

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TRZEŚC. **Prace oryginalne.** Czwarty przyczynek do nauki o zбочeniach mowy, przez d-ra W. Ołtuszewskiego. (Ciąg dalszy). — O ciałach obcych metalicznych w oku, napisał B. R. Gepner (syn). (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 113. O sztucznej antytoksynie błonliczej. 114. Leydenia gemmipara, — nowa, w puchlinie brzucha człowieka żywego znaleziona, podobna do ameby korzenlonózka. — Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b. (Dokończenie). — Wystawa higieniczna. — **Odcinek.** Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich, podał K. Biernacki. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-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 métalliques 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 zбочeniach mowy,

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

przez d-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 39).

Doniosłego znaczenia dla logopatologa, neurologa, a w szczególności otyatry są przypadki głuchoty wyrazowej, a mianowicie jednej z jej postaci, tak zwanej głuchoty wyrazowej pozakorowej, zależnej od zmian w uchu wewnętrznym lub średnim (głuchota wyrazowa pozakorowa). Przypadki te, zbliżone zupełnie, jak to wykazał FREUND, do głuchoniemoty z zachowanymi resztkami słuchu, wyróżniają się od zwykłej głuchoty wyrazowej tem, że chorzy rozumieją niektóre słowa, szczególnie pewne szeregi znanych uprzednio nazw, a nawet często mogą je powtarzać; od zupełnej zaś głuchoty różnią się możliwością wyróżniania szmerów i tonów. BLEULER objaśnia przypadki głuchoty wyrazowej pozakorowej tem, że dla percepcji tonów i szmerów artykulacyjnych istnieje daleko więcej skomplikowany mechanizm, aniżeli dla odczuwania zwykłych tonów, szmerów i melodyi, że więc przy zachowaniu odczuwaniu tych ostatnich mowa może być niepojmowana. Poznanie niemoty pozakorowej ważne jest pod względem teoretycznym i praktycznym. Pod względem teoretycznym wnosi ono do etyologii tak zwanej

niemoty czuciowej podkorowej bardzo ważny moment, a mianowicie stan słu-  
chu; pod względem zaś praktycznym, dzieciom głuchoniemym z zachowane-  
mi resztkami słuchu daje możność przywrócenia zarówno rozumienia mowy,  
jakoteż używania mowy samodzielnej, a to na tejże samej zasadzie, na jakiej  
lecymy niemoty korowe. To samo w zupełności dotyczy osób starszych  
z częściowymi zmianami błędnika lub ucha średniego.

Z całego szeregu spostrzeganych tego rodzaju przypadków pozwolę so-  
bie przytoczyć następujące:

Bes. lat  $3\frac{1}{2}$ . W rodzinie dwoje dzieci, on starszy. Mając 11 miesięcy,  
uderzył się bardzo mocno w głowę. W 3 tygodnie po uderzeniu wystąpiła  
jakaś choroba mózgową z drgawkami, połączona przez 11 dni z utratą przy-  
tomności oraz przegięciem głowy ku tyłowi. Obecny stan następujący: chłop-  
czyk dość inteligentny; aczkolwiek mówi kilka słów, mowy jednak nie ro-  
zumie, pomimo to, że dobrze słyszy tony i szmery, jak np. dzwonięcie, kla-  
skanie w ręce i t. d. Badanie ucha wykrywa obustronne zajęcie błę-  
dnika.

Bor. lat 14. Trzeci z rzędu w rodzinie, składającej się z 7 prawidłowo  
mówiących dzieci. Mając 3 miesiące, przebywał zapalenie mózgu z drgawka-  
mi i od tego czasu słyszy dźwięki i szmery, ale słów nie rozumie. Chłopak  
dosyć inteligentny, samodzielnie mówi zaledwie parę słów, a niektóre łatwe  
słowa powtarza.

Następujące dwa spostrzeżenia głuchoty wyrazowej pozakorowej ilu-  
strują nam dodatnie wyniki stosowanych w tych razach zabiegów leczni-  
czych.

Sonia B., 10 lat licząca, pochodzi z rodziny, składającej się z 8 dobrze  
mówiących dzieci. Upośledzenie słuchu od dzieciństwa. Zaczęła bełkotli-  
wie mówić w początkach 3 r. Obecny stan następujący. Mowę rozumie  
w bardzo słabym stopniu, pomimo to, że często dobrze powtarza bez rozu-  
mienia znane sobie szeregi dźwięków. Samodzielna mowa mało zrozumiała  
i niewyraźna z powodu nieprawidłowo wytwarzanych dźwięków. Ograni-  
cza się ona zaledwie do kilkunastu potocznych słów, co zresztą pozostaje  
w związku z ubóstwem jej pojęć, biorącym źródło w upośledzeniu rozu-  
mienia mowy. Wyrosłe adenoidalne oraz obustronna *otitis media* ze zwężeniem  
trąbek EUSTACHIUSZ'a. Kol. MAJERSON usunął wyrosłe oraz zajął się le-  
czeniem uszu. Po czteromiesięcznym leczeniu, polegającym na wyrobieniu  
dźwięków oraz pamięci słownych łącznie z pojęciami, dziewczynka, pomimo  
bardzo słabej poprawy słuchu, mowę rozumiała zupełnie dobrze, a w grani-  
cach swej inteligencji, która znakomicie się rozwinęła, samodzielnie mówiła  
w sposób zupełnie prawidłowy.

W przypadku tym obok zwykłego upośledzenia słuchu mieliśmy po za-  
korową postać głuchoty wyrazowej, która pod wpływem leczenia w zu-  
pełności ustąpiła.

Szmul Szm. 12 lat liczący. W rodzinie 7 dzieci prawidłowo mówiących,  
on drugi. Do 3 lat mówił dobrze. Około tego czasu przebył jakąś choro-  
bę mózgową, połączoną w początkach z drgawkami, a trwającą rok czasu,  
wskutek której utracił mowę, jakoteż zdolność jej rozumienia, przyczem je-  
dnak tony i szmery wyróżniał. Dopiero od lat 5 słuch zwolna zaczął się po-  
prawiać. Badanie ucha przez kol. MAJERSONA dało wynik następujący. Ucho  
prawe: błona bębenkowa wciągnięta, odbłasku świetlnego niema; zegarka nie  
słyszy przy uchu, ani też przy wyrostku sutkowym; próba RINNE'go daje

wynik ujemny, szeptu nie słyszy, przewodnictwo kostne zniszone. Ucho lewe: błona bębenkowa mniej wciągnięta, odbłask świetlny niewyraźny, zegarek słyszy w odległości jednego centymetra od ucha, jak również przy zbliżaniu go do wyrostka sutkowego; próba RINNE'go daje wynik dodatni; szept słyszy w odległości dwóch stóp. Przy próbie WEBER'a słyszy kamerton w uchu lewym. Chłopak zupełnie inteligentny, słyszy dźwięki, szmery i melodye, mowy jednak nie rozumie. Oddzielne dźwięki (z wyjątkiem niektórych), jak również słowa, szczególnie te, których dźwięki są mu znane, powtarza dobrze. Samodzielnie mówi kilka słów. Leczył się tylko przez miesiąc i w ciągu tego czasu zrobił znakomite postępy, a mianowicie nauczył się wszystkich dźwięków, oraz rozumiał, jakoteż samodzielnie mówił kilkadziesiąt wyrazów. Przerwanie leczenia, zapowiadającego jaknajlepszy wynik, uniemożliwiło dalsze spostrzeżenie.

Przypadek ten należy również do kategorii głuchoty wyrazowej pozakorowej, uwarunkowanej zmianami w uchu średnim i wewnętrznym.

Ciekawy przykład częściowego zaburzenia pamięci liter przedstawia następujący przypadek d y z l e k s y i.

Włodzimierz J. lat 13, pochodzi z rodziny, której wuj i babka podlegali obłądowi. Rodzeństwo, złożone z 4 dzieci, zupełnie zdrowe. Zaczął chodzić i mówić we właściwym czasie, a pod względem intelektualnym rozwijał się prawidłowo. Przy rozpoczętej nauce czytania matka zauważyła u chłopca znaczne trudności przy poznawaniu liter do tego stopnia, że dopiero zaledwie po rocznej pracy zaczął składać po dwie litery. Obecnie, oprócz nadzwyczajnych trudności przy czytaniu, sfera jego umysłowa żadnych zбочeń nie przedstawia, a w szkole jedyną przeszkodą jego postępów są omawiane trudności przy czytaniu. Po miesięcznych ćwiczeniach, skierowanych ku wzmocnieniu pamięci liter, chłopak zaczął zupełnie dobrze sylabizować, a nawet przy próbach czytania zauważyć się dawała bardzo duża poprawa. Mamy nadzieję, że, jeśli nadal wskazane leczenie kontynuować będzie, dojdzie do prawidłowego czytania.

Z 6-ciu przypadków niemoty u dorosłych, dwa należały do kategorii niemoty ruchowej, dwa do czuciowej, jeden do niemoty pozakorowej, wreszcie jeden przypadek przedstawiał głuchoniemotę. Poniżej zamieszczam opis wszystkich 5 przypadków niemot u dorosłych, stwierdzający słusność mego podziału niemot, podanego w przyczynku zeszłorocznym, oraz uzasadniający, że dotychczas przyjmowane przez różnych autorów szematy niemot nie są wystarczające w praktyce przy ich rozpoznawaniu.

Rosz. lat 80. Po raz pierwszy widziałem chorą wspólnie z kol. KOZERSKIM i GAJKIEWICZEM w październiku 96 r. W marcu 95 r. przebywała na pad apoplektyczny, połączony z utratą przytomności przez 3 dni, oraz bezwładem prawej kończyny górnej, który powoli prawie w zupełności ustąpił. Mowa parafatyczna, która nastąpiła zaraz po wróceniu chorej do przytomności, oraz brak rozumienia mowy istnieją dotychczas i pod tym względem nie zauważono żadnej prawie poprawy. Stan obecny następujący. Chora przygnębiona, okazuje wielką skłonność do mówienia. Samodzielna mowa parafatyczna, niesłuchanie mały stopień rozumienia mowy, powtarzanie prawie prawidłowe, zupełna aleksya co do słów, pamięć zaś liter nieco zachowana; to samo dotyczy pisma; kopiowanie oraz rozpoznawanie figur matematycznych zachowane w bardzo słabym stopniu.

W przypadku tym nieznaczna zmiana organiczna w ośrodku słuchowym wywołała osłabienie pamięci słuchowej, wyrażające się parafazyą i utrudnieniem samodzielnego pobudzenia ośrodka słuchowego. Możliwość powtarzania dowodzi również osłabienia jego działalności, gdyż oddziaływał jedynie na pobudzenie obwodowe. Przypadek ten, należący do kategorii niemoty czuciowych, zbliża się do tak zwanej uprzednio transkortykanej niemoty czuciowej.

Hipolit H. lat 52 liczący. Przed dwoma laty przebywał napad apoplektyczny z krótkotrwałą utratą przytomności, połączony z utratą mowy samodzielnej, oraz niewielkiego stopnia porażeniem prawej kończyny górnej, przyczem mowę podobno rozumiał. Trwało to 6 tygodni, poczem powoli zaczął mówić parafatycznie. Łącznie z parafazyą wystąpiła aleksya i agrafia, trwające 3 miesiące. W pół roku po pierwszym napadzie podczas kąpieli w Nauheim miał miejsce drugi, również z utratą przytomności i samodzielnej mowy przez 3 tygodnie z następczą parafazyą. Atak ten, podobnie jak pierwszy, połączony był z agrafią i aleksyą, które dotychczas pozostają bez żadnej zmiany. Stan obecny następujący. Rozumienie mowy prawie zupełnie zniesione, brak powtarzania z wyjątkiem bardzo prostych wyrazów dwusylabowych, mowa samodzielna parafatyczna, zupełna agrafia i aleksya. Pamięć względem wrażeń zarówno świeżo otrzymanych, jakoteż i dawnych prawidłowa; naśladownictwo bez mowy zachowane; percepcya, apercepcya oraz rozpoznawanie prawidłowe (o ile, rozumie się, nie wchodzi tu w grę akt mowy); kombinacje bez zmiany. Chory ten, skierowany do mnie przez kol. HERYNGA, wkrótce ma się poddać leczeniu.

Przypadek ten zaliczam do niemoty czuciowej, bardzo nieznacznie ustępującej, gdyż, aczkolwiek w niezmiernie małym stopniu, rozumienie mowy wraca.

Leib L. lat 51, zgłosił się 15 XII. 1895 r. Przed 5 tygodniami przechodził napad apoplektyczny, połączony z niedowładem prawej połowy ciała oraz utratą przytomności. Przez cały dzień nie rozumiał mowy, poczem, lubo rozumienie mowy powróciło, samodzielnie nic mówić nie mógł. Obecny stan następujący. Mowa samodzielna zniesiona, p o w t a r z a n i a z a c h o w a n e, pismo żydowskie rozumie, pojedyncze głoski, szczególnie żydowskie, pisze dobrze, daleko już gorzej rosyjskie, wyrazy żydowskie pisze po większej części prawidłowo, rosyjskie zupełnie źle, cyfry i liczby poznaje dobrze oraz prawidłowo wykonywa dodawanie i odejmowanie, daleko już gorzej mnożenie i dzielenie; pamięć ogólna, percepcya i apercepcya bez zmiany. Język zbacza jeszcze nieco na lewo, pierwotny zaś niedowład prawostronny ustąpił prawie w zupełności.

W przypadku tym mieliśmy tak zwaną uprzednio niemotę transkortykalną ruchową, wedle zaś naszego zapatrywania, osłabienie działalności ośrodka ruchowego, uwarunkowane prawdopodobnie nieznaczną zmianą organiczną, która spowodowała, iż pamięć ruchowa czynna była zniesiona, a ośrodek ruchowy oddziaływał jedynie na podniecie obwodową (powtarzanie).

Szarf. lat 30, skierowany do mnie przez kol. J. FRENKLA, zgłosił się 18. II. 1896 r. Przed 14 tygodniami przebywał różę głowy, która trwała dni 10. Czwartego dnia choroby nastąpiła utrata przytomności przez dni 6, poczem gorączka spadła, przytomność wróciła, ale, pomimo rozumienia mowy, mowa samodzielna nie była zrozumiała przez dni 10. Stan ten powoli, szcze-

gólnie w ostatnich czasach zaczął się poprawiać. Obecnie przeszkoda w mowie polega jedynie na braku dokładnego artykulowania niektórych dźwięków oraz pewnej trudności w przypominaniu sobie wyrazów. Chory czyta i rozumie pismo, a inteligencya jego nie przedstawia żadnych zbroczeń.

Przypadek ten zaliczam do kategorii czynnościowego osłabienia pamięci ruchowej, poczęści słuchowej, wyrównywanego się siłami przyrody.

Poniżej załączone spostrzeżenie należy do kategorii niemoty pozakorowej.

Zofia N. lat 22. W rodzinie 8 prawidłowo mówiących dzieci, ona piąta. Zaczęła mówić, mając rok, a chodzić wcześniej. W trzecim roku przebywała zapalenie opon mózgowych i chorowała 3 tygodnie. Następstwem tej choroby była utrata rozumienia mowy, a powoli zapominanie i mowy samodzielnej do tyła, że po jakimś czasie nic już nie mówiła. Pomimo utraty rozumienia oraz mowy samodzielnej, dziewczyna posiadała jakieś resztki słuchu, gdyż matka nauczyła ją czytać. Obecnie nie rozumie mowy, a mowa samodzielna ogranicza się do niewielkiej ilości słów, dość niezrozumiale wygłaszanych. Chora skończyła 3 klasy instytutu głuchoniemych w Warszawie. Dźwięki i szmery słyszy chora jedynie uchem prawem, co pozwala jej odróżniać niektóre samogłoski i powtarzać niektóre łatwiejsze wyrazy. Oprócz tego w uchu średnim prawem przed i za młotkiem znajdujemy złogi wapienne i zgrubienia bliznowate. Ucho lewe przedstawia zupełną głuchotę (*Labirynthtaubheit*).

Opisany przypadek głuchoty wyrazowej pozakorowej nadawałby się w zupełności do leczenia, gdyż, wzmacniając pamięć słuchową przy pomocy resztek zachowanego słuchu, moglibyśmy przywrócić zarówno rozumienie mowy, jakoteż samodzielne jej używanie.

(C. d. n.).

## O ciałach obcych metalicznych w oku,

napisał B. R. GEPNER (syn).

(Dokończenie.—Zob. N. 39).

2) Pecarz Aleksy, lat 24, ślusarz; przybył do Instytutu Oftalmicznego w dniu 14 stycznia r. 1894, opowiadając, że dwa dni temu przy robocie uderzony został w oko lewe odłamkiem żelaza, który odskoczył z pod dłuta. Przy oględzinach znalazłem stan następujący. Oko lekko podrażnione, łzawiące. W południku poziomym w białkówe, tuż przy brzegu rogówki rana na dwa mm. długa, nieco otwarta, w niej mały skrzep krwi i nieco czarnego barwnika. Wokoło naczyń łącznicowe i podłącznicowe nastrzyknięte, najbliższa część rogówki lekko zmętniała. Żrenica oddziaływa na światło i akomodację. Przy pomocy wziernika widać męt w ciałku szklistem, idący od rany ku tarczy nerwu, a wśród niego bliżej rany drobniutkie pęcherzyki powietrza. Tuż przy tarczy nerwu między tętnicą i żyłą skroniową górną siat-

kówki widać dokładnie maleńkie ciało obce, wbite w siatkówkę, otoczone lek-  
kim męttem w ciałku szklistem.  $V. o. l. \frac{5}{36}$ . Tegoż samego dnia przystąpi-  
łem do operacji, która, jak poprzednia, wykonana została pod kokainą. Przez  
cięcie w białkównce, przeprowadzone w ten sam sposób, co i w poprzednim  
przypadku, wprowadzony został długi cienki koniec elektromagnesu w kie-  
runku ku tarczy nerwu. Długi czas nie było słyhać uderzenia ciała obcego  
i już miałem cofnąć narzędzie po upływie 20 do 30 sekund, gdy dźwięk ten  
usłyszałem. Na końcu magnesu po wydobyciu go trzymało się maleńkie ciało  
obce, wagi nieco większej nad 1 mlgr. Szew na łącznicę, opatrunek jak  
w pierwszym przypadku. We dwa dni oko bez podrażnienia. Chory, jak  
twierdzi, widzi dobrze. W dniu 25. I. pierwszy raz po operacji badałem oko  
wziernikiem. W miejscu, gdzie było utkwione ciało obce, maleńki krwotok.  
W jamie środkowej siatkówki (*fovea centralis*) ciemno-wiśniowa plama, a siat-  
kówka w tem miejscu lekko zmętniała.  $V = \frac{5}{30}$ , przy patrzeniu nieco w bok.  
Sn D = 2,50 zaledwie. Środkowo położony brak w polu widzenia. Ciało  
szkliste bez mętów.

Zmiany w środkowej części siatkówki w przypadkach ciała obcego w oku  
są znane i opisywane. Skąd jednak powstały one w tym przypadku, w któ-  
rym w siatkównce była tak mała rana, trudno pojąć. Nie jest to miejsce pier-  
wotnego uderzenia ciała obcego, gdyż byłbym je dostrzegł przy pierwiastko-  
wym badaniu, a ciało obce odbite nie uwięzłoby, po odbiciu się, nieopodal  
w siatkównce, lecz opadłoby do ciała szklistego. Skłonny jestem przypuścić,  
że za głęboko wprowadziłem zakończenie magnesu i dotknąłem nim siat-  
kówkę.

Chory opuścił Instytut tegoż samego dnia. Odtąd widziałem go tylko raz  
jeden dnia 15. X. 1895, czyli w 21 miesięcy po operacji. Oko bez podrażnie-  
nia i nigdy od czasu operacji nie bolało. Ciało obce czyste. W miejscu, gdzie  
ciało obce było utkwione, ani śladu jakichkolwiek zmian; w jamie środkowej  
siatkówki drobniutkie punkciki białawe i brunatnawe.  $V. o. l. \frac{5}{12-10}$ . Sn 0,8  
z pewną trudnością. Braku w polu widzenia nie udaje się wykryć. P. twier-  
dzi, że gdy tem okiem czyta, litery wydają się mu bledsze.

3) Bach Jan, lat 40, robotnik kanalizacyi, przybył do Ambulatoryum  
Instytutu w dniu 12. IV. 93. z raną oka prawego w białkównce, tuż przy brze-  
gu rogówki od wewnątrz w południku poziomym. W ranie wypadnięta tę-  
czówka. Rogówka czysta, źrenica przeciągnięta ku ranie. Przy oświetleniu  
bocznem widać spore ciało obce u obwodu soczewki. W ciele szklistem dość  
śnacznym krwotok. Ponieważ w Instytucie nie było miejsca wolnego dla przy-  
zęcia chorego, musiałem operację wykonać ambulatoryjnie. Przy zachowaniu  
zwykłych ostrożności, wypadnięta tęczówka została obcięta nożyczkami WE-  
CKER'a, a po przemyciu rany przyłożone zostało do niej najgrubsze zakończe-  
nie elektromagnesu, ale ciało obce, widocznie dość długie i położone poprze-  
cznie, nie mogło wyjść przez ranę. Okazała się potrzeba rorszerzenia rany,  
przyczem żelazo nieco się opuściło. Po wprowadzeniu zagiętej nasady elek-  
tromagnesu zaledwie na kilka milimetrów do wnętrza oka, dało się słyszeć  
uderzenie i wydobyty został bez utraty ciała szklistego podłużny kawałek że-  
laza wagi 30 mlgr. Oddzieliłem łącznicę po bokach rany i złączyłem ją szwem  
jedwabnym po nad nią. Bandaż jednooczny. Chory otrzymał polecenie le-

żenia w domu i przychodzenia do opatrunku co drugi dzień. Gdy w dniu 28. IV. 93. opaska została zdjęta, chory więcej się nie pokazał. W tym dniu zanotowano: Rana zagojona, w ciele szklistem ślady krwotoku.  $V = \frac{1}{4}$ . Stan prawdopodobnie został utrzymany i nadal, jeśli się nawet nie poprawił, gdyż inaczej chory z pewnością zgłosiłby się po radę.

#### B. Ciało obce w soczewce.

4) 5) Dębiński Edmund, ślusarz, lat 31 liczący, przybył do Instytutu Oftalmicznego w dniu 4. IV. 1892. Dwa dni temu uderzony został w oko prawe odłamkiem żelaza, który uwiązał w soczewce. Oko lewe utraciło wzrok skutkiem podobnego wypadku 5 lat temu; wśród zmętniałej soczewki widać w niem płaskie, jakby ziarniste ciało obce. W prawej, której zmętnienie dopiero się zaczyna, odłamek żelaza tkwi w górnej części. Obydwa weszły przez rogówkę.

W dniu 8. IV. przystąpiłem do wydobywania ciała obcego z soczewki lewej. Cięcie w rogówce wykonałem lancą u obwodu; irydektomia, w wyciętej części uchwycona została i blizna w tęczówce, przez przejście ciała obcego spowodowana. Torebkę soczewki rozerwałem szczypczykami WICHERKIEWICZA, poczem wprowadziłem najcieńsze zakończenie elektromagnesu, ale, pomimo przysunięcia go do samego ciała obcego, uchwycić go nie mogłem. Przy wydobywaniu następczem zmętniałej soczewki, ciało obce opuściło się w ciało szkliste. Jeszcze raz starałem się je uchwycić, wprowadzając elektromagnes nieco w głąb oka, ale bezskutecznie. Nieznaczna utrata ciała szklistego. Wy-  
nik ostateczny: ostrość widzenia  $\frac{1}{8}$  ze szkłem + 10,0 D. W tym przypadku ciało obce widocznie nie było żelazne, albo, co jest mniej prawdopodobne, przez czas uległo takiemu utlenieniu, że nie mogło być pochwycone przez elektromagnes. Objawów znacznego podrażnienia w ciągu pobytu chorego w Instytucie (dwa miesiące) nie było.

Gdy soczewka oka prawego zmętniała, wykonana została operacja zaćmy; tutaj wydobyto bez trudu kawałek stali wagi 10 mlgr.  $V = \frac{5}{8}$ .

6) Walenta Karol, lat 37, majster tkacki. Ciało obce z górnej części soczewki oka lewego wydobyłem przez cięcie w rogówce. Po wydobyciu zaćmy  $V = \frac{1}{3}$ . Waga ciała obcego 12 mlgr.

7) S. lat 5 liczący, syn młynarza, przyglądając się nabijaniu kamieni młyńskich, uderzony został w oko odłamkiem stali. Zaćma urazowa, w niej widać ciało obce. W maju r. b. wykonałem operację zaćmy bez irydektomii, przy której maleńki kawałek stali wydobyłem elektromagnesem. W dwa dni po operacji nastąpiło wypadnięcie tęczówki, bardzo silne zapalenie tej błony, zakończone zarośnięciem źrenicy (*occlusio pupillae*).

#### C. Ciało obce jednym końcem w rogówce, drugim w tęczówce.

8) S. mechanik, uderzony został w oko prawe wiórem żelaznym i natychmiast przybył do Instytutu Oftalmicznego. U brzegu rogówki rana płato-wa, przykrywająca długie na parę milimetrów ciało obce, które drugim końcem tkwiło w tęczówce, na której widać było mały skrzep krwi. Odsłoniwszy płat rogówki, zbliżyłem do rany najgrubsze zakończenie elektromagnesu i ciało obce wagi 15 mlgr. wydobyłem (7. VI. 1896). Zagojenie bez powikłań.

D. Wzrok stracony, pomimo wydobycia ciała obcego z głębi oka.

9) Wroński Walenty, lat 33, kowal. Rana oka u brzegu rogówki. Ciało obce przebiło tęczęwkę u obwodu i, minąwszy soczewkę, przeniknęło do głębi oka. Znaczne podrażnienie oka, obrzęk łącznicy; na dnie komory przedniej osad ropny. Uczucie światła. Szczegółów dna nie widać. Przez cięcie w białkówce wydobyłem ciało obce wagi 20 mlgr., co jednak nie powstrzymało dalszego rozwoju ropnia w ciałku szklistem. Wywiązało się ropne zapalenie całej gałki (*panophthalmitis*); na wyłuszczenie oka chory się nie zgodził.

10) Lückendorf Władysław, lat 27, ślusarz, przybył do Instytutu Oftalmicznego d. 23 stycznia r. 1894, w dwadzieścia godzin po przebicium oka lewego kawałkiem żelaza, który przeniknął przez szeroką ranę w rogówce, połączoną z rozerwaniem tęczęwki i soczewki. Obrzęk łącznicy, ropa w przedniej komorze, zaćma urazowa; światłowstręt, bóle rzęskowe. Niepewne uczucie światła. Bez nadziei uratowania wzroku, ale w celu zmniejszenia objawów zapalnych, przez cięcie w białkówce wydobyłem duży kawałek stali wagi 245 mlgr. Objawy zapalne posuwały się dalej i oko musiało być wyłuszczone.

11) Deeg Grzegorz, lat 36, kotlarz, przybył w dniu 15 maja r. b. w dwa dni po otrzymaniu rany w oko lewe w czasie pracy. Rana w białkówce 4 mm. długa, z niej wydobywa się zropiałe ciało szkliste. *Iritis*. Zmętnienie ciała szklistego i krwotok w niem. W zewnętrznej części dna oka szerokie rozdarcie naczyńki. Ostrość wzroku niżej  $\frac{1}{10}$ . Ciała obcego wyraźnie nie widać, ale spodziewać się należy jego obecności w okolicy rozdarcia naczyńki. Przez cięcie w białkówce wydobyłem płaski kawałek żelaza długości 13, szerokości 5 mm., z ostrymi końcami, wagi 90 mlgr. Nie powstrzymało to jednak utworzenia się ropnia w ciałku szklistem.

Z tych 11 przypadków w sześciu ciało obce znajdowało się w głębi oka, w czterech w soczewce, w jednym w komorze przedniej. Wydobyte zostało w 10-iu przypadkach. Wzrok został zachowany w 3-ch przypadkach pierwszej kategorii, w trzech drugiej, w jednym trzeciej. Raz wydobycie nie udało się.

W tych dniach robiłem próbę wydobycia ciała obcego z głębi oka w przypadku, w którym przebiło ono rogówkę i soczewkę, ale, z powodu bardzo znacznego zmętnienia ośrodków oka, nie było widoczne. Wobec bardzo silnego podrażnienia oka i objawów zakażenia, wprowadziłem elektromagnes przez cięcie w białkówce w kierunku przypuszczalnego umiejscowienia odłamka. Pomimo dwukrotnego wprowadzenia, ciała obcego nie znalazłem. Przy operacji wyszła nieznaczna ilość ciała szklistego.

Staralem się w niniejszej pracy przedstawić rodzaje obrażeń, jakim oko przez ciała obce uleść może, omówiłem przytem sposoby ich rozpoznawania i leczenia.

Pozostaje jeszcze wspomnieć o ochronie oczu od tych wypadków, tak zgubne nieraz mających następstwa. Że przy obrabianiu metalów, odskakiwanie odłamków jest nieuniknione, mówić o tem niepotrzeba: gdzie drwa rąbia, tam wiory lecą; osłona warsztatu jest niemożliwa; pozostaje więc starać się o osłonę samych oczu. Że o tem wiele już myślano, świadczy wielka liczba rodzajów okularów ochronnych, a przepisy fabryczne nakazują robotnikom roszczenie ich przy pracy. Zdawało by się, że pracujący przy obrabianiu metalów, doskonale znając częstość obrażeń ocznych przez odłamki odskaku-

jące, powinnyby w imię własnego interesu przepisy te zachowywać. Tymczasem jest całkiem przeciwnie. Każdemu robotnikowi, któremu ciało obce z rogówki wyjmuję, wskazuję konieczność noszenia okularów przy pracy; otrzymuję na to odpowiedź, że w okularach źle pracować, że się mniej widzi, że przy pracy blisko ognia oczy rozparzają się i bolą, że same okulary rozgrzewają się i potnieją i t. d., a w tych zarzutach jest wiele prawdy. Używane częściej u nas okulary ochronne są niewystarczające i niepraktyczne; należą one do trzech typów: 1) okulary szklane muszlowe; 2) okulary z siatki drucianej bez szkła i ze szkłem, w postaci koszyczków na gumowych sznureczkach, i rzadziej 3) okulary mikowe. Niestety, każdemu z tych rodzajów można coś zarzucić. Okulary szklane muszlowe, o ile są z dobrego materiału wykonane (a są wtedy drogie), mogłyby chronić wcale nieźle od drobnych opilek, ale uderzenia większych odłamków nie wytrzymują; oprócz tego bardzo nieprzyjemne i przeszkadzające przy pracy jest w nich połyskiwanie wewnętrznej powierzchni, co się nie daje tak odczuwać przy szklach płaskich. Tanie, tandetne okulary muszlowe, najczęściej używane, są zrobione ze złego szkła, pełnego skaz i baniek powietrza, szkodliwych dla wzroku, i bardzo szybko się matują i rysują. Siatka drucziana chroni oko dość dobrze, jeśli ma niezbyt wielkie oka, ale może być używana tylko tam, gdzie nie potrzeba bardzo dokładnego widzenia przedmiotów; przytem bardzo łatwo rdzewieje, co także patrzeniu przez nią przeszkadza. Okulary siatkowe szklane za ściśle przylegają do oka, wywołując bardzo łatwo rozparzanie się oka. Mikowe są zamało przezroczyste, pełne skaz, łatwo się psują, najwięcej ze wszystkich utrudniają dobre widzenie, co zmniejsza tę ich zaletę, że się nie tłuką i mało rozgrzewają.

W tegorocznym kwietniowym zeszycie „Archiv für Augenheilkunde“ d-r HILLEMANN podaje opis okularów ochronnych, które wydają mi się najbardziej odpowiadającymi celowi ze wszystkich dotychczas znanych. Zrobione są one z siatki z cienkiego drutu cynkowanego, a więc mniej łatwo rdzewiejącego, o okach 0,7 mm. mających, w której osadzone są szkła okularowe owalne płaskie, ze szkła grubości 4 do 6 mm., albo z kryształu grubości 4 mm., o średnicy 30 przez 42 mm. Brzeg całego przyrządu osyty jest skórą, tak, że nie ugniata twarzy, której znaczną część osłania, a trochę wypukły kształt okularów i wygięcie u góry dozwalają na swobodny dostęp powietrza i zabezpieczają oko od rozparzania się. Przyczepiają się one zapomocą dwóch tasiemek na około głowy, a, jak sam sprawdziłem, trzymają się dobrze. Przytem nie są ciężkie, ważą bowiem 38 gr., i nie zbyt drogie, sztuka pojedyncza 1 markę 40 fenigów kosztuje, a w większej ilości taniej. Wyrabia je optyk Olland junior w Utrechcie. Tam gdzie już zostały wprowadzone, zyskują sobie coraz większe uznanie. Jeden egzemplarz takich okularów ochronnych złożyłem w sekcji Rzemiosł Warszawskiego Oddziału Tow. Pop. Przemysłu i Handlu, dokąd ciekawych odsyłam.

Wobec wielu braków, jakie posiadają inne okulary ochronne, powinniśmy starać się wprowadzać do warsztatów i fabryk typ d-ra HILLEMANN'S'a. Jest on ulepszeniem typu, wprowadzonego przed kilku laty w głównych warsztatach kolejowych w Nippes pod Kolonią; po pięcioletniem użyciu tych okularów nie zaznaczono tam ani jednej utraty oka, gdy przedtem corocznie kilka oczu padało ofiarą obrażeń\*). To świadectwo ma wartość praktyczną.

\*) HILLEMANN, l. c.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

113. G. SMIRNOW. **O sztucznej antytoksynie błoniczej.** SMIRNOW, wychodząc z inicjatywy i myśli prof. NENCKIEGO, że wszystkie czynności fizyologiczne w żywym ustroju sprowadzają się do spraw utleniania i odtleniania i że bakterye też same zmiany wywołują w ośrodkach odżywczych, na których się rozwijają, przedsięwziął szereg doświadczeń w celu otrzymania surowicy leczniczej z surowicy normalnej, posilując się jednym ze sposobów utleniania lub odtleniania. W tym celu S. zastosował elektrolizę. Jednakże próby z surowicą normalną nie doprowadziły do pożądaných wyników; wtedy S. poddawał temuż działaniu surowicę, zawierającą jad błoniczy, a następnie hodowle bulionowe laseczników błonicy. Pod wpływem prądu stałego płyny te rzyły tylko, że utracaly pierwotną swoją jadowitość, lecz nabierały własności leczniczych.

W podobny sposób otrzymanymi toksynami S. leczył króliki i świnki morskie, zarażone hodowlą laseczników błonicy, nawet w późnych okresach tej choroby. Dalsze badania wykazały, że dla każdego gatunku zwierząt, jak i okresu choroby antytoksyny muszą być otrzymywane cokolwiek odmiennie. Antytoksyny dla królików wymagały dłuższej elektrolizy, niż dla świnek morskich; również w początkowych okresach choroby skuteczniejszymi okazały się antytoksyny, poddawane działaniu prądu stałego w przeciągu dość długiego czasu, w późnych okresach — odwrotnie. Nakoniec S. stwierdził, że ilość produktów ubocznych t. j. kwasów i zasad, wytwarzających się na biegunach, jest w ścisłym związku ze stopniem własności leczniczych antytoksyny.

Wnioski te, wysnute z pierwszych prac autora, nie wyjaśniały w zupełności danej sprawy. Sama sprawa wytwarzania antytoksyny nie była zrozumiałą, z tego powodu nie można było przewidzieć własności leczniczych otrzymanego produktu. Antytoksyny S. otrzymywał to słabsze, to silniejsze, oprócz tego nie były one pozbawione domieszek substancji trujących. Zastrzyknięte w większych dawkach okazywały się szkodliwymi dla świnek morskich. Nakoniec doświadczenie wykazało, że po upływie dłuższego czasu utracaly one swe własności lecznicze.

Przystępując do dalszych badań, S. miał na uwadze wyjaśnienie warunków niezbędnych do otrzymywania antytoksyn o jednakowej sile i jednakowych własnościach. Do badań swoich S. używał 4—6 miesięczne bulionowe toksyny błonicze, cokolwiek osłabione, które pod wpływem elektrolizy dawały antytoksynę o wiele skuteczniejszą i bardziej stałą pod względem własności leczniczych, aniżeli wówczas, gdy posilkował się świeżą i bardzo jadowitą hodowlą bulionową. Antytoksyna, otrzymana ze starych hodowli, była nieszkodliwą dla świnek, gdy antytoksyna ze świeżych hodowli wykazywała wyraźne działanie szkodliwe, co mogło zależeć od tego, że przy użyciu bardziej jadowitych toksyn nie cały jad podlegał zmianom, dzięki którym stawał się on środkiem leczniczym, albo podczas elektrolizy miało miejsce zmieszanie się produktów oddziaływania anody z takimiż katody, a wskutek tego i pewna zmiana w jej składzie chemicznym. Pierwsze przypuszczenie okazało się mało prawdopodobnym, ponieważ przy dłuższej elektrolizie otrzymana antytoksyna była mniej szkodliwą; aby więc zapobiedz zmieszaniu się cieczy, autor w rurce pod postacią litery U pomieszczał pod biegunem dodatnim wacik z waty hygroskopiowej i do doświadczeń brał tylko ciecz, znajdującą się nad nim.

Po długich i mozolnych badaniach udało się S. opracować metodę, ułatwiającą otrzymywanie antytoksyny i usuwającą niepożądane powikłania. Sprawa otrzymywania antytoksyny polega przede wszystkim na chlorowaniu t. j. na elektrolizie toksyn z 0,5% soli kuchennej i zapomocą elektrodów węglanych, uprzednio wygotowanych w kwasie solnym dla usunięcia zawartego w nich żelaza. Kiedy chlorowanie zbliża się ku końcowi, na biegunie dodatnim autor zmienia kilkakrotnie elektrodę węglaną na srebrną w celu usunięcia chloru; ponieważ umieszczony pod biegunem dodatnim wacik przeszkadza dopływowi alkalii ze strony bieguna ujemnego, przeto dodaje się niewielką ilość roztworu KHO w chwili zmiany elektrody węglanej na srebrną. W wyżej przytoczonych warunkach proces utleniania toksyn następuje po uprzednim chlorowaniu. Doświadczenie poucza, że siłą lecznicza antytoksyny zależy wyłącznie od czasu trwania chlorowania. Otrzymana w ten sposób antytoksyna ma odczyn alkaliczny i zawiera nieznaczną domieszkę rozpuszczalnych związków srebra, które łatwo można usunąć przez dodanie kwasu solnego i chlorku sodu.

S. podaje 12 spostrzeżeń stosowania antytoksyny u świnek morskich, zakażonych uprzednio hodowlą laseczników błonicy; wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie po wstrzyknięciu 0,5 do 1,0 ctm. sz. antytoksyny.

Antytoksyna, posiadając tak wybitne własności lecznicze, jest zarazem wolną od domieszki jadu, gdy wstrzyknięta w dawce 10-krotnej świnkom morskim jest zupełnie nieszkodliwą. Nie można tego powiedzieć o zwierzętach, zarażonych hodowlą laseczników błonicy, ponieważ nadmiar zastrzykniętej antytoksyny wywołuje dość często nacieczenie w miejscu zakażenia. Doświadczenia zaś na psach doprowadziły autora do wniosku, że dawka lecznicza antytoksyny nie jest proporcjonalną do wagi zwierzęcia. Wynika stąd, że w razie stosowania antytoksyny u ludzi, dawka jej nie będzie prawdopodobnie znaczna, a niewątpliwie mniejsza od stosowanej obecnie surowicy.

Czy antytoksyna ma przewagę nad surowicą przeciwbłonniczą, autor na to pytanie rozstrzygającej odpowiedzi nie daje. Początkowe okresy błonicy u świnek morskich, zakażonych 0,05 do 0,1 ctm. sz. hodowli bułtonowej laseczników błonicy, leczą się również dobrze i takimiż dawkami surowicy, jak i antytoksyny; co się zaś tyczy późnych okresów choroby, to antytoksyna stanowczo przewyższa surowicę, która po większej części okazała się nieskuteczną, i świnki morskie, otrzymawszy odpowiednie dla antytoksyny małe dawki surowicy, ginęły w ciągu 2—3 dni, rzadko później.

Ze względów praktycznych należy pierwszeństwo oddać antytoksynie. Sposób otrzymywania jej nader prosty i łatwy. Mając zapas jadu błoniczego, w przeciągu 24-ch godzin otrzymać można środek leczniczy. Oprócz tego jest ona znacznie tańsza od surowicy, jedna dawka nie może kosztować drożej nad 20—30 kop.

Z wyżej przytoczonych danych wywnioskować można, że otrzymywanie środka leczniczego przeciwko błonicy nie jest wyłączną własnością ustroju żyjącego, a może być otrzymane zapomocą elektrolizy jadu błoniczego, że antytoksyna nie jest niczem innym, jak tylko jadem utlenionym, i że prąd elektryczny nie posiada specyficznej siły, wytwarzającej w pewnych warunkach antytoksynę, lecz że antytoksyna jest wynikiem działania organicznych części składowych jadu błoniczego i produktów elektrolizy dodawanych soli.

Na zakończenie autor nadmienia, że ta metoda otrzymywania antytoksyny błonicznej zapomocą elektrolizy ma znaczenie ogólniejsze, albowiem z niektórymi zmianami może być stosowana w celu otrzymywania antytoksyn przeciw innym chorobom.

114. LEYDEN i SCHAUDINN. *Leydenia gemmipara*, — nowa, w puchlinie brzucha człowieka żywego znaleziona, podobna do ameby korzenionózka. W płynie, wypuszczonym z jamy otrzewnej 22-letniej kobiety, dotkniętej wadą serca oraz nowotworem złośliwym jamy brzusznej, znaleziono, obok innych części składowych, twory, złożone z bezbarwnych, galaretowatych komórek o zmiennej postaci. Twory te wypuszczały i wciągały w siebie wyrostki i wogóle przy ciepłocie 23°—24° C. żywo się poruszały. Można było również stwierdzić, że łączyły się one w delikatne sieci, na wyrostkach których widać było drobne pączki, które się oddzielały i nanowo rozwijały się w twory komórkowe.

LEYDEN dostrzegł, że nie idzie tu o znane ruchy ameboidne ciałek krwi, lecz o osobliwe, w takiej postaci i w płynie, z jamy brzusznej wypuszczonym, nie napotykanne ustroje, które zaliczywszy należało do rodzaju pierwotniaków.

Wkrótce po znalezieniu owych tworów w powyższym przypadku, zapisał się do kliniki 63-letni mężczyzna z puchliną brzucha i rakiem żołądka. Badanie drobnowidzowe wypuszczonego płynu i tu wykazało te same twory. Badania zoologicznego tych ustrojów podjął się asystent instytutu zoologicznego w Berlinie dr SCHAUDINN, który stwierdził, że w obu przypadkach znaleziony został jeden i ten sam rodzaj korzenionózki, którą naczęść pierwszego jej obserwatora nazwał „*Leydenia*“; z powodu zaś rozwoju jej przez pączkowanie, dodał do tej nazwy „*gemmipara*“. W stanie skurczonym twory te mają postać kulistą lub nieprawidłowo czworokątną, o powierzchni nierównej; średnica tych tworów wynosi 0,003 — 0,036 mm. Wykazują one ruch samodzielny i zmieniają, jakkolwiek powoli, postać, wysyłając w rozmaitych kierunkach wyrostki, które przy najlżejszem dotknięciu wciągają w siebie. Zaródz *Leydeniae* zawiera żółte, błyszczące, mocno przełamujące światło ziarenka, otoczone przezroczystą warstwą białkową. Zazwyczaj posiada ona jedno jądro i tętniącą wodniczkę. Jądro jej wynosi 1/3 średnicy samej komórki. Rozmnażanie odbywa się przez dzielenie się i pączkowanie. Dotychczas nie znajdowano *Leydeniae* w żadnym innem środowisku oprócz płynu z jamy brzusznej obojga wspomnianych chorych. Jaki jest stosunek znalezionych przez LEYDEN'a tworów do raka, napewno jeszcze powiedzieć nie można; godnem jest jednak uwagi, że *Leydenia* posiada dużo podobieństwa do sporozoów, znalezionych w komórkach raka przez SAWCZENKĘ. (Sprawozdanie z posiedzenia berlińskiej akademii nauk z dnia 30 lipca 1896 r. Według *Münch. med. Wochenschr.* N. 38. 1896).

Z. S.

## Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie

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

według sprawozdania z „Przeglądu Lekarskiego“.

(Dok.—Zob. N. 39).

XXVII. D-r KRYŃSKI: „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego zapomocą trzebień i przecinania przewodu nasiennego“.

Myśl, wydedukowana teoretycznie pierwotnie przez RAMM'a, o wpływie kastracyi na przerost gruczołu krokowego, dzięki badaniom WHITE'a zyskała zastosowanie praktyczne i szybko znalazła rozpowszechnienie w rękach chirurgów ame-

rykańskich, a wkrótce potem i europejskich. Doświadczenia PRZEWALSKIEGO i badania kliniczne ISNARDI'ego metodę leczenia przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia zastąpiły przez o wiele prostsze przecinanie sznurka nasiennego, co wreszcie HELFERICH sprowadził do najprostszego przecięcia przewodu nasiennego.

Nader pomyślne wyniki pierwotne, ogłaszane licznie przez wielu chirurgów, spotkały słuszną krytykę CZERNY'ego, który zwrócił uwagę i na ujemne strony tego zabiegu operacyjnego. Tak więc po zbyt dużym entuzjazmie nastąpił okres bardziej krytycznego zapatrywania się na wartość tej operacji i tą tylko drogą będzie można rzeczywistą jej wartość ocenić.

K. stosował operację w klinice chirurgicznej w 4 przypadkach przerostu gruczołu krokowego, z towarzyszącymi objawami trudności oddawania moczu u chorych w wieku od 62—84 lat. Z tych w jednym tylko, w którym wykonał z jednej strony kastrację, z drugiej wycięcie przewodu nasiennego, nastąpiła poprawa w ciągu 3 tygodni po operacji, wyrażająca się zarówno znacznym zmniejszeniem rozmiarów gruczołu, jak i poprawą czynności pęcherza. W drugim po takim samym zabiegu w ośm dni nastąpiła śmierć z powodu zapalenia płuc, w trzecim po obustronnym przecięciu zauważyć można było nieznaczne zmniejszenie gruczołu bez polepszenia stosunków moczowych, w czwartym wreszcie przecięcie przewodów nie wywarło wpływu na stan chorego. Piąty przypadek operował prof. RYDYGIER prywatnie; i tu po przecięciu *vasa deferentia* nastąpiła poprawa zarówno pod względem urynowania, jak i wielkości gruczołu. Niestety, poprawa ta trwała niedługo, dopóki chory pozostawał spokojnie w domu; potem znów nastąpiło pogorszenie. Zdaniem więc K. wartość tych metod leczenia przerostu gruczołu krokowego bardzo wątpliwa i tylko w przypadkach rzeczywistego przerostu tkanki gruczołowej, w których gruczoł jest duży, lecz miękki, i gdzie czynność pęcherza jest mało upośledzona, spodziewać się możemy poprawy. W takich razach zupełna kastracja zdaje się być zabiegiem pewniejszym i prędzej prowadzącym do celu, niż samo tylko przecięcie przewodu nasiennego.

CIECHANOWSKI zaznacza konieczność rozpatrywania w tych przypadkach oddzielnie stanu pęcherza, oddzielnie zaś gruczołu krokowego. Na pierwszy trzebienie skutku nie wywiera i wynik pooperacyjny zależy od stanu ściany pęcherza, który, pozbywszy się przeszkody po zmniejszeniu gruczołu krokowego, znów prawidłowo może czynność swą odbywać, jeżeli ściana jego nie przedstawia zmian głębszych. Istnieje niewątpliwie związek pomiędzy jądrami a gruczołem krokowym, i po usunięciu jąder część gruczołu, odbywająca swą czynność, t. j. komórki gruczołowe ulegają zanikowi. To też w przypadkach t. zw. *hypertrophiae prostatae*, polegającej na nagromadzeniu się wydzieliny gruczołu, produkta płynnego mogą ulec wessaniu i nastąpi zmniejszenie gruczołu; przeciwnie zaś, przypadki przerostu, zależne głównie od bujania elementów tkanki łącznej podścieliska na tle zapalnym, pozostają bez żadnej zmiany po trzebieniu.

TRZEBICKY przytacza przypadek ISRAEL'a, w którym po takiej operacji gruczoł krokowy powiększył się dwójnasób i spowodował zupełne prawie zatrzymanie moczu tak, iż trzeba było uciec się do przekłucia pęcherza.

KADER podaje, że d-r HOFFMANN robił w klinice chirurgicznej wrocławskiej badania nad etiologią przerostu tego gruczołu i przekonał się, że ważne znaczenie przyczynowe ma tu podrażnienie pęcherzyków nasiennych zapalne, najczęściej na tle rzeżączkowym; podrażnienie to utrzymuje się przez wydzielinę jąder. Z chwilą zaś usunięcia jąder i ich czynności znika to podrażnienie, co wpływa dodatnio i na sam przerost gruczołu.

XXVIII. D-r MAJEWSKI: „O przepuklinie pęcherza moczowego“.

M. opisuje przypadek z kliniki ginekologicznej prof. JORDANA, dotyczący kobiety, u której podczas operacji przepukliny wargowej nacięto pęcherz moczowy, wchodzący do worka przepuklinowego i ściśle z nim zrośnięty. Chora zniosła zabieg zupełnie dobrze. M. przytacza dane z literatury, z których wynika, iż przepukliny pęcherza moczowego nader rzadko bywają rozpoznawane przed operacją.

XXIX. D-r GABRYSZEWSKI: „W sprawie leczenia wrzodów goleniowych“.

G. poleca do leczenia wrzodów goleniowych żyłakowych w miejsce powszechnie używanych opasek MARTIN'a, które tamują zupełnie przeziw skórny i przez to macerują naskórek, opaski elastyczne trykotowe. Mają one tę zaletę, że są lżejsze, porowate, nadają się więc szczególnie tam, gdzie jest wydzielina większa lub towarzyszy wyprysk.

XXX. D-r GABRYSZEWSKI: „O unaczynieniu wola“.

W jednym przypadku w klinice chirurgicznej u kobiety 30-letniej z powodu wola podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczowe. Guz po operacji zmniejszył się, wkrótce jednak po powrocie chorej do domu zaczął się znów powiększać i wyrosł do wielkich rozmiarów. G. wykonał w klinice wycięcie według sposobu KOCHER'a; po 2 tygodniach chora zmarła wśród objawów *tetaniae* i podniesionej ciepłoty. G. nastrzykiwał naczynia na trupie i przekonał się, że unaczynienie wola pochodziło z gałązek, odchodzących do *arteria lingualis* i *cervicalis profunda*.

XXXI. Profesor TRZEBICKY: „W sprawie leczenia zgorzeli kończyn“.

W kwestyi tej chirurgowie nie są dotychczas zgodni: jedni postępują bardzo radykalnie, amputując kończynę, drudzy przeciwnie zalecają postępowanie zachowawcze. T. jest zdania, że tam, gdzie indywiduum jest schorzałe, gdzie bóle ogromne, gdzie pomimo leczenia antyseptycznego występują groźne objawy, należy amputować, — wszystkie inne zaś przypadki leczyć zachowawczo.

(Wykład ten będzie drukowany w całości w „Przeglądzie lekarskim“).

WEHR zgadza się ze zdaniem T., lecz jeszcze energiczniej podkreśla konieczność leczenia zachowawczego, gdyż, jak dowodzi statystyka, wyniki amputacji w tych przypadkach są bardzo niepomyślne. Tylko leczenie wyczekujące musi być prowadzone nader starannie pod względem czystości i antyseptyki, przyczem uwzględnić należy stan ogólny, przede wszystkim zaś starać się podnieść czynność serca. Wtedy wyniki mogą być pomyślne, jak przekonał się W. w kilku swoich przypadkach.

OBALIŃSKI sądzi, że w wyborze postępowania kierować się należy etiologią cierpienia, którą sprowadzić można do 3 punktów; *diabetes mellitus*, *lues* i właściwej *gangraena senilis* na tle arteriosklerozy. W przypadkach zgorzeli pierwszej kategorii zabieg chirurgiczny winien ograniczać się do *minimum*, usuwając jedynie tylko części nekrotyczne. Przypadki zgorzeli na tle cierpień przewlekłych, zwykle kiły, odznaczają się nadzwyczajną bolesnością; tu więc należy amputować, lecz nie wysoko, i jeżeli podczas operacji przekonamy się, że wskutek zmian w tętnicach (*endoarteritis obliterans*) tętnice nie krwawią, to należy posunąć amputację wyżej. Trzecia grupa, zgorzeli starczej, odznacza się szybkim postępem zmian nekrotycznych i dlatego wymaga amputacji, i to jaknajwyżej.

GABRYSZEWSKI dodaje, że w szeregu momentów przyczynowych ważne ma znaczenie i alkoholizm; postaciom zgorzeli tej kategorii także znaczne towarzyszą bóle. W jednym przypadku na tle *lues*, gdzie utworzyły się wrzody zgorzeli linowe na nodze, wykonał G. amputację, wynik był jednak niepomyślny; w dru-

gim przypadku gangreny palucha u nogi postępował G. zachowawczo, stosując nadto masaż odśrodkowy tętnic kończyny, i wynik miał bardzo dobry.

ORŁOWSKI przytacza przypadki z klinik moskiewskich, gdzie otrzymano bardzo dobre wyniki w zgorzeli kończyn po leczeniu zachowawczem i stosowaniu jednoczesnem leczenia swoistego.

XXXII. D-r BOSSOWSKI: „Przypadek *meningocele spuria traumatica*“.

Przypadek ten dotyczył chłopca 4-letniego, mającego na głowie znacznych rozmiarów guz chelboczący, którego dokładnie określić za życia nie było można. Zrobiono przekłucie i wypuszczono znaczną część płynu. Śmierć nastąpiła wśród objawów ostrego zapalenia opon mózgowych. Dopiero badanie pośmiertne wykryło istotę sprawy patologicznej. Guz zawierał ciecz mózgo-rdzeniową, mieszczącą się tuż na kości czaszki i unoszącą ku górze okostną wraz z czepcem ścięgnistym i skórą. W środku podstawy kostnej znajdował się w obniżonej kości otworek, przez który wydostawała się opona miękka. W obwodzie guza znaczne zgrubienie okostny i wybijałości kostne utworzyły wałowatą wyniosłość, ograniczającą podstawę guza. Tu więc uraz spowodował ubytek w kości czaszkowej, później zaś nastąpiło wypadnięcie części opony i wylanie płynu mózgowego pod okostną.

XXXIII. D-r ZOLL: „Przedstawienie uproszczonego przyrządu wyciągowego“.

Z. modyfikuje ekstensję VOLKMANN'a w ten sposób, że na podudzie zakłada kamasz płócienny, dokładnie przystosowany do kształtu kończyny i połączony z prętem żelaznym, który wśrubowuje się w dolną poręcz łóżka i zapomocą odpowiedniej śruby może być wydłużany i skracany. Stosując ten przyrząd, widział Z. dobre wyniki w *coxitis* i *gonitis*.

XXXIV. D-r KOZŁOWSKI: „O krwawem odprowadzaniu zastarzałych zwichnięć w stawie barkowym“.

Na podstawie odnośnego materiału kliniki prof. RYDYGIERA przedstawił K. sprawę leczenia zastarzałych zwichnięć. W 4 przypadkach, w których wszystkie usiłowania odprowadzenia bezkrwawego zwichniętej główki barkowej nie udały się, wykonano artrotomię i odprowadzono główkę na miejsce; cięcie skórne w operacjach tych według HUETER-OLLIER'a. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny; co zaś się tyczy wyników czynnościowych, to pod tym względem leczenie gimnastyczne nie jest jeszcze ukończone, ruchomość wszakże zapowiada się dobrze. Jako szczegół ważny, zaznacza K., aby po usiłowaniach nieudanych odprowadzenia upłynął przynajmniej tydzień, zanim się przystąpi do operacji krwawej.

XXXV. D-r KADER: „Przyczynek do kazuistyki nowotworów wątroby i techniki operacji tych nowotworów“.

K. przedstawił preparat wielkiego gruczolaka wątroby, operowanego w klinice chirurgicznej wrocławskiej, i pokazał sposób operowania na wątrobie, prawie bezkrwawego, przy użyciu igieł, podanych przez KUZNIECOW'a i PĘSKIEGO. Są to grube igły, łukowato zgięte, o tępym końcu. Wbijając je niezbyt mocno w miąższ wątroby, można z łatwością wyczuć twardsze pęczki łączno-tkankowe, w których przebiegają naczynia krwionośne, i obejść je, nie kalecząc naczyń. Posuwając się w ten sposób wgłąb wątroby, można podwiązać naczynia danego odcinka wątroby żądanej wielkości, który później resekuje się bez krwotoku.

XXXVI. D-r ŚWITALSKI: „Uwagi dotyczące raka szyi macicznej na podstawie spostrzeżeń kliniki ginekologicznej Uniw. Jagiell.“.

W obszerniejszym wykładzie przedstawia Ś. wyniki badań swych nad materiałem kliniki ginekologicznej z ostatnich lat 13-tu, obejmującym 363 przypadki raka szyi macicznej. *Carcinoma colli uteri* stanowi prawie 4% wszystkich cierpień, z którymi zgłaszają się chore do kliniki. Z pomiędzy tak znacznej liczby przypadków tylko w 71 można było wykonać radykalną operację, wykonano ją zaś tylko w 34 przypadkach, w pozostałych chore nie zgodziły się. Z tej liczby jeden raz wycięto jedną wargę, 4 razy amputowano część pochwową, w 30-tu zaś przypadkach wycięto macicę całkowicie, a mianowicie 28 razy *per vaginam* i 2 razy sposobem skombinowanym (RYDYGIER-FREUND). Z liczby operowanych 3 zmarły wskutek operacji, z pozostałych 6 jest zdrowych i bez znaków recydywy w ciągu 14 miesięcy do 5-ciu lat.

OBALIŃSKI przytacza 3 przypadki ze swej praktyki, świadczące, jakie trudności przedstawia częstokroć rozpoznanie raka macicy; nawet przedwstępne badanie drobnowidzowe kawałków nie chroni czasem od omyłek. To też w przypadkach wątpliwych a podejrzanych lepiej jest dla chorej wyjąć macicę nierakowatą, niż pozostawić rakowatą, tembardziej, że najczęściej zdarza się to cierpienie u kobiet w latach późniejszych, nie młodych. Co się tyczy operowania zapomocą żegadła PAQUELIN'a, tak zalecanego przez ŚWITALSKIEGO, to nie jest O. jego zwolennikiem, gdyż przy jego wadach w użyciu nie widzi bynajmniej zalet pod względem ochrony od recydyw.

WEHR jest za jaknajradykalniejszym operowaniem raka macicy. Łyżeczowanie w celach rozpoznawczych nie prowadzi do celu i daje wyniki niepewne, i dlatego proponuje W., aby lepiej wycinać klinowaty kawałek wielkości  $\frac{1}{2}$ —1 ctm. i badać pod drobnowidzem, a wtedy wynik badania będzie pewniejszy.

BOSSOWSKI zgadza się zupełnie z propozycją WEHR'a co do wycinania kawałka do badania drobnowidzowego i przytacza na dowód 2 przypadki, w których badanie drobnowidzowe wyskrobanych cząstek wykazało tylko przerost gruczołów błony śluzowej macicy, gdy po wykonaniu operacji badanie dokładne wyciętego preparatu w obu przypadkach stwierdziło obecność raka. Niestety, takie wycięcie nie zawsze bywa możliwe z powodu niedostępności lub niekiedy umiejscowienia nowotworu. Operowanie w każdym przypadku powinno być jaknajradykalniejsze.

ŚWITALSKI broni operowania żegadłem PAQUELIN'a, które przedewszystkiem ma tę zaletę, że chroni od przeszczepienia raka podczas samej operacji, co się zdarzało po operacjach nożem.

Trudności rozpoznawcze bywają wielkie i pod tym względem wyskrobywanie stanowi znaczne ułatwienie. Tylko, ażeby otrzymać kawałki tkanki, na których z pewnością możnaby rozpoznać raka, trzeba skrobać głęboko. Otrzymawszy nawet wynik badania ujemny co do raka, jeżeli przypadek wydaje się podejrzany, w jakiś czas potem należy wykonać drugie skrobanie i badanie drobnowidzowe.

XXXVII. D-r MIKUCKI: „Przedstawienie niezwykłego włókniako-mięśniaka macicy“.

M. przedstawił preparat i rysunki z przypadku włókniaka tylnej wargi części pochwovej macicy u kobiety 30-kiłkoletniej z kliniki ginekologicznej. Nowotwór ten, wielkości głowy cielęcej, w znacznej części urodził się sam przez pochwę; zanim jednakże przystąpiono do operacji, chora tego samego dnia po przybyciu do kliniki zmarła.

XXXVIII. D-r MALESZEWSKI: „Przedstawienie olbrzymich włókniaków torbielowych macicy“.

M. okazał dwa preparaty włókniaków torbielowych macicy niezwyklej wielkości, które prof. RYDYGIER w ostatnich czasach operował w klinice chirurgicznej. W obydwu tych przypadkach wykonane zostało całkowite wycięcie nowotworów wraz z macicą drogą laparatomijną. Wyniki pooperacyjne bardzo pomyślne.

Po przemówieniach prof. RYDYGIERA i OBALIŃSKIEGO Zjazd został zamknięty.

## WYSTAWA HIGIENICZNA.

### IV. Sekcja szpitalna (lecnicza).

Jeśli zastosowanie zasad higieny w życiu jednostki coraz szersze zdobywa sobie uznanie, to na szczególne zasługuje ono uwzględnienie w życiu ludzi zbiorowym, przede wszystkim wówczas, kiedy dla różnych względów zmuszeni są pozostawać pod opieką zakładów publicznych. Na pierwszym planie stoją tu szpitale, których zadaniem jest nie tylko ochrona zdrowia publicznego ludzi zdrowych, ale i leczenie zdrowia, przez różne szkodliwości nadwyreżonego. Zadanie to szpitale spełniają należycie wówczas tylko, gdy zadość czynią wszelkim potrzebom danego zbiorowiska ludzi i odpowiadają wszystkim wymaganiom higieny. Rozwój i postęp zakładów leczniczych idzie zawsze w parze z rozwojem kultury i dobrobytu danego społeczeństwa. U nas, do ostatnich prawie czasów, wyników badań naukowych i doświadczenia lekarskiego nie spożytkowano w naszej technice szpitalnej. Ostatnie dopiero lata zaznaczyły się pewnem ożywieniem w sprawach ochrony zdrowia publicznego, którego wyrazem, między innymi, jest i pewien postęp w szpitalnictwie naszym. Czy postęp ten i wymagania jego znalazły odzwierciedlenie na Wystawie higienicznej? Jest to pytanie, na które, niestety, musimy odpowiedzieć przecząco. Zdaniem naszym, Wystawa higieniczna z tak szerokim programem, jaki zakresili sobie jej organizatorowie, jest usiłowaniem wprawdzie bardzo szlachetnem, ale w naszych stosunkach i wobec skromnych środków garstki dobrze myślących ludzi, jest niewykonalnem i z góry poronionem. Jeśli pojedyncze działy Wystawy dzięki wspaniałomyślnej ofiarności i gorliwej pracy organizatorów, wypadły może dość pomyślnie, to nie można tego powiedzieć o sekcji szpitalnej, której urządzenie prywatnymi środkami jest niepodobieństwem. Trudności są tem większe, że Warszawa w dziale szpitalnictwa nie ma się czem pochwalić i co na pokaz wystawić. Z publicznych zakładów leczniczych, prócz jednego szpitala św. Ducha i nowopowstałego w Tworkach, których udział w Wystawie jest mniej, niż skromny, miasto nasze nie ma ani jednego szpitala, któryby nowoczesnym wymaganiom higieny odpowiadał. Prywatne znów zakłady lecznicze, z których niejeden racjonalnie pomysłany, wystąpiły na Wystawie z planami tylko lub fotografiami, które słabe bardzo dają pojęcie o całości zakładu.

Wogóle, jeżeli w urządzeniu Wystawy higienicznej miano na oku cel dydaktyczny, to w dziale szpitalnym jest on może najmniej uwzględniony. Dokładne pojęcie o wartości danego szpitala może dać tylko w najdrobniejszych szczegółach wykończony model jego. Tymczasem na Wystawie nie widzimy ani jednego modelu szpitala ogólnego lub specjalnego, któryby odpowiadał obecnym wymaganiom higieny i któryby mógł być wzorem dla innych.

Z tem wszystkiem dział szpitalny dla lekarza nie jest pozbawiony pewnego interesu i dlatego choć pobieżnie go rozpatrzymy.

Zajmuje on znaczną część lewego skrzydła głównego pawilonu oraz osobny barak ДОБЕКЕР'а, nie licząc okazów, rozrzuconych po innych oddziałach. Jak widzimy, usystematyzowanie okazów grzeszy i tu pewną chaotycznością, choć w mniejszym znacznym stopniu, niż w innych oddziałach. Takie rozpraszenie okazów nie daje należytego pojęcia o całości sekcji i orientowanie się w niej czyni trudniejszym.

Udział szpitali naszych, których większa część na Wystawie figuruje, jest wogóle niesłychanie skromny. Najlepsze z nich, najwzorowiej urządzone: szpital św. Ducha i Tworki, zadowolili się planami i rysunkami, które przeciętnego widza niewiele nauczą i przybliżonego pojęcia o całości nie dadzą. Jedyne u nas racjonalnie pomyslane szpital św. Ducha, posiadając ogrzewanie centralne, dobrą wentylację, wyborne sale dla chorych i kliniki specjalne, jeśli mógł, powinien był wystawić więcej, niż to, co się na Wystawie znajduje. Czego nauczą i jaki cel mają liczne i, choć podziw budzące, wyroby, wykonane przez chorych w Tworkach, powiedzieć nie umiemy. Ciekawszem, sądzę, byłyby na Wystawie higienicznej, choćby tylko warunki zdrowotne warsztatów, w jakich chorzy zmuszeni te roboty wykonywają.

Mniej się dziwimy innym szpitalom, które na Wystawie albo nie figurują wcale, albo tylko pewnymi szczegółami istnienie swoje zaznaczyły. Mogły one dać tylko to, co mają, a, jak wiemy, mają bardzo mało.

Szpital Starozakonnych wystawił kilka okazów godnych zaznaczenia; są one po większej części pomysłu kol. CHWATA i mogą w pewnych razach być prawdziwym dobrodziejstwem dla chorych. Zaliczamy tu: łóżko systemu hamakowego, naciągnięte płótnem, dające się łatwo oczyścić, dla chorych zakaźnych. Przy niem: przyrząd do transportowania chorego wraz z łóżkiem. Przyrząd ten składa się z dwóch ram żelaznych na gumowych kółkach, poruszających się we wszystkich kierunkach. Jedną z tych ram zakłada się w głowach, drugą w nogach łóżka, i w ten sposób tworzy się z niego rodzaj wózka na kółkach gumowych, pozwalającego na wygodne przewiezienie chorego z sali szpitalnej do ogrodu, sali operacyjnej i t. p. Praktycznie również pomyslanym jest przyrząd do chodzenia dla chorych po nałożeniu opatrunków gipsowych wskutek złamania kończyn dolnych. Zasługuje również na uwagę łóżko z zaokrąglonymi brzegami, z materacem metalowym, sprężynowym dla chorych obłąkanych. Zbyteczne są tu tylko fotografie sali operacyjnej i aktu chloroformowania chorej, które nikogo nie oświecą, a budzą niesmak i pustą ciekawość.

Dość okazale i racjonalnie wystąpiły oba szpitale dla dzieci, przedewszystkiem szpital przy ul. Aleksandryi. I te jednak instytucje, jakkolwiek później powstały, zbudowano zupełnie wadliwie, bez żadnej idei przewodniej, bez racjonalnych wskazówek lekarskich. Są to gmachy starego systemu, korytarzowego, w zacieśnionych miejscach i ze wszystkimi wadami, temu systemowi właściwymi. Co się tyczy okazów tych szpitali na Wystawie, to na szczególne wyróżnienie zasługuje szpital przy ul. Aleksandryi, za wystawienie pięknego modelu szpitala. Jest to bowiem jedyny okaz w tym dziale na Wystawie, choć i ten, jako część szpitala tylko wyobrażający, pojęcia o całości zakładu nie daje. Prócz modelu widzimy tu urządzenie sali szpitalnej, a więc łóżeczko żelazne zwyczajne i z ruchomym nad niem blatem, na którym dziecko jeść i bawić się może; dalej zwykłe stoliki z blatem drewnianym, który czas byłby już zmienić na szklany, fotelik, wózek i inne utensylia szpitalne. Zbyteczne są tu lektyki i materace druciane, których szpital nie posiada, oraz fotografie rozmaitych ułomności, które w innym miejscu figurować powinny.

Z licznych okazów szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego, prócz łóżek takich samych, jak w poprzednim szpitalu, wyróżniają się stoliki nocne i stół operacyjny blachą kryty, który wartoby zastąpić odpowiedniejszym, oraz inhalator w rodzaju samowara, pozwalający dziecku bez podnoszenia się z łóżka oddychać parą, wychodzącą przez długą rurę z inhalatora. Czy dostateczne jest ciśnienie pary, aby nie skraplała się w długiej, metalowej rurze, nie wiemy. Pomijamy tu wiele innych rzeczy nagromadzonych, nie mają one bowiem wiele związku z urządzeniem sali. Wogóle trzeba zaznaczyć, iż zbytne natłoczenie okazów w jednym miejscu nie jest wcale pożądane. Robi to raczej wrażenie jakiegoś składu utensylii szpitalnych, aniżeli okazu sali szpitalnej, która powinna zawierać tylko to, co w niej jest niezbędne. Grzeszą tem nie tylko szpitale dla dzieci, ale i inne okazy w tym dziale. Najkardynalniejszą wadą szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego jest brak oddzielnego pomieszczenia dla chorych zakaźnych i dla ambulatorium, które dotychczas znajdują się pod jednym dachem z resztą szpitala. Jest to anomalia, którą znana ofiarność założycieli szpitala zapewne rychło usunie. (D. n.).

## ODCINEK.

### Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich,

podał **E. BIERNACKI.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 39).

Inna rzecz jest z kąpielą morską. Kąpiel morską, względnie kąpiel na morzu Bałtyckiem i Północnem, jest kąpielą zimną: przeciwwskazaną jest ona w tych razach, w których nie wolno stosować wogóle kąpeli zimnej, jak przy miażdżycy naczyń, przy wadach serca, rozszerzeniu serca z rozedmą płuc, stanach silnego wyniszczenia i anemii (uwiad starczy, ciężka blednica), gościcu przewlekłym i podoстрыm. Niektórym osobom uniemożliwia korzystanie z kąpeli morskiej wysypka (*eczema*), jaka powstaje wskutek drażniącego działania soli na skórę. Ale wysypka ta rzadko bywa upartą i nie u wszystkich występuje: najczęściej skóra przyzwyczaja się bardzo szybko do nowego rodzaju wody i kąpeli niemna potrzeby przerywać.

Kąpiele morskie, jako metoda lecznicza, według HILLER'a nie różnią się zasadniczo od zwykłych kąpeli zimnych, od hydroterapii. Właściwie należy pogląd na znaczenie kąpeli morskich wyrazić inaczej: oprócz własności swoistych posiadają one przede wszystkim znaczenie zwykłej kąpeli zimnej; są też wskazane wogóle tam, gdzie jest wskazane leczenie wodą zimną, a więc w histeryi, neurastenii. O tyle jest pożyteczniejszem i przyjemniejszem dla chorych leczenie tych stanów w kurortach morskich, niż w zwykłych zakładach hydropatycznych, iż w pierwszych mamy powietrze morskie i morze. Wpływ fizjologiczny kąpeli morskiej, jako kąpeli zimnej, polega przede wszystkim na odciążeniu ciepła, podrażnieniu układu nerwowego obwodowego przez różnicę pomiędzy ciepłotą wody i ciała. Różnica ta wogóle nie jest mała. Ciepłota kąpeli morskiej na morzach Bałtyckiem i Niemieckiem wynosi przeciętnie 12—15° R.; dwanaście stopni uważane jest za *minimum*, przy którym dozwoloną i pożyteczną jest kąpiel. Podra-

źnienie obwodowych narządów nerwowych prowadzi drogą odruchową do pobudzenia narządów nerwowych ośrodkowych, co szczególnie cenić będziemy w stanach przygnębienia u neurasteników. Dalej idzie pobudzenie narządu mięśniowego, mięśni gładkich i poprzecznie prążkowanych, i wpływ na naczynia. Ostatnie uwydatnia się szczególnie w owym zaczerwienieniu powłok zewnętrznych, jakie wkrótce po wejściu do kąpeli i wyjściu z niej następuje. Że wpływ kąpeli morskiej na naczynia i ukrwienie musi pociągać za sobą ważne następstwa w sprawach wydzielniczych ustroju, świadczy choćby oddawanie większych ilości moczu wkrótce po kąpeli, jakie u bardzo wielu osób występuje.

Są to najważniejsze wpływy, jakie zauważono uprzednio względem kąpeli zimnych, względnie kąpeli zimnych morskich. Nie wszystkie te wpływy zostały zbadane jeszcze drogą naukową: prawdopodobnie nie znamy wszystkich szczegółów i wzajemnego stosunku różnych działań tej kąpeli na ustroj ludzki. Ostatnie zdanie dotyczy tych czynników kąpeli morskiej, którym dawniej wpływ specyficzny przypisywano. Jednakże według HILLER'a nie zdaje się mieć zbyt ważnego znaczenia zawartość soli w zimnej kąpeli morskiej. Autor ten ocenia wpływ soli; jako czysto mechaniczny; po wyjściu z kąpeli i osuszeniu się, pozostają na powierzchni ciała kryształki soli, które, drażniąc skórę, potęgują odczyn. Jest rzeczywiście faktem, i na morzu Niemieckiem, z dużą zawartością soli, każdy na sobie zauważy, jak po kąpeli włosy, wąsy, brwi usiane są białym proszkiem; po pierwszych kąpielach uczuwa się też bardzo często swędzenie wskutek drażniącego działania tych kryształków. Czy jednak i podczas samej kąpeli morskiej sól nie modyfikuje w pewien sposób zwykłego działania wody zimnej, o tem nic nie wiemy; prawdopodobnie tak jest, choćby wobec analogii z faktem, że ciepłe słone kąpiele wywierają na przeróbkę materji i sprawy spalania w ustroju działanie daleko żywsze, niż zwykłe kąpiele ciepłe. HILLER nie przypisuje także szczególnego znaczenia ruchowi wody morskiej; mniema on, iż ruch ten tylko zwiększa i przyspiesza utratę ciepła z powierzchni ciała. Trudno jednak zgodzić się z HILLER'em, by ruch ten nie miał także silnego wpływu pobudzającego na narządy obwodowe nerwowe i mięśnie. To ostatnie nietylko dla profanów, ale i dla lekarzy jest widoczne, którzy choć raz doświadczyli silnego uderzenia fali morskiej, owego przyjemnego uczucia znużenia, jakie już po przetrzymaniu kilku fal w dobrej kąpeli morskiej (np. na Sylcie) występuje. To orzeźwienie, raptowny apetyt, jakiego się doświadcza nieraz już w kilka chwil po wzięciu takiej kąpeli, nie jest suggestyą i nie zdarza się tak łatwo ani często po użyciu kąpeli w jeziorze lub w szybko płynącej rzece.

Jeśli się więc nawet zgodzimy, że jakościowo wpływ kąpeli morskiej nie wiele się różni od zwyczajnej kąpeli zimnej, to bądźco bądź ilościowo, działanie pierwszej jest większe, energiczniejsze, niż drugiej. Z tego wyprowadzić też można różne praktyczne wskazówki co do używania kąpeli morskiej, wskazówki, najzupełniej zgadzające się z doświadczeniem empirycznym. Najważniejszą z nich jest ta, by się nie kąpać za długo, nigdy tak długo, jak w rzece. Widywałem warszawiaków, co się „pławili“ w morzu, jak u siebie w domu, po kwadransie i pół godziny, a później skarżyli się cały dzień na osłabienie, drżenie, ból głowy i t. d. I nic dziwnego; bo niechaj kto nieprzyzwyczajony dostanie w mniej łagodnej postaci tyle uderzeń w plecy i boki, wiele przez pół godziny dają bałwany morskie, to będzie także czuł osłabienie i znużenie. To też doświadczeni lekarze morscy zalecają szczególnie dla pierwszej kąpeli nie więcej, niż trzy fale, a więc ledwie 2—3 minuty w wodzie. I wogóle, już po przyzwyczajeniu się do kąpeli, nie radzą przetrzymywać więcej niż 6—7 fal (razem 4—6 minut). Przekroczenie tych praw-

deł jest bardzo łatwe, bo właśnie w tym czasie po pierwszym uczuciu chłodu zaczyna być nadzwyczaj przyjemnie pod uderzeniami bałwanów i trzeba dobrej siły woli, by wtedy wychodzić z kąpieli. Jeżeli jednak nie kąpać się zbyt długo, to za to, zaraz po wytarciu i już przy ubieraniu się, zjawia się w skórze bardzo przyjemne uczucie ciepła. Jest to właśnie odczyn i świadectwo, że kąpiel dobre działanie wywarła. Niektórzy, mniej cierpliwi, starają się „przyspieszyć“, „wzmocnić“ sobie ten odczyn kieliszkiem koniaku lub „Nordhäuser Korn“, jaki się u „Badediener'a“ za tanie pieniądze prawie zawsze znajdzie. Taki kieliszek ma jednak bardziej życiowe, niż naukowe znaczenie.

Niewiele osób naprawdę nie znosi kąpieli morskiej, to jest, iż nawet po stosunkowo krótkiej kąpieli skóra ich pozostaje bladą i jednocześnie odczuwają one dreszczyki. Zwykle są to osoby bardzo wrażliwe, takie osoby, które rzadko w życiu kąpały się w zimnej wodzie. Jeśli tacy ograniczają pierwsze kąpiele do jednokrotnego zanurzenia się w wodzie i następnie rozcierają się szybko i mocno, to większość przyzwyczaja się, zahartowuje bardzo prędko i zaczyna znosić wodę morską z prawdziwym pożytkiem.

Powietrze i woda są jedynymi czynnikami materialnymi leczenia morskiego. Profani wierzą także jeszcze i... w piasek. To też nietylko dzieci, ale i dorośli—damy i kawalerowie—kopią sobie nory na piaszczystym brzegu morskim i używają w nich, jak za pradziwskich czasów. O ile to jest zdrowo, jak chce publiczność, nie wiem; ale że dla wielu przyjemnie—to napewno, szczególnie po obiedzie. Można też sobie pozwalać na leżenie i drzemkę na brzegu, bo piasek morski jest bardzo czysty i ubrania nie plami. Nie ma także obawy, by podczas snu foki przyszły obwąchiwać, jak przedstawiają niemieckie karty pocztowe, bo fok trzeba szukać daleko na morzu.

Ważniejszą, niż piasek, jest ta suggestya, że wszystko, co się robi na morzu, jest „tak zdrowo“. Tej suggestyi największy sceptyk łatwiej tu ulegnie, niż w kurtkach lądowych. A oprócz tej suggestyi sam widok morza, ciągłe zmiany jego powierzchni i koloru, skupienie uwagi, jakie powstaje w kąpieli przy nadchodzącej fali, pewne uczucie obawy przed masą wody i t. p., musi mieć nieocenione znaczenie dla neurasteników i hypochondryków.

Wyliczyliśmy własności leczenia morskiego, luźnie wspomnieliśmy o wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania tego leczenia; chodzi teraz o wybór miejscowości w poszczególnych przypadkach. Tutaj decydują nietylko względy medyczne, ale i czysto życiowe. Nietylko stan zdrowia, ale i stan kieszeni chorego, jego gusta powinny być brane pod uwagę; nareszcie trzeba pamiętać o tem, by polskiego chorego, szczególnie nie władającego dobrze językami cudzoziemskimi, nie posłać tam, gdzie nie posłyszysz polskiego wyrazu. Znudziłby się w takiej miejscowości prędko i uciekł gdzieindziej. Na wybrzeżach niemieckich jest chyba z 80 miejsc kąpielowych; ale nie więcej, niż 10, jest uczęszczanych przez polaków.

Przedewszystkiem przy kwalifikowaniu chorych lekarz powinien pamiętać o różnicach, zachodzących pomiędzy morzem Niemieckiem (Nordsee) i morzem Bałtyckiem (Ostsee). „Prawdziwem“ morzem, oceanem (z przyływem i odpływem) jest tylko morze Niemieckie, i wszystko, cośmy powyżej mówili o własnościach kąpieli morskich i powietrza, odnosi się bez ograniczeń do morza Niemieckiego. Tymczasem morze Bałtyckie, będąc morzem wewnętrznym, posiada własności kąpieli i powietrza oceanowego w stopniu znacznie mniejszym. Miejscowości kąpielowe niemieckie na morzu Północnem znajdują się przeważnie na niewielkich wyspach północno-fryzyjskich (Sylt, Föhr, Amrum i Helgoland) i wschodniofryzyjskich (Norderney, Borkum, Juist, Wangeroog etc.); stąd też właściwości kli-

matu i powietrza morskiego. występują tu w stopniu pierwszorzędym. Natomiast kąpiele na morzu Bałtyckiem położone są przeważnie na brzegu łądu stałego (Zoppot, Kolberg), a jeśli i na wyspach, to większych i oddzielonych tylko wązkiemi cieśninami od łądu (Heringsdorf na Usedomie, Misdroy na Wollinie). Mają też one klimat mieszany, t. zw. „Küstenklima“, a i powietrze, o ile w danej miejscowości nie wieją przeważnie wiatry ze strony morza, nie jest tak czyste, jak na wyspach morza Niemieckiego. Jeszcze większe różnice zachodzą co do kąpeli. Woda w morzu Północnem zawiera z górą 3‰ soli nieorganicznych (w tem około 2½‰ soli kuchennej), tymczasem zawartość soli w wodzie najbardziej uczęszczanych kąpeli morza Bałtyckiego (Zoppot, Kolberg, Heringsdorf, Rugia) nie dochodzi 1‰. I ruch wody jest znacznie słabszy w morzu Bałtyckiem, niż Północnem; gdy w pierwszym fala silniejsza jest niemal wyjątkiem, to w drugim — prawidłem. To też prawdziwej kąpeli morskiej użyć można jedynie na wyspach morza Północnego. Kąpiel w morzu Bałtyckiem bardzo niewiele się różni skutkami od zwykłej kąpeli rzecznej lub w jeziorze.

Duża zawartość soli w morzu Północnem przedstawia tę jeszcze wygodną stronę, że łatwo z wody morskiej wprost przez ogrzanie jej zrobić wcale silną ciepłą solankę. Tymczasem w morzu Bałtyckiem można to skutecznie dopiero przez dodanie soli. Jeden tylko Kołobrzeg jest tak szczęśliwie uposażony, że przy brzegu morskim wytryskuje z ziemi obfita i mocna solanka. Dalej, kąpiele na morzu Północnem odznaczają się, zarówno jak powietrze, daleko stałszą i równomierniejszą ciepłotą, niż na Bałtyku.

Z drugiej strony przedstawia jednak morze Północne jeden ważny brak. Sylt, Helgoland, Norderney i t. d. są to puste wyspy, na których, oprócz piasku i trochę trawy, ani śladu lasu nie znajdzie; wycieczek, spacerów, oprócz pływania po morzu i spacerowania po piasku nadbrzeżnym, niema prawie żadnych. Tymczasem bardzo wiele miejscowości Bałtyku odznacza się prześliczną przyrodą, posiada lasy, pagórki, stąd wiele różnorodności podczas pobytu.

Z przytoczonego wynika jasno znaczenie lekarskie morza Niemieckiego i Bałtyku. Otóż znaczenie miejscowości naprawdę leczniczych posiadają wyspy morza Północnego, gdy kurorty na Bałtyku służą głównie jako przyjemny pobyt letni. A więc zdeklarowanych neurasteników, hypochondryków, histeryków, potrzebujących dobrej morskiej kąpeli, posyłać będziemy nad morze Północne; ludzi, wymagających głównie wypoczynku, bardziej zmęczonych, niż zdenerwowanych, nad morze Bałtyckie.

Jeszcze większe znaczenie, niż jako miejscowości kąpielowe (*sensu stricto*), posiadają wyspy morza Północnego, jako „kurorty powietrzne“ (Luftkurorte). Chorych, potrzebujących dobrej morskiej kąpeli, posyłać możemy także do miejscowości holenderskich (najmłodniejsze Scheveningen) albo belgijskich (Ostenda, Blanckenberghe). Ale ostatnie, jako położone na brzegu kontynentu, mają tylko „Küstenklima“. Stąd dla cierpiących na katary nosa, oskrzeli, astmę, skrofulozę, nadaje się przedewszystkiem nie Ostenda lub Blanckenberghe, ale obdarzone łagodnym klimatem morskim i pełne najczystsze powietrze wyspy morza Niemieckiego.

Nareszcie jeszcze jedna uwaga co do czasu wyjazdu. Dotyczy ona tych, którzy używają kąpeli. Najwyższą ciepłotę wykazuje woda w morzu Północnem dopiero w sierpniu (17,5° C. czyli 14° R.); chociaż różnica pomiędzy lipcem a sierpniem, z wyjątkiem jednego Helgolandu, nie jest wybitną. Tymczasem na morzu Bałtyckiem najcieplejszą wodę mamy w lipcu, w sierpniu zaczyna już ona się oziębiać. Stąd nad morze Północne do kąpania najlepiej posyłać chorych od połowy lipca na sierpień do połowy września, nad morze Bałtyckie od końca czerwca na

lipiec do połowy sierpnia. Pobyt przeciętnie trwać powinien 4—6 tygodni, liczba kąpiei 20—30. Zaznaczyć jeszcze wypada, że najzimniejsze kąpiele na morzu Bałtyckiem posiada Rugia: ciepota wody w lipcu nie przenosi tu 12,8° R. Natomiast w Kołobrzegu i Misdroy woda w lipcu bywa cieplejsza (15,2° R), niż gdziekolwiek na morzu Północnem.

(D. n.).

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— DENISENKO, omawiając w dalszym ciągu swój sposób leczenia raka zapomocą jaskółczego ziela (*Chelidonium majus*), zaznacza, iż stosuje ten środek w postaci wyciągu (*extractum*), do wewnątrz 1,5—5,0 dziennie, do wstrzykiwań zaś używa równych części wyciągu, gliceryny i wody przekroplonej (jest to roztwór słabszy), lub też silniejszego: 2 części wyciągu i po jednej części wody i gliceryny; do pendzlowań i tamponowania używa mieszaniny z 2 części wyciągu i 1 części gliceryny. (Wracz N. 34. 1896).

— THEODOR spostrzegł dwa przypadki porażenia połowicznego przykrztuścu. Przypadek pierwszy dotyczy dziewczynki ośmioletniej, u której bezpośrednio po napadzie kaszlu nagle nastąpiło porażenie połowiczne z utratą przytomności, trwającą kilka godzin. Po kilku tygodniach chora odzyskała władzę w porażonej połowie ciała. Wkrótce potem rozwinęła się dość silna płasawica, która ustąpiła dopiero po 5 miesiącach. Przez cały czas choroby w sercu żadnych zmian nie wykryto. Dowodzi to łącznie z innymi objawami, iż przyczyną porażenia był krwotok w torebce wewnętrznej. Zagadkowym jest tylko związek pomiędzy porażeniem a płasawicą. Przypomnieć tu należy, iż dawniejsi badacze widzieli przyczynę tej ostatniej w uszkodzeniu okolic torebki wewnętrznej, a szczególnie ciała prążkowanych (*corpora striata*). Przypadek drugi dotyczy chłopca pięcioletniego, u którego porażenie połowiczne wystąpiło w szóstym tygodniu trwania krztuśca. Trwało ono tylko 10 dni. I tu również w sercu żadnych zmian nie było. Nie wyjaśnionem pozostaje, dlaczego krwotoki w mózgu stosunkowo tak rzadko zdarzają się przy krztuścu, gdy często spotykamy krwawienia z żył gałki ocznej, jamy nosowej, gardzieli, dziąseł i t. d. Również zasługuje na uwagę, iż w obu powyższych przypadkach krztu-

siec był niezbyt ciężki. (Archiv f. Kind. Bd. XX. Heft. III. u. IV). F. S.

— KAISERLING podaje następujący nowy sposób przechowywania preparatów anatomicznych, nie zmieniający ich wyglądu: 1) preparat kładzie się na 24 do 48 godzin, zależnie od jego wielkości, do mieszaniny: formaliny (SCHERING'a) 250 ctm. sz., wody 1000 ctm. sz., *kalii nitrici* 10,0, *kalii acetici* 30,0; 2) na 6 do 24 godzin do 95% alkoholu, następnie 3) do roztworu *kalii acetici* w rozcieńczonej glicerynie. Im preparaty są przezroczystsze z natury, tem bierze się mniej octanu potasu, a więcej gliceryny. Stosunek jest następujący: gliceryny 20—60 ctm. sz., wody 100 ctm. sz., octanu potasu 10,0—60,0. W tym płynie preparaty pozostają 1 lub 2 dni i ostatecznie przenosi się je na stałe do mieszaniny: 4) gliceryny i wody po 500,0, alkoholu bezwodnego 100,0. VIRCHOW bardzo wysoko podnosi wartość tej metody. (Spraw. z pos. Tow. Lek. Berl. w Deutsche Med. Woch. N. 32 1896).

B. R. G.

— BOULAY spostrzegł częste napady drgawek, połączone z utratą przytomności oraz z zaburzeniami groźnemi w sferze oddechowej u 12-letniego chłopca. Powodem ich był znaczny przerost migdałów, po usunięciu ich bowiem napady bezpowrotnie znikły. (Sem. méd. N. 23. 1896). M. B.

— TURNBUL z Londynu widział szybkie zniknięcie uporczywej kolki wątrobowej u kobiety, cierpiącej na kamice żółciową, po użyciu dwóch tabletek, zawierających po pół miligramu nitrogliceryny, co tłumaczy sobie wpływem porażającym tego leku na włókna mięśniowe.

— FERRAND podaje, że gwajakol, użyty zewnątrznie w dawce 1 do 2 gramów, może w znacznej ilości preparatów sprowadzić miejscowe znieczulenie, dostateczne do dokonania bez bólu nie-

wielkich powierzchownych operacji, jak przypalanie rozpalonem żelazem i t. p. (La Sem. méd. N. 11. 1896).

= FERNET spostrzegł chorego 56-letniego, u którego po przejściu zapalenia płuc rozwinęło się zapalenie stawu mostko-obończykowego i zapalenie opon mózgowych, które sprowadziło śmierć. Tak w ropie z opon, jakoteż w mętynym wysięku surowiczym stawu znaleziono czyste hodowle pneumokoków. (La Sem. méd. N. 6. 1896).

= CENTANNI i BRUSCHETTINI znani są z tego, że otrzymali antytoksynę przeciwgorączkową. Przekonali się oni jednak, że ten środek swoisty zwalcza pomysłnie gorączkę, ale na samo zakażenie nie wpływa wcale. Otóż teraz udało się autorom otrzymać w zadziwiający sposób z jednej jedynej hodowli jakichś

pasorzytów pewne ciało, które wywiera u królików niezawodne działanie zapobiegawcze i lecznicze względem rozmaitych zakażeń i zastąpić może niezupełnie dogodną do celów leczniczych surowicę. Ciało to przedstawia się w postaci szarego proszku, łatwo rozpuszczalnego w wodzie, a nie wywierającego żadnego złego wpływu ani na zwierzęta, ani na ludzi. Zakażenia, które dały się leczyć u królików, są następujące: węglik, gronkowiec złocisty, pneumokok FRAENKEL'a, lasecznik ropy błękitnej, gruźlica, tyfus brzuszny, tężec, błonica, zakażenia chirurgiczne septyczne i t. d. O sposobie otrzymywania tego ciała i o zastosowaniu go u ludzi mają zamiar autorzy wydać rzecz nową. (Centr. f. Bakt. XIX. N. 16 i 17). Z.

## Wiadomości bieżące.

**Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1896-ty stanowią:** a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSEAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOSIŃSKI. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BRUNER WŁADYSEAW, GEPNER BOLESEAW - RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, GROMADZKI JAN, GRUNDZACH IGNACY, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISEAW, OETUSZEWSKI WŁADYSEAW, ORŁOWSKI WACEAW, PALMIRSKI WŁADYSEAW, PRZYBOROWSKI ADAM, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSEAW, SZWAJGER JAKÓB i ŻURAKOWSKI ALEKSANDER.

— Od 1 marca 1895 r. angielskie ministerium poczt i telegrafów zaprowadziło tytułem próby ośmiogodzinny dzień pracy w dwóch fabrykach telegraficznych. Okazało się, że skutki tej reformy były bardzo zadawalające. Ilość dokonanej roboty była równa poprzedniej przy pracy dziewięciogodzinnej, ogólny jednak wygląd robotników i sprawowanie ich znacznie się poprawiło. Podobne wyniki otrzymano i w ministerium wojny i marynarki, gdzie ośmiogodzinny dzień pracy zaprowadzono już przed kilku laty.

— D-r Ch. E. EWANS, który brał udział w ostatniej francusko-pruskiej wojnie, niedawno wydał swoje wspomnienia w książce p. t. „With an Ambulance 1870—

1871“. (Wydanie John'a MURRAY w Londynie). Redakcja wiedeńskiego czasopisma „Die Waffen nieder“ gorąco zaleca tę książkę do jaknajszerszego rozpowszechnienia w interesie pokoju narodów, ponieważ barwne i prawdziwe opisy autora pomimowoli porywają czytelnika i potęgują jego niechęć do wojny.

— W październiku roku bieżącego w General Hospital w Massachusetts obchodzoną będzie 50 - ta rocznica pierwszego zastosowania eteru jako środka znieczulającego. Specyjalnemu komitetowi powierzono jaknajuroczystsze obchodzenie tego dnia. Uroczystość odbędzie się w tej samej starej sali operacyjnej, w której poraz pierwszy przed 50 laty eter zastosowano.