podścielisko anatomiczne upatrywał w pierwotnym cierpieniu nerwów (*neurit. interstit. chron.*) i wtórnym zwyrodnieniu tylnych pęczków rdzenia. Klinicznych spostrzeżeń cierpienia powyższego literatura posiada już sporą wiązkę. Lecz badanie anatomo- patologiczne dokonane było zaledwie w dwóch przypadkach (DUBREUILLE, MARINESCO) i w obu znaleziono przewlekłe zapalenie nerwów, zwyrodnienie tylnych pęczków rdzenia, lecz w jednym nadto zmiany w komórkach przednich rogów. Wobec tego istotę cierpienia uważać należy conajmniej za nierozstrzygniętą.

Prof. O. i dr. C. przedstawili spostrzeżenia kliniczne wraz z badaniem pośmiertnym przypadku, który odnieść należy do postaci nerwowej.

U robotnika dziedzicznie nie obciążonego wystąpiło w ciągu dwóch lat porażenie i zanik mięśni w zakresie *mm. peronei* obu stron i w niektórych małych mięśniach dłoni. Zanikowi towarzyszyły bóle. Jednocześnie zjawilo się porażenie obu *musc. orbicul. palpebr.* W dalszym ciągu sprawa przeszła na mięśnie goleni, a nadto na *mm. triceps* i *supinator longus*. Zaznaczyć należy, że obok zjawisk powyższych spostrzegano *EaR* (odczyn zwyrodnienia) i jednocześnie brak jakichkolwiek zaburzeń w zakresie czucia. W powyższym przypadku, spostrzeganym przez długi czas, rozpoznał prof. O. zanik mięśni postępujący, a mianowicie postać nerwową. Śmierć nastąpiła po 9-iu latach, skutkiem choroby, nie mającej związku z zasadniczym cierpieniem. Szczegółowe badanie mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych wykazało brak jakichkolwiek zmian patologicznych, lecz przeciwnie stosunki jaknajbardziej prawidłowe (o ile, rozumie się, nasze metody badań sięgają w tajniki układu nerwowego). Natomiast układ mięśni przedstawiał obraz właściwy pierwotnemu cierpieniu mięśni (*myopathia primaria*), różne stopnie zaniku włókien mięsnych, przerost ich, zwiększenie ilości włókien i jąder tkanki łącznej, a także tłuszczowej.

Badanie więc drobnowidzowe daje zupełnie inne wyniki, niż oczekiwać należało, stosownie do poglądów HOFFMANN'a. Pod względem patogenetycznym przypadek ten należałoby postawić między *polyomyositis* (z zejściem do zaniku mięśni) i *dystrophia musc. progr.* Zresztą, może wszystkie przypadki postaci nerwowej do tej kategorii należą. Przypuszczenie podobne wyrażali już niektórzy autorowie. W każdym razie ani obraz kliniczny, ani podstawa anatomiczna postaci nerwowej zaniku mięśni nie są wyjaśnione.

Zastanawiającą jest obecność *EaR* bez jakichkolwiek zmian w układzie nerwowym. Fakt ten podniósł w dyskusyi prof. GOLDSCHIEDER. Niestety fakt ten należy do takich, które tylko stwierdzić można, lecz nie wytłumaczyć.

111. Edward FLATAU. **Zwyrodnienia wtórne przy porażeniu obwodowym nerwu twarzowego**. U 34-letniego cieśli, który wstąpił do szpitala w sierpniu 1895 roku, rozpoznano: *phthisis pulmonum, otitis media tuberculosa sinistra chronica*, głuchotę na lewe ucho (trwającą już rok). Na dwa miesiące przed śmiercią stwierdzono porażenie nerwu twarzowego lewego z częściowym odczynem zwyrodnienia. Przed samą śmiercią istniało zupełne porażenie nerwu twarzowego (górne i dolne gałązki

tegoż) z zupełnym odczynem zwyrodnienia. Badanie pośmiertne wykazało: *tuberculosis pulmon., otitis media tuberc. chron. sin.* Do badania drobnowidzowego wzięto: pień mózgowy, lewy nerw twarzowy obwodowy i część *m. buccinat. sin.* z odnośną gałązką nerwową. Pień mózgowy pocięto na nieprzerwany szereg kawałków, które obrobiono zapomocą metody MARCHI'ego. Oddzielne kawałki autor pociął na nieprzerwany szereg skrawków. Nerw twarzowy i *musc. buccinatorius* barwiono metodą MARCHI'ego, a także karminem, nigrozyną, hematoksyliną alunową, kwasem pikrynowym i fuksyną kwaśną (metoda VAN GRESON'a).

Badanie drobnowidzowe wykazało zwyrodnienie wtórne w ośrodkowej części nerwu twarzowego na całym jego przebiegu. Jądro nerwu twarzowego lewego składało się z komórek, różniących się w budowie swej od komórek jądra prawego nerwu twarzowego. Komórki jądra lewego były większe, jakby napęczniałe, kontury ich były po większej części zamazane, a barwnik znajdował się tylko w jednej części ciała komórkowego. Tymczasem komórki jądra prawego posiadały kontury jasne i były całkowicie wypełnione czarnymi punkcikami.

W odcinku wstępującym części ośrodkowej nerwu twarzowego, czyli w t. zw. odnodze jądrowej (*aufsteigende Wurzel, Kernschenkel*) widoczne były zwyrodniałe włókna, które pęczków nie tworzą, lecz przebiegają luźno w kierunku *ventric. quartus*, przybliżając się stopniowo ku linii środkowej. Część środkowa odcinka ośrodkowego nerwu twarzowego była silnie zwyrodniała, podobnież korzeń występujący (*austretende Wurzel*) i część podstawowa (*basales Stück*) nerwu twarzowego. We wszystkich tych odcinkach części ośrodkowej nerwu twarzowego znajdowały się czarne kulki zwyrodnienia, które na podłużnych przecięciach włókien nerwowych były zgrupowane w jeden łańcuch, który zaznaczał przebieg zwyrodniałych włókien. W obwodowej części nerwu twarzowego znaleziono *neuritis parenchymatosa* i *neuritis interstitialis*. W *musc. buccinatorius* stwierdzono zupełne zwyrodnienie istoty mięśniowej (brak poprzecznego prążkowania, zmiany w naczyniach, wielka ilość czarnych kulek w preparatach MARCHI'ego i t. d.).

Badania anatomiczne wykazały: 1) istnienie pęczka, opisanego przez OBERSTEINER'a (gekreuzter Zuzug), a stanowiącego część skrzyżowaną obwodowego nerwu twarzowego; 2) że środkowa część i korzeń występujący wewnątrz-mózgowej części nerwu twarzowego leżą na przestrzeni 1 mm. razem z jądrem ruchowym nerwu trójdzielnego; 3) że t. zw. pęczek skrzyżowany nerwu trójdzielnego ruchowego składa się w części, leżącej bliżej *raphe*, z włókien nerwu twarzowego; część zaś zewnętrzna tego pęczka składa się z włókien nerwu trójdzielnego skrzyżowanego.

Dwa ostatnie punkty posiadają znaczenie praktyczne: dowodzą one, iż bardzo nieznaczne zniszczenie tkanki w tej okolicy (*haematomyelia, tumor*) pociąga za sobą jednoczesne porażenie nerwu twarzowego i trójdzielnego ruchowego. Zwyrodnienie części ośrodkowej nerwu twarzowego przy uszkodzeniu obwodowym (*otitis*) tłumaczyć należy nie jako t. zw. *neuritis ascendens*, lecz jako zwyrodnienie zstępujące, jako następstwo zmian, zachodzących w komórkach neuronu obwodowego (teloneuronu WALDEYER'a) nerwu twarzowego. Fakt ten związać należy z badaniami innych autorów: 1) z badaniami czynionymi zapomocą metody GUDDEN'a (GUDDEN, FOREL, MENDEL i inni); 2) zapomocą metody MARCHI'ego (DARK-SZEWICZ, BREGMAN); 3) zapomocą metody NISSL'a (NISSL, Edward FLATAU). Na podstawie badań powyższych, a także niniejszego, wypowiedzieć można zdanie, że obwodowe uszkodzenie neuronu ruchowego sprowadza zmiany w całym neuronie. A więc neuron stanowi jednostkę nie tylko pod względem morfologicznym, lecz fizyologicznym i patologicznym. Fakty takie mogą zasadniczo zmienić poglądy nasze na *neuritis*, a także i na metody leczenia (jak wyciąganie, wycinanie i t. p.).

(Z posiedzeń Tow. neur. w Berlinie).

W. Męczykowski,

112. FRAENKEL. **Tyreoantytoksyna, pierwiastek czynny gruczołu tarczowego.** Z gruczołów tarczowych owczych przyrządził F. wyciągi na gorąco i na zimno. Z wyciągów tych usunięto przy pomocy kwasu octowego wszystko białko. Filtrat zachował własności swoiste, gdy ciała białkowe stracone zupełnie były ich pozbawione. Dowód zachowania własności swoistych w zobojętnionym filtracie upatruje F. w wyniku prób dokonanych na sobie, dwóch otyłych ludziach i otyłym psie. Sam autor przyjmował pewne dawki filtratu i stwierdził ubytek wagi po 300 grm. w ciągu 6 dni; karmienie ludzi i psa straconymi białkami nie wywarło na nich żadnego wpływu.

Z filtratu usunięto w dalszym ciągu ciała klejowe i białkowe przy pomocy obojętnego octanu ołowiu, nowy filtrat poddano działaniu siarkowodoru, usunięto siarek ołowiu i zgęszczono do stanu syropu. Syrop wyługowano alkoholem i wreszcie stąd przy pomocy eteru i acetonu otrzymano w znacznej ilości związek krystaliczny; tenże związek można wydzielić alkoholowym roztworem chlorku rtęci. Rozbiór elementarny wykazał skład $C_6 H_{11} N_3 O_5$. Tymczasowo nadał F. temu związkowi nazwę tyreoantytoksyny. Że ciało to jest istotnie pierwiastkiem swoistym, można wnioskować z tego, że: 1) serca żabie zatrute muskaryną zaczynają znowu bić po zwilżeniu tyreoantytoksyną; 2) kocięta, wpadające w silne drgawki po wyluszczeniu całego gruczołu tarczowego, uspakajają się od razu po zastrzyknięciu wodnego roztworu tyreoantytoksyny, a drgawki nie powracają wcale, skoro powtarzać od czasu do czasu zastrzykiwania nowego związku.

U zwierząt, którym zaraz po wyluszczeniu gruczołu tarczowego zastrzyknięto tyreoantytoksynę, drgawki nie występują wcale. Oczekiwać jeszcze należy klinicznych spostrzeżeń, któreby mogły ostatecznie stwierdzić, że związek nowy stanowi istotę swoistą działania gruczołu tarczowego.

(*Wien. klin. Wochenschrift.* 1895, str. 842). A. Żurkowski.

Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie

odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b.

według sprawozdania z „Przeglądu Lekarskiego“.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 38).

Trzeci dzień Zjazdu dnia 15 lipca.

XXI. D-r ZIEMBICKI: „Przedstawienie przyrządu ułatwiającego postępowanie przy operacjach wielkich włókniaków macicy“.

Przyrząd ten zastósował prof. REVERDIN z Genewy przy operacjach włókniaków macicy wielkich rozmiarów w celu zastąpienia rąk asystentów. Składa się on ze szczypców kształtu ósemkowego, zakończonych dużymi hakami, zawieszonych na łańcuchu przerzuconym przez kółko szklane, które zawiesza się u sufitu nad stołem operacyjnym. Po odsłonięciu guza wbija się weń haki i w miarę wydostawania guza pociąga się za łańcuch, który unosi szczypcę a wraz z nimi i nowotwór stopniowo ku górze, zatrzymując się na żądanej wysokości.

XXII. D-r NIECIUŃSKI: „O wysiękach opłucny. Nowy sposób ich leczenia“ (z przedstawieniem trójgrańca *à double courant* własnego pomysłu).

N. omawia obszernie sprawę leczenia wysięków opłucny, opierając się głównie na zapatrywaniach klinicystów francuskich (DIEULAFOY, BOUCHARD, VILLEMEN,

RECLUS i inni). Co do leczenia ropnych wysięków długotrwałych, to za przykładem prof. REVILLIOD'a z Genewy, jest N. przeciwnikiem stosowania operacji ESTLANDER'a, szczególnie we wcześniejszych okresach, jak tego chcą niektórzy, gdyż operacja ta z góry wyłącza płucę po stronie chorej z aktu oddechania i skazuje je na bezczynność. Dlatego też uważa za najodpowiedniejszą metodę REVILLIOD'a, polegającą na wypuszczeniu wysięku przez nakłucie, przemyciu jamy opłucny płynem antyseptycznym i wstawieniu na stałe do rany drenu, którego drugi koniec zakończony jest balonikiem, stanowiącym zbiornik dla wypływającej ropy. Metodę tę w celu zabezpieczenia od dostawania się powietrza do opłucny i dokładniejszego przemywania jej jamy, modyfikuje N. przez wprowadzenie trójgrańca swego pomysłu *à double courant*. Trójgraniec ten wprowadza się na stałe do opłucny i łączy się jego zewnętrzne końce: jeden z naczyniem, zawierającym płyn antyseptyczny, drugi ze zbiornikiem, do którego spływa ropa.

Oprócz tego przedstawił D-r NIECIUŃSKI szczypczyki do wyjmowania pokniętych przedmiotów z przełyku.

OBALIŃSKI podnosi dwa nasuwające mu się zarzuty co do użycia tego trójgrańca. Po pierwsze, zdaje się on być przydługi i, co ważniejsza, jest zrobiony z metalu; koniec jego w jamie opłucny może łatwo powodować odleżyny i krwotoki. Drugi zarzut dotyczy zbyt wąskiego światła trójgrańca, przez które większe skrzepy, jakich nie brak w wysiękach ropnych, z pewnością nie przejdą. Zresztą ocenienie przyrządu możliwe będzie dopiero po wypróbowaniu go w praktyce.

XXIII. Prof. OBALIŃSKI: „Pogląd obecny na stan chirurgii nerek z uwzględnieniem własnych przypadków“.

Obszerniejszy swój wykład streszcza O. w postaci następujących tez:

1) Obecna chirurgia nerek rozporządza następującymi rękoczynami: nakłucie nerki (*punctio*), odsłonięcie nerki (*sectio pararenalis*), nacięcie nerki (*nephrotomia*), nacięcie miedniczki nerkowej (*pyelotomia*), wycięcie części nerki (*resectio renis*), wycięcie zupełne nerki (*nephrectomia*), nacięcie moczowodu (*ureterotomia*), wycięcie częściowe moczowodu (*resectio ureteris*), wycięcie zupełne moczowodu (*ureterectomy*), wszczepienie moczowodu (*implantatio ureteris*), zafałdowanie miedniczki (*pyeloplicatio*) i przyszcycie nerki (*nephropexia*).

2) Nakłucie nerki nie przedstawia wartości nawet rozpoznawczych i tylko wyjątkowo winno być stosowane.

3) Odsłonięcie nerki gra dziś ważną rolę, jako zabieg niewinny a mogący oddać wielkie usługi pod względem rozpoznawczym i co do wskazań operacyjnych.

4) Nefrotomia stała się dziś podstawową operacją w miejsce dotychczasowej nefrektomii, odkąd nie boimy się krwotoku i nacieku moczowego po nacinaniu nerki.

5) Zupełne wskazanie do *nephrectomii* stanowią tylko nowotwory złośliwe i zniszczenie gruczołowe.

6) Dotychczasową zasadę wykonywania *nephrectomiae* tylko wtedy, jeżeli druga nerka jest zdrowa, należy nieco zmienić, a mianowicie — jeżeli druga nerka zdolna jest objąć czynność obu nerek. Wskazuje nam to stan nerki chorej i stan sprawy wydzielania moczu u chorego: jeżeli nerka chora jest znacznie powiększona i zwyrodniała, a wydzielanie moczu odbywa się prawidłowo, to mamy dowód, że nerka druga odbywa czynność za obie, i chociażby wydzielany mocz przedstawiał jakieś zboczenia, można przystąpić do wycięcia nerki.

7) O b r a ż e n i a nerek rzadko wymagają specjalnego zabiegu chirurgicznego; wymagać go mogą jednak albo z powodu krwotoku i wtedy najodpowiedniejsza jest droga przez laparotomię, albo następnie z powodu przetoki moczowej, względnie t. zw. *hydronephrosis externa*, i wówczas lepsza jest droga od strony lędźwi.

8) Zwyczajna *ren migrans* winna być leczona zapomocą *nephropexia* dopiero wówczas, kiedy noszenie bandażu lub masaż pozostają bez skutku. Jeżeli zaś jest ona objawem ogólnej enteroptozy, to nie jest wskazana żadna operacja.

9) Bolesna k a m i c a n e r k o w a wymaga nacięcia nerki; dopiero w razie niemożności wydostania kamienia tą drogą, przystąpić trzeba do nefrektomii, która znów jest stanowczo przeciwwskazana, jeżeli w drugiej nerce są kamienie.

10) W *pyonephrosis* — operacja (*nephrotomia*), jeżeli bóle są dokuczliwe; operacja ta jest konieczna wobec występującego bezmocz; w każdym razie na pierwszym planie — leczenie choroby głównej (*strictura, cystitis*).

11) Przetoki nerkowe, tak ropne, jak i moczowe wymagają najczęściej usunięcia nerki.

12) *Hydronephrosis* stałą leczymy, jeśli druga nerka jest zdrowa, przez nefrektomię; jeżeli druga niepewna, robimy nefrotomię, a dopiero następnie ewentualnie wycięcie.

13) G r u ż l i c a n e r k i wymaga usunięcia nerki, i jeżeli jest pierwotna, to wyniki są dobre. Jednym z wczesnych objawów są krwotoki nerkowe.

14) N o w o t w o r y z ł o ś l i w e stanowią wskazanie absolutne do nefrektomii, przytem należy robić duże cięcie i wyłuszczyć całą torebkę tłuszczową.

15) Przymiot nerek daje obraz podobny do gruźlicy i podobnie wymaga nefrektomii.

16) Krwotoki z nerek samoistne (*haematuria essentialis*) mogą być bardzo uporczywe, tak, iż często powodować mogą usunięcie nerki.

XXIV. D-r KADER: „O technice gastrostomii“.

K. opisuje podany przez siebie nowy sposób gastrostomii, który stosowano w klinice wrocławskiej prof. MIKULICZA już 10 razy z zupełnie dobrymi wynikami. Technika operacji jest następująca. Po otwarciu jamy brzusznej niewielkiem cięciem pionowym przez mięsień prosty strony lewej, wydobywa się nieco przednią ścianę żołądka, w której robi się otworek, przepuszczający za ledwo dren wielkości ołówka i dren ten szwem przymocowuje się do ściany. Następnie dwoma szwami LEMBERT'a ponad drenem i 2 poniżej drenu zaciąga się dwie fałdy, które zaciskają otwór wraz z drenem, nazewnątrz zaś od nich w podobny sposób tworzy się dwie nowe, które wzmacniają i pokrywają poprzednie. Zapomocą kilku szwów przyszywa się ścianę żołądkową do otrzewny ściennej wraz z tylną blaszką pochwy mięśnia prostego, wreszcie zeszywa się ranę w powłokach brzusznych szwem mięśniowym i skórny.

XXV. D-r KADER: „O operacjach wykonanych w klinice profesora MIKULICZA (w Krakowie, Królewcu i Wrocławiu) na żołądku z powodu chorób natury łagodnej“.

Wielką zasługę RYDYGIERA stanowi rozszerzenie wskazań operacyjnych na żołądku po za ciasne granice nowotworów złośliwych. Na 177 operacji, wykonanych ogółem na żołądku w klinice MIKULICZA, w 32-ch przypadkach operacja wykonana została z tych właśnie wskazań. Z tej liczby trzy razy wykonano *resectio pylori*, 9 razy gastroenterostomię, 2 razy gastropastykę, 12 razy pyloroplastykę, 6 razy gastrorafię. Śmiertelność po operacjach żołądkowych wynosi 25%, gdy

odnośna statystyka innych klinik sięga 40%. Dobre wyniki zawdzięczać należy szczególnie postępowania operacyjnego i pooperacyjnego, które K. opisał dokładnie poprzednio w dyskusji nad V. wykładem prof. OBALIŃSKIEGO

XXVI. D-r KRYŃSKI: „Przyczynek do chirurgii moczowodów“.

K. przedstawia przypadek, w którym w kwietniu roku zeszłego, a zatem przed 15 miesiącami, u mężczyzny 24 - letniego, dotkniętego wynicowaniem pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*), wykonał wycięcie całego pęcherza i wszczepienie końców moczowodów wraz z częścią trójkąta LIEUTAUD'a w ścianę odbytnicy. Powstały brak w ścianie brzusznej pokrył przez odpowiednią plastykę powłok brzusznych. Przebieg operacyjny był pomyślny. Główne niebezpieczeństwo, grożące choremu po takiej operacji ze strony zakażenia nerek, nie sprawdziło się; chory po 15 miesiącach nie ma żadnych zaburzeń ze strony nerek, co dowodzi, że i ta główna groza tej operacji, zmuszająca wielu chirurgów do zarzucenia operacji przeszczepiania moczowodów do jelita, jest do uniknięcia. Pozostaje ważna sprawa zachowania się odbytnicy i kontynencji moczu. Podnoszona przez niektórych badaczy obawa co do szkodliwego wpływu moczu na błonę śluzową okazała się płonną; obecność moczu nie działa ujemnie na stan odbytnicy, której nawet kontynencja na tem nie cierpi, tak, iż chory oddaje zazwyczaj raz na dzień stolec wraz z moczem, a 4—5 razy sam mocz *per anum*. Kontynencja ta cierpi jednak nieco w tych razach, kiedy chory zbyt energicznie oddaje wiatry; wówczas razem z gazami odchodzi i nieco moczu. Regulując jednakże odpowiednio dietę chorego, można i temu zapobiedz. Wreszcie zwrócił K. uwagę na jedną jeszcze stronę następstw operacji, a mianowicie na możliwość ujemnego wpływu przebywania moczu w *rectum* i wpływ wysysania części składowych tego moczu na ogólną przemianę materii. Doświadczenia K., robione na psach, wykazały, że wysanie takie zachodzi, wyniki jednak ostateczne, jak przekonywa i ten przypadek kliniczny, nie są ujemne, gdyż widocznie nerki działają ze zwiększoną energią, przywracając w ten sposób konieczną równowagę. Dlatego też za konieczne uważa K. zbadać przed operacją stanu obu nerek, co jest tem łatwiejsze, że końce moczowodów są otwarte i można zebrać do badania mocz z każdego z nich. Niedawno referował WOELFLER w Pradze o wykonaniu takiej operacji w 2-ch przypadkach *ectopiae vesicae*, dalsze jednak losy tych chorych jeszcze niewiadome. W każdym razie przypadki pomyślne, jak przedstawiony, aczkolwiek dotychczas nieliczne, świadczą, że operacja przeszczepiania w odpowiednich warunkach i odpowiednio wykonana może przedstawiać szanse pomyślne.

ZIEMBICKI w związku z wykładem KRYŃSKIEGO przedstawia preparat otrzymany z operacji z następujących powodów. U kobiety po operacji raka macicy w kilkanaście dni utworzyła się przetoka moczowodowa, którą postanowił Z. wyleczyć przez wszycie moczowodu do odbytnicy. Przed operacją jednak wystąpiły dreszcze i niemacalna przedtem nerka doszła do znacznych rozmiarów. Przypuszczając *pyonephrosis*, wykonał Z. nefrektomię i okazało się, że nerka była obrzękła i usiana mnóstwem ropni miliarnych.

KADER spostrzegł około 10 przypadków *ectopiae vesicae* w klinice wrocławskiej; wszystkie były operowane według sposobu TRENDELENBURG'a-RYDYGIERA. W 5-iu przypadkach wyniki były o tyle dobre, że kontynencja dochodziła do 3 godzin. W ostatnim przypadku implantował prof. MIKULICZ moczowody do *rectum*, 4-go dnia jednakże chora umarła z powodu ropnego zapalenia nerek.

(D. n.).

WYSTAWA HIGIENICZNA.

III. Higiena przemysłu.

Higiena przemysłu przedstawia się na wystawie bardzo skromnie. Przyczyny tego szukać należy w zabsorbowaniu naszych fabrykantów i przemysłowców przez współcześnie odbywającą się wystawę w Niższym-Nowogrodzie. Najzasobniej wystąpiły tu nasze koleje, z nich zaś największą liczbę okazów i najstaranniejszem ich ugrupowaniem wyróżnia się Nadwiślańska. Widzimy więc naprzód dwa modele wagonów sanitarnych: jeden, będący w użyciu w czasie ostatniej epidemii cholery, przerobiony z wagonu towarowego, a zatem dwuosioowego, trzęskiego i mogącego pomieścić zaledwie dwa łóżka, i drugi, stanowiący projekt bardzo szczęśliwie pomyślanej przeróbki wagonu osobowego trzeciej klasy, spoczywającego na trzech osiach i urządzonego na cztery łóżka, po dwa dla mężczyzn i kobiet, z przedziałem dla felczera i t. p.; dalej model wagonu towarowego, przygotowanego do ewakuacji rannych w czasie wojny, mieszczącego ośm noszów „resorowych“, pomysłu p. L. Wojciechowskiego, niezmiernie prostej budowy, a mimo to znakomicie łagodzących wstrząśnienia i stanowiących przez to arcywygodne i praktyczne łóżka; model wagonu towarowego z t. zw. brankardem, izby noclegowej dla konduktorów i maszynistów, istniejącej w Kowlu, baraku cholerycznego w Chełmie, dwóch typów wychodków stacyjnych z pochyłymi sedesami, jednego urządzonego systemem dołowym, drugiego—szufladowym, obu na torfie otwockim; pokoju ambulatoryjnego z apteką podręczną i prowizorycznym szpitalikiem o dwóch łózkach; widzimy dalej—*in natura*—nosze dwóch typów, szafę ze środkami aptecznymi i drugą z narzędziami chirurgicznymi i środkami opatrunkowymi, skrzynki ratunkowe stacyjne i pociągowe oraz apteczki stacyjne; w dziale zapobiegania wypadkom niebezpiecznym spotykamy przyrządy do badania wzroku uszlusby kolejowej, różne przyrządy sygnałowe i tablice sygnałów optycznych i akustycznych. Dział naukowy reprezentują: profil podłużny drogi z wykazaniem pokładów geologicznych oraz wzniesień nad powierzchnię morza, mapy geologiczne, hydrograficzne i rolnicze z uwzględnieniem przebiegu linii kolejowej, plany typów istniejących budynków mieszkalnych, stacyi, warsztatów ze szczegółowem obliczeniem ich pojemności i ilości powietrza, przypadającej na jednego mieszkańca, kompletny zbiór planów wszystkich budynków kolejowych z takiemiż samemi obliczeniami, wreszcie tablice chemicznego i bakteryologicznego rozbioru wód studziennych, oraz tablice chorobowości i śmiertelności, a także wypadków nieszczęśliwych. Droga żelazna Warszawsko-Wiedeńska, oprócz kilku rysunków i fotogramów budynków kolejowych, przedstawiła bardzo zasobne skrzynki ratunkowe, eleganckie, choć trochę przy ciężkie nosze w dwóch typach, fotel do przenoszenia chorych bardzo prostej budowy, przyrząd do wyjąławiania środków opatrunkowych, a nadto różne przyrządy, mające na celu higienę pracowników warsztatowych, jak kotły do gotowania wody do picia, wentylator, kamień do toczenia z przyrządem do obrównywania, futał szklany do wodowskazu, przyrząd ochronny przy pile tartakowej, szereg okularów ochronnych, oprócz zaś tego, kamerę dezynfekcyjną, zaopatrywaną w parę wprost z parowozu. Kolej Iwangrodzko-Dąbrowska wystawiła profil podłużny drogi z uwzględnieniem kwestyi sanitarno-lekarskich, oraz z niedość zrozumiałemi i pod względem graficznym błędnie wykreślonemi średniemi chorób nagminnych z wyjątkiem grypy, średniemi zakażenia bagiennego i epidemii grypy z okre-

su 3-letniego; starannie skompletowane skrzynki ratunkowe i apteczki podręczne, plany baraków cholerycznych i wagonów sanitarnych, nadto dwa typy noszów, z których jedne zwykłe, t. zw. austriackie, niezmiernie proste i lekkie, drugie zaś t. zw. obrotowe, pomysłu lekarza naczelnego drogi, kol. ŻERAŃSKIEGO, zbudowane bardzo dowcipnie w celu umożliwienia wnoszenia chorych do zwykłych wagonów korytarzowych w pozycji pionowej. Trzy te drogi żelazne, wystawiwszy skrzynki ratunkowe, mające za zadanie niesienie pierwszej pomocy rannym w czasie np. rozbicia się pociągu, zapomniały jednak o rzeczy może najważniejszej, a mianowicie o koniecznym w takich razach obfitym zapasie wody czystej, którą nie zawsze można znaleźć pod ręką. Droga Terespolska wystawiła rozbiory jakościowe wód studziennych na całej linii, ze zgrupowaniem wszystkich studzien w trzy kategorie: studnie dobre, niedobre lecz dające się poprawić, i studnie zupełnie niezdatne do użytku; oprócz tego wystawiła ona tablice diagramatyczne zachorowań i śmiertelności wśród pracowników kolejowych. Takież same dane przedstawiły drogi Poleskie, mające na czele służby zdrowia kol. LESZCZYŃSKIEGO. Bardzo ciekawem byłoby rzeczywiście zestawienie danych statystyczno-lekarskich, dostarczonych przez koleje: Nadwiślańską, Terespolską, Iwangrodzko-Dąbrowską i Poleskie (Wiedeńska danych takich zupełnie nie nadesłała). Szkoda jednak, że wystawcy nie ujednolajniili formy swych tablic statystycznych. Cyfry bezwzględne (droga Iwangrodzko-Dąbrowska i Nadwiślańska) niczego nauczyć nie mogą, przeto najracjonalniej—zdaniem naszym — ułożone są tablice kolei Terespolskiej, obliczone z lat 1893 i 1894. Na pierwszej z nich, sposobem słupkowym, przedstawiono zachorowania podług rodzajów chorób w stosunku na 1000 chorych; *maximum* (96,5‰) zajmują nieżyty dróg oddechowych, zaraz potem idą (67,4‰) choroby przewodu żołądkowo-kiszkowego, „oprócz nieżytych“ (?), a dalej (49,9‰) nieżyt żołądka i kiszek i t. d.; na drugiej wykazano też same dane, ale w obliczeniu na 1000 pracowników kolejowych wogóle, na trzeciej zaś—zachorowania podług wydziałów służbowych. Inaczej znów nieco ułożyły swe dane z okresu od r. 1886—1895 drogi Poleskie: przedstawiły one tablicę słupkową zachorowań i śmiertelności podług wydziałów, i drugą, graficzną — podług kategorii chorób, ale obliczoną w stosunku odsetkowym; jeszcze inaczej — kolej Nadwiślańska, która, podawszy (sposobem słupkowym) wartości bezwzględne, cyfry zaś procentowe umieściwszy tak niewidocznie, że je zaledwie dostrzedz można, zmniejszyła o połowę wartość kilkunastu swych z wielkim nakładem pracy ułożonych tablic. Mimo tych różnic w opracowaniu, można jednak zauważyć zgodność w wykazach zachorowań, tak np. *maximum* ich wypada na obsługę mechaniczną taboru ruchomego (maszyniści, pomocnicy maszynistów, palacze, smarownicy, hamulcowi), potem idą pracownicy warsztatowi, telegraf i t. d. Ciekawe zato bardzo są tablice wypadków nieszczęśliwych na drodze Nadwiślańskiej od r. 1877 do 1895 włącznie, zestawione w związku z rozwojem ruchu osobowego i towarowego. Uderzającym jest objaw, że w tym okresie czasu wypadkom nieszczęśliwym uległa identyczna niemal liczba pracowników kolejowych (333) i osób obcych (332), przyczem jednakże znaczną u tych ostatnich jest przewaga wypadków śmiertelnych (177 : 102), a mniejsza natomiast liczba wypadków lekkich (84 : 130) i ciężkich (71 : 101).

Okazałe swe urządzenia sanitarne wystawiło w dziale higieny przemysłu Towarzystwo Zakładów Bawełnianych Karola Scheiblera w Łodzi; oprócz bowiem planów i fotogramów domów dla robotników, filtrów, wodociągów i szpitala, przedstawiło kompletne urządzenie szpitalne: łóżko z materacem drucianym, całą pościelą i odzieżą męską i żeńską, szafką nocną, spluwaczką szklaną i t. d., a nadto aparat MERTZ'a do zwilżania powietrza w salach fabrycznych — rzecz niezmiernie

nej doniosłości higienicznej. Jako ilustracja ważności takich „zwilżaczy“, mogłyby poniekąd posłużyć tablice kol. STERLINGA, umieszczone w dziale higieny ludu, a przedstawiające obrazy drobnowidzowe kurzu, powstającego w przemyśle tkackim i przędzalnianym. Nie możemy w tem miejscu nie wspomnieć o odnoszącym się do higieny fabrycznej, bardzo użytecznym okazie kolegi CIECHOMSKIEGO, mianowicie o dokładnie wykonanym modelu praktycznych natrysków fabrycznych. Z planami szpitali fabrycznych wystąpiły zakłady Żyrardowskie, kol. CZAJKOWSKI (Towarzystwo Sosnowickie) i p. Nieniewski. Kol. HANDELSMANN przedstawił najezone rażącymi błędami w układzie i nic nie mówiące tablice ruchu chorych w cukrowni „Konstancya“ pod Kutnem. Plany domów robotniczych, wychodków, fotogramy wnętrza mieszkania robotniczego i urzędniczego, mające chyba tylko wartość starannej fotografii, oraz starannie opracowany system kanalizacji i usuwania nieczystości z terytorium fabrycznego wystawiła cukrownia „Zagłoba“ pod Opolem. Bardzo cenną wreszcie pracę przedstawił Warszawski Oddział Popierania Rosyjskiego Przemysłu i Handlu, mianowicie tablice chorób zawodowych naszych rzemieślników, ułożone na podstawie materiału, zebranego drogą ankiety przy współudziale i pod kierunkiem lekarzy; tablice te, jako pierwsza u nas praca w tym kierunku, dalekie są—rzecz prosta—od doskonałości, jednakże mogą być cennym przyczynkiem do tak mało u nas dotychczas uwzględnianej higieny rzemiosł. Co się tyczy tej ostatniej, to na wystawie napotkaliśmy zaledwie jeden odnośny okaz, mianowicie kasztę drukarską, pomysłu p. Wanina z gub. Kurskiej; w kaszcie tej pył, ze czcionek powstały, opada przez odpowiednie dno siatkowe kaszt do płaskich szufladek, skąd łatwo może być usunięty.

ODCINEK.

Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich,

podał **E. BIERNACKI.**

Chcąc pisać artykuł pod wyżej wymienionym nagłówkiem, nie mam zamiaru przedstawiać czytelnikom „Medycyny“ wrażen zwyczajnego turysty. Przeciwnie, zamierzam, jeśli nie wyłącznie, to głównie opisać spostrzeżenia, jakie zebrałem, jako lekarz, w wycieczce mej po niemieckich kurortach morskich. Mniemam, że spostrzeżenia te mogą się przydać niektórym kolegom. U nas — a szczególnie w Warszawie — pociąg do morza wzmagą się wśród publiczności coraz bardziej; warto więc, by lekarze umieli dawać odpowiednie wskazówki co do wyboru miejscowości morskiej. Zapewne, wielu kolegów warszawskich zna morze bardzo dobrze, objechali i poznali daleko więcej „Seebadów“, niż ja; dla nich nie powiem nic nowego. Ale znaczna większość kolegów, szczególnie koledzy prowincjonalni, znajduje się w tem samym położeniu, w jakim sam byłem przed wyjazdem: znają morze tylko ze słyszenia i trudno im się zorientować przy zalecaniu choremu tej lub innej miejscowości morskiej.

Przedewszystkiem wydaje mi się potrzebnem przypomnienie, na czem polega znaczenie morza, jako metody leczniczej. Kilka lat temu A. HILLER, docent medycyny wewnętrznej z Wrocławia, napisał w tym przedmiocie obszerniejszą pracę: „Ueber die Wirkungsweise der Seebäder“¹⁾; wyszła ona niedawno jako oddzielna

¹⁾ Zeltschr. f. klin. Medicin, 1890, T. XVII. Supplement.

broszurka w drugim wydaniu. O ile mi wiadomo, praca HILLER'a nie była streszczaną, ani omawianą szczegółowiej w naszych czasopismach lekarskich; a warto ją jednak bliżej poznać, bo choć nie zawiera w sobie wielu poglądów i faktów nowych, jest jednak najbardziej wyczerpującą pracą w omawianym kierunku, jaką napisano w ostatnich latach. To też pracę HILLER'a, choć niesystematycznie, streszczę w niniejszym artykule, przeplatając uwagami, jakie mi nasunęło doświadczenie osobiste.

Otóż dwa czynniki stanowią siłę leczniczą morza: kąpiel powietrzna (Seeluftbad) i kąpiel wodna (Seewasserbad). Pierwsza ma znaczenie ogólniejsze, niż druga, bo działaniu powietrza i klimatu morskiego ulega każdy, kto przyjedzie nad morze, a działaniu kąpieli morskiej nie każdy. Zaletę klimatu morskiego stanowią przede wszystkim małe wahania ciepłoty w porównaniu z klimatem lądowym. Jest to właśnie znana różnica pomiędzy klimatem morskim i klimatem lądowym: zima cieplejsza, a lato chłodniejsze w pierwszym, niż w drugim. Jeżeli w Warszawie najzimniejszy miesiąc wykazuje przeciętną ciepłotę -4° (C), to bardziej na północ leżący Helgoland — aż $+0,9^{\circ}$ (C). To też na Helgolandzie śnieg w zime pada wyjątkowo, ale za to w lecie nigdy nie ma takich szalonych upałów, jakie mieliśmy choćby w tym roku w Warszawie. To jest już jedno, co czyni pobyt w lecie nad morzem dla mieszkańców lądu niezmiernie przyjemnym. Tej łagodności lata i braku wielkich wahań w ciągu dnia bynajmniej nie posiadają góry, jak wie każdy, kto w górach lato przepędzał. A jeśli nawet na morzu w ciągu dnia zachodzą wahania ciepłoty, to nie odbywają się one tak gwałtownie, jak to bywa w górach i na lądzie.

O składzie powietrza morskiego krążą różne mniemania. O powietrzu ostendzkim mówią, że jest ono „prześiknięte“ cząsteczkami soli, jodu i bromu: ba, nawet wielu z gości kurortów morskich czuje sól w ustach. Zdaje się jednak, że to wszystko jest farsą, a słony smak w ustach, o ile nie bierze się kąpieli morskiej, tylko suggestyą. Mnie się także zdawało po przyjeździe na Helgoland, że czuję sól w ustach: poczułem ją naprawdę i za dużo, gdy się napiłem mimowoli wody morskiej w kąpielu. HILLER podczas pobytu na Sylcie trzymał przez 3—5 dni w otwartem oknie naczynie napełnione jednoprocetowym roztworem saletrzanu srebra i ani razu nie widział zmętnienia płynu.

Pewnem jest natomiast, że powietrze morskie jest wogóle daleko wilgotniejsze, niż lądowe. Jest to szczególnie cenna własność dla osób cierpiących na suche katary nosa czy oskrzeli. Ale najważniejszą zaletą jest wielka czystość morskiego powietrza — brak w nim pyłu, a jednocześnie i ubóstwo mikro-bów. Ten brak pyłu zastanowić może szczególnie w tych miejscowościach, w których mamy piaszczysty brzeg morski i „Dünen“; ale piasek ten jest gruboziarnisty i nie podnosi się łatwo nawet przy silnym wietrze.

Co do zawartości drobnoustrojów w powietrzu morskiem, to, według poszukiwań lekarza morskiego FISCHER'a, już na odległości 120—150 mil morskich od brzegu powietrze wcale nie zawiera mikro-bów. Naturalnie, na brzegu morskim, względnie w miejscowościach kąpielowych, stosunek ten nie jest tak idealny: ale, bądźco bądź, nigdy w tych miejscach nie będzie tyle mikro-bów w powietrzu, ile ich bywa na lądzie, w miastach, szkołach, szpitalach i t. d. Zresztą, i na brzegu morskim można mieć nieraz idealne powietrze, a mianowicie, kiedy wiatr wieje ze strony morza, co jest rzeczą nader częstą.

Ta czystość powietrza morskiego ma, mniemam, przede wszystkim pierwszorzędne znaczenie w następującym względzie. Wedle naszych najnowszych poglądów na odporność, wiemy i przyjmujemy, iż człowiek ciągle styka się z mikroba-

mi chorobotwórczymi, ale ulega im tylko niekiedy, dzięki ciągłemu przeciwdziałaniu ze strony narządów odporności — leukocytów i wogóle komórek, które albo same przez się pochłaniają drobnoustroje, albo je zabijają za pośrednictwem wydzielanych substancji. Walka ta w powietrzu, ubogiem w mikroby lub zupełnie wolnem od nich, nie istnieje: wtedy narządy odporności odpoczywają, jak odpoczywa pośród snu mózg. I trudno wątpić, by ten odpoczynek nie był rzeczą pożyteczną, nie prowadził za sobą następczego wzmocnienia odporności ustroju, jak wzmacnia się i odświeża czynność wszelkiego narządu po spoczynku.

Wobec takiego pojmowania bardzo pożytecznym wydaje mi się pobyt peryodyczny na powietrzu morskiem dla takich osób, które z zawodu swego przebywają w otoczeniu bogatym w drobnoustroje, a więc np. dla lekarzy, nauczycieli i t. d. Dalej — wobec zupełnego braku pyłu w powietrzu morskiem, dobroczynnie oddziaływać musi pobyt nad morzem wogółem na tych, którzy przebywają w atmosferze zapyłonej np. pracujący w biurach, niektórzy fabrykanci. Myślę tu naturalnie o ludziach jeszcze zdrowych. Co do chorych, to stwierdzono dobroczynny wpływ czystego powietrza morskiego w takich cierpieniach dróg oddechowych, w których drobnoustroje odgrywają ważną rolę — mianowicie przy *ozaena*, *bronchitis putrida*, *bronchiectasiae*. Stany te bardzo szybko ulegają poprawie w morskiem powietrzu: być może, że pewną rolę bezpośrednią odgrywa wtedy duża zawartość ozonu w powietrzu morskiem, ozonu działającego dezynfekująco na błony śluzowe.

O leczeniu powietrzem morskiem gruźlicy mało jeszcze jest spostrzeżeń. Najwięcej nadawać się będzie pobyt w morskiem powietrzu, jako czynnik wzmacniający odporność, dla tych osób, które są zagrożone dziedzicznie suchotami, ale ich jeszcze nie mają. Widywano pomyślne wyniki od dłuższego pobytu (przez całą zimę) w przypadkach mało rozwiniętej i przewlekłej gruźlicy płuc. Czy jednak cięższe postacie będą się poprawiać w tych warunkach, to jeszcze pytanie. Posiada bowiem powietrze morskie jedną własność, która nie zawsze przy cięższej gruźlicy dobrze znoszona być może. Jest ono, mianowicie, wogółem bardzo wietrzne. Częste wiatry na morzu, jak wspominaliśmy, nawet na brzegu morskim mogą sprowadzić zupełnie czyste powietrze: przechadzka podczas takiego wiatru oczyszcza także ubranie z pyłu i drobnoustrojów. Ale jednocześnie następuje znaczna utrata ciepła z powierzchni ciała. To też szczególnie w pierwszych dniach pobytu w miejscowości morskiej (na wyspach) odczuwa się chłód wcale dobrze. Ta utrata ciepła prowadzi, naturalnie, za sobą konieczność zwiększenia wyrobu ciepła w ustroju przez zwiększony dowóz pokarmów. Rzeczywiście, już w pierwszych dniach przyjazdu nad morze łaknienie ogromnie się wzmacnia. Dobrze to się daje we znaki ... kieszoni w miejscowościach droższych. Ale mimo to, że się jadłoby i je się niemal co godzinę, ostatecznie po pobycie kilkutygodniowym waga ciała nie tylko się nie zwiększa, ale najczęściej nieco (kilka funtów) spada. Fakt ten, bądźco bądź, świadczy dużo, niemal dowodzi (badań naukowych w tym względzie nie przeprowadzano), że sprawy utleniania i przeróbki materii w powietrzu morskiem idą w szybszem tempie, niż w warunkach zwykłych. I to skłania do stosowania „kąpeli powietrznej“ w tych stanach, w których przyjmujemy wolny przebieg utleniania ustrojowego. Rzeczywiście, empirya wykazuje cały szereg świetnych powodzeń w tego rodzaju stanach, jak niedorozwój fizyczny, krzywica i zoły, uporczywa przewlekła blednica, wysypki przewlekłe, zastarzały przymiot, nareszcie gościec przewlekły i podagryczne cierpienia stawów. W tych ostatnich chorobach wpływ dobroczynny klimatu morskiego wzmocnić znacznie można przez stosowanie ciepłych kąpeli morskich.

Nie będę mówił obszerniej o wpływie wiatrów morskich na układ nerwowy obwodowy, na błony śluzowe, o zahartowaniu, jakie się zdobywa przy skłonności do katarów, kaszłów i t. p. By otrzymać te wszystkie działania i skutki, należy... przebywać na powietrzu. Choć paradoksalnem może się wydać to zastrzeżenie, jednak warto je przypomnieć: nie mało bowiem jest i takich osób, które przyjeżdżają do morza po to, by siedzieć cały dzień w hotelu lub mieszkaniu i tylko krótko używać przechadzki na strandzie (brzegu) morskim dla obejrzenia się wzajemnego. Z drugiej strony potrzebnem jest, szczególnie u osób wrażliwych i szczególnie w pewnych dniach pobytu, pewne umiarkowanie w używaniu wietrznego powietrza morskiego. U osób, które cały rok siedziały w mieście, wystawienie całodzienne na wiatr morski sprowadzi niekiedy pewne ogólne rozdrażnienie, zmniejszenie łaknienia, bezsenność, a miejscowo uczucie palenia skóry, czerwoność twarzy i t. d. Stan ten jednakże po paru dniach mija; nie należy przeto zrażać się i mniemać o sobie, że się „nie znosi“ morskiego powietrza. „Nieznoszących“ świeżego powietrza chyba być nie powinno, choć słyszałem i lekarzy, mówiących, że tacy a tacy nie „nadają“ się dla klimatu morskiego.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. sierpień r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca chorych 52 (m. 30, k. 22); przybyło w sierpniu 161 (m. 81, k. 80); wypisało się 136 (m. 71, k. 65); zmarło 16 (m. 8, k. 8); pozostało na następny miesiąc chorych 61 (m. 33, k. 28).

Jak widzimy, ogólna liczba chorych jest niezwykle duża i nigdy jeszcze w szpitalu nie notowana. Zależy to w dalszym ciągu od szeroko rozwiniętej w mieście biegunki krwawej, a po części i innych chorób zakaźnych, jak płonicy, tyfusu brzuszego i ospy, które w miesiącu sprawozdawczym znacznie częściej, niż w innych latach, występowały. Na szczęście, przebieg tych chorób, głównie biegunki krwawej, był dosyć łagodny, a śmiertelność bardzo nieznaczna. Na 71 przypadków biegunki krwawej w ubiegłym miesiącu mieliśmy tylko 3 z zejściem śmiertelnem, a od początku epidemii—141 z 7 przypadkami śmierci, co stanowi odsetkę bardzo nieznaczną. Nawał chorych z biegunką krwawą zmusił szpital do otworzenia wyłącznie dla tego rodzaju chorych—nowowzniesionego baraku i powiększenia liczby łóżek szpitala z 50 do 80.

Z 71 chorych na biegunkę krwawą w ubiegłym miesiącu, mężczyzn było 38, kobiet 33, śmiercią zaś zakończyły się 3 przypadki (m. 2, k. 1). Chorzy pochodzili ze wszystkich punktów miasta i z okolic jego, a z ulic i domów następujących: Pańska 3 (3 przypadki), 96 (2 przypadki), Petersburska 15 i 31, Freta 5 (2 przypadki) i 43, Chłodna 3 i 10, Nowolipki 75, 57 i 27; Łucka 15, Leszczyńska 16, Wspólna 19, Ogrodowa 21, Kacza 15, Twarda 50 (2 przypadki), 71 i 23, Folwarczna 25, Jerozolimska 76, Koszykowa 17, Senatorska 16 (2 przypadki) i 14, Chmielna 110, Wolska 52, Nowy Świat 16, 23 i 42, Hr. Berga 6, Dzielna 23, Moskiewska 14, Wołyńska 27 i 25, Stare Miasto 2 i 24, Obozowa 8, Wilcza 26 (2 przypadki), Furmańska 15, Ś-to Jerska 18, Piwna 31 (2 przypadki), Widok 5 i 24, Marszałkowska 71, Wileńska 11 i 45, Smutna 3, Sienna 78, Mirowska 6, Zakroczymska 13, Towarowa 32, Ząbkowska 6, Krakowskie Przedmieście 14, oraz ze wsi: Czyżewo, Czyście, Koło, Wola, Skolimowo, Glinowieck, Mokotów i Rakowiec.

Następną rubrykę chorych zajęła p ł o n i c a, której mieliśmy aż 13 przypadków (m. 5, k. 8) u dorosłych, z przebiegiem dosyć ciężkim. Takiej liczby chorych na płonicę szpital nigdy jeszcze nie notował. Śmiercią zakończył się tylko jeden przypadek. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Smolna 12, Twarda 3, Stacya Terespolska, Ogrodowa 27, 46 i 61, Nowowiejska 12, Młynarska 43, Pawia 88, Pańska 81, Zakroczyńska 15, Widok 12, Sienna 25.

Trzy razy więcej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy o s p y, przypadków 12 (m. 7, k. 5). Śmiercią zakończyły się 3 przypadki (m. 2, k. 1) u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Kacza 2, Śliska 12 i 54, Sienna 78 i 80, Żłota 43, Towarowa 53, Krochmalna 75 i 39, Mirowska 1 i Krucza 36.

Na szczególną uwagę zasługuje znaczne zwiększenie się t y f u s u b r z u s z n e g o, który dawno już w takiej liczbie nie występował. Naliczyliśmy aż 12 przypadków (m. 8, k. 4), z których 2 zakończyły się śmiercią. Pocieszającym tylko jest, że większość chorych pochodzi z Pragi i z okolic Warszawy, a mianowicie: Targowa 7, Brukowa 8, Stalowa 24, Okopowa 2, Żelazna 74, Franciszkańska 2, Leszno 25, oraz wsie: Ochota, Wola i Sielce.

W jednej mierze trzymała się r ó ż a, której mieliśmy przypadków 13 (m. 5, k. 8) z zakończeniem pomyślnem. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Topiel 8, Twarda 12 i 18, Ordynacka 2, Solna 15, Orla 6, Stare Miasto 3, Żąbkowska 14, Nowowiejska 13, Mostowa 9.

Mniej, niż w ubiegłym miesiącu, było o d r y; przypadków 4 (m. 2, k. 2) u dorosłych z przebiegiem pomyślnym, z ulic: Nowolipie 60, Rymarska 3, Marszałkowska 149, Mirowska 1.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 4 przypadki z a p a l e n i a p ł u c k r u p o w e g o, po 3 przypadki b ł o n i c y g a r d ł a (Nowolipki 16, Wronia 4, Chmielna 66), *anginae follicularis*, i g r u ż l i c y p ł u c; oraz po jednym przypadku: t y f u s u w y s y p k o w e g o (Królewska 51) i c h o l e r y n y (Wola) z zejściem śmiertelnym.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 7 przypadków nieżyty kiszek, 4—nieżyty płuć, po 2 przypadki: pokrzywki i uwiadu starczego, oraz po jednym: padaczki, zapalenia ucha i otrucia kwasem octowym.

Biletów odmownych chorem, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 13 (m. 6, k. 7).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 93 (m. 51, k. 42).

J. Sz waj c e r.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ABRAHAM spostrzegł w New-Yorku robotnika polskiego, który po pewnym przeciągu pracy w kopalni węgla dostał krwotoku, poczem rozwinęły się u niego wszystkie objawy gruźlicy płuć; po znacznej wskutek leczenia poprawie chory znów zjawił się w 10 tygodni po opuszczeniu szpitala z wtórnymi objawami przymiotu, które znikły po zastosowaniu energicznem wcierań szaruchy i jodku potasu; co więcej, z ustąpieniem objawów przymiotu znikły zupełnie ob-

jawy gruźlicy. A. przypisuje to antagonizmowi między gruźlicą i przymiotem. Podobny przypadek opisał Ross. Chodziło tu o 18-letniego młodzieńca, który w 1886 r. dostał krwotoków i początkowych objawów gruźlicy płuć. W rok po znacznej poprawie wskutek leczenia klimatycznego wystąpiły na nowo wszystkie groźne objawy suchot. W tym czasie chory zaraził się przymiotem; R. sądził, że okoliczność ta będzie miała wpływ niepomyślny na przebieg

gruźlicy, zastosował jednak leczenie szaruchą i jodek potasu. Ku wielkiemu podziwowi R., znikły zarówno objawy przyniotu, jak objawy gruźlicy, i to doszczętnie. Obecnie osobnik, o którym mowa, jest zupełnie zdrow i, co więcej, wystawianie się na nie pogodę wskutek sposobu zarobkowania zupełnej szkody mu nie przynosi. (Med. Rec. 1895 N. 52 i 1896 N. 6).

= KARLIŃSKI znalazł dwa gatunki laseczników w wodzie ze źródeł w Ili-dze w Bośni, mających temperaturę 51° i 58°; laseczniki te rozwijają się najlepiej pomiędzy 50°—60°, przy cieplecie zwyczajnej nie rosną wcale, a przestają rozwijać się dopiero przy 80°.

(Hyg. Rund. 1895 N. 15).

= RIGHI przekonał się w trzech przypadkach zapalenia opon mózgowych nagminnego, że pasorzyta swoistego, mianowicie diplokokka FRAENKEL'a można wykazać nie tylko w wysięku opon, lecz we krwi, moczu i kale. Taki wynik badania jest dowodem stanowczym, że choroba sama jest zakażeniem ogólnym, a zapalenie opon tylko najwydatniejszym z objawów klinicznych. Ponieważ pasorzyty znajdują się w kale, zatem i on może być przenośnikiem zarazy i do niego należy stosować środki dezynfekcyjne. (Centr. f. Bakt. XIX. N. 12 i 13).

= STEINSCHNEIDER i SCHAEFFER po bardzo dokładnych badaniach nad hamującym wpływem rozmaitych środków na rozwój gonokoków, przyszli do przekonania, że w praktyce oczekiwać można pożądaných wyników jedynie od azotanu srebra, argentaminy i ichtyolu, tego ostatniego wcołowił silniejszych stężeniach, niż dotąd używane, mianowicie 2—4%; azotan srebra należałoby stosować 1:200. (Centr. f. Bakt. XIX. N. 12 i 13).

= BARLOW. Krótkie uwagi o *trichorrhæxis nodosa*. RAYMOND wyholował z włosów, dotkniętych wyżej nazwaną sprawą chorobową, diplokokki, które uznał za jej przyczynę. HODARA i ESSEN z takichże włosów otrzymali laseczniki, każdy z autorów innego, którym także przypisywali wyłączną rolę przyczyny, wywołującej *trichorrhæxis nodosa*. Dwóm ostatnim autorom udało się nawet wywołać obraz chorobowy, nacierając wielokrotnie zdrowe włosy sztuczną hodowlą pasorzytów. Co jednak zastanawia, to, że we włosach, sztucznie zakażonych, nie udało się znaleźć owych chorobow-

twórczych laseczników ani razu. To też niejeden autor z WOLFBERG'em na czele widzi w węzłkach włosów raczej wynik złego obchodzenia się z włosiem, mechanicznego obrażenia go, czy to z przyczyn codziennych, czy podczas nacierania włosa hodowlą odkażanych pasorzytów. BARLOW, poddawszy rewizji szczotki do włosów, paznogi i zębów, znalazł, że w starych znajduje się wiele włosów, dających najzupełniejszy obraz makroskopowy i mikroskopowy „*trichorrhæxis nodosae*“. Można by przypuszczać, że zarazek przyjmuje się i na martwym włosie. Doświadczenia jednak zadały kłam temu przypuszczeniu. Dlatego, uważając pasorzytniczą naturę *trichorrhæxis nodosae* za niedowiedzioną, B. przypuszcza, że niewiadomego nam pochodzenia zakażenia w odżywianiu włosów żywych wywołują obraz, który we włosach martwych, jak np. w starych szczotkach, powstaje przez częste załamywanie włosów podczas codziennego użycia. (Münch. med. Woch. N. 26. 1896).

A. K.

= VINAY spostrzegł 38-letnią kobietę, 8-my raz w ciąży będącą, u której na kilka tygodni przed porodem wystąpiły pierwsze objawy rozsianego zapalenia nerwów, jakoto: bóle, uczucie palenia i mrowienia w kończynach górnych i dolnych. Po porodzie wystąpiły objawy lekkiego zakażenia połogowego, a od 4-go dnia zaczęły się pojawiać patognomiczne objawy rozsianego zapalenia nerwów, jakoto: bóle, zboczenia w czuciu, osłabienie i zanik mięśni wszystkich czterech kończyn z zachowaniem czynności kiszek i pęcherza, zmniejszenie pobudliwości elektrycznej i zniknięcie odruchów. Pod wpływem kąpeli elektrycznych i zastrzykiwania co drugi dzień grama ergotyny, po dwóch miesiącach nastąpiło prawie wyleczenie, pozostało tylko nieznaczne osłabienie w kończynach dolnych. Zdaniem autora, patogenezę rozsianego zapalenia nerwów w następstwie ciąży i porodu pozostaje ciemną. Przypadek autora jest ciekawy pod tym względem, że początki rozsianego zapalenia nerwów objawiały się podczas ciąży, co się dosyć rzadko przytrafia.

A. F.

= NURTAL i THIERFELDER wykazali, że działalność życiowa ustroju zwierzęcego może się obejść zupełnie bez bakterii, zgodnie z mniemaniem NENCKIEGO, a wbrew przypuszczeniu PASTEUR'a. U świnki morskiej dokonano cięcia cesar-

skiego i jeden z płodów umieszczono pod dzwonem szklanym tak urządzo-
nym, że z łatwością można było karmić
zwierzę mlekiem wyjałowionem i do-
starczać mu wyjałowionego powietrza.
Przez osiem dni zwierzę hodowało się
doskonale, poczem zostało zabite. W
całym ustroju nie znaleziono ani jednej
bakterii. Stąd wniosek, że obecność
bakterii nie jest niezbędną do życia
świnek, a więc prawdopodobnie i innych
ssaków, przynajmniej dotąd, dopóki po-
żywienie jest czysto zwierzęce. (Zeit.
f. phys. Chemie. XXI. 2/3).

= LEBELL i VESESCO opisali przypa-
dek wścieklizny u 6-cioletniego dzie-
cka, zakończony pomyślnie. Wszystkie
objawy typowe choroby były rozwinię-
te bardzo wyraźnie, gdy czwartego dnia
po ukazaniu się pierwszych objawów
nastąpiło wyraźne polepszenie, tak, że 11
dnia chory poddany został dalszemu le-
czeniu metodą PASTEUR'a. (Po co?). L.
i V. wyłączają zapalenie opon mózgo-
wych lub rdzeniowych lub autosugge-
styę i sądzą, że pomyślnie zejście za-
wdzięczają swej wzmocnionej metodzie
lecniczej. Rozcierają oni rdzenie ja-
dowite nie w wodzie lub w bulionie, lecz

w wyjałowionej przy 80° emulsji rdze-
ni i mózgów jadowitych. Jad ginie w
takiej emulsji już przy 50° — 60°, ale
posiada ona za to wyraźny, choć niezbyt
silny wpływ uodparniający. (Ann. de
l'Inst. Past. 1895. str. 892).

= CAMBIER i BROCHET podnoszą za-
lety dezynfekcyi aldehydem mrówko-
wym. Wyborne wyniki otrzymuje się
zwłaszcza wtedy, gdy w celu wywiąza-
nia aldehydu używać wytworów niezu-
pełnego spalania alkoholu metylowego
w specjalnej *od hoc* urządzonej lampie.
Do wyjałowienia przestrzeni 20 litrów
wystarczy spalenie 0,66 grm. alkoholu!
(Centr. f. Bakt. XIX. N. 9 i 10).

= Jak wiadomo, w hodowlach mie-
szanych z aerobami rozwijają się anae-
roby nawet w przystępie powietrza. PA-
STEUR sądził, że dzieje się to wskutek
pochłaniania tlenu przez aeroby. KE-
DROWSKI dowodzi przy pomocy doświad-
czeń, że tak nie jest, a omawiane zjawi-
sko polega na tem, że bakterie aerobo-
we wydzielają przy swym rozwoju jakiś
ferment, dzięki któremu odbywa się roz-
wój i anaerobów. (Zeit. f. Hyg. XX.
N. 3).
Z.

Wiadomości bieżące.

— Śmiertelność w Warszawie
w ciągu ubiegłych miesięcy letnich była
bardzo wysoka: w lipcu 22,5‰, w sier-
pniu przeszło 33‰, a we wrześniu oko-
ło 29‰, przewyższyła więc znacznie
śmiertelność w odpowiednich miesiącach
roku zeszłego, a tembardziej była wy-
soka wobec pomyślnego stanu zdrowo-
tnego w ciągu miesięcy wiosennych.
Główną przyczynę tak wielkiej śmiertel-
ności stanowiły i dotąd stanowią choro-
by zakaźne ostre, przedewszystkiem
szkarlatyna w bardzo groźnej postaci
i biegunka krwawa. Liczne również wy-
darzają się obecnie przypadki odry i ko-
kluszu; często widzimy także tyfus
brzuszny, rzadziej tyfus wysypkowy.

J. K.

— Od kol. ALCHIMOWICZA otrzymuje-
my zawiadomienie, iż w osadzie Sokoły,
Łomżyńskiej gubernii, wakuje miejsce
dla lekarza, wskutek przejścia kol. AL-
CHIMOWICZA na posadę rządową. Bliż-
szych wiadomości udzielić może sam
kol. ALCHIMOWICZ lub miejscowy apte-
karz p. Kulesza.

— Zmarli. D-r med. Zygmunt
DOBIESZEWSKI, długoletni lekarz
praktykujący w Maryenbadzie. Ś. p.
DOBIESZEWSKI był wychowalcem b.
akademii medyko-chirurgicznej w
Warszawie; przez czas pewien re-
dagował czasopismo „Klinika“, or-
dynując równocześnie w szpitalu
na Pradze.

Sprostowanie. W N. 37 „Medycyny“, na str. 878 w wierszu 24 od dołu: zamiast
roztwór 10 do 20%—winno być 1 do 2%.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава 12 Сентября 1896 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.