

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: O rokowaniu w suchotach płucnych. Podał dr. A. SOKOŁOWSKI, z Goerbersdorfu. (Dokończenie). — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O przeciwnym przebiegu stawów i wynianiu ich roztworem kw. karbolowego. Przez Fr. RINNE'GO. Streścił dr. E. MODRZEJEWSKI. (Dokończenie). — **Ódcinek.** Pojęcie w starożytności i w wiekach średnich oka i widzenia. Przez dra W. SZOKAŁSKIEGO. — **Streszczenia i wyciągi.** Stosunek zapalenia brzegu powiekowego do drożnowzroczności. Niedoślep pochodzący z zatrucia tytoniem. O zatkanu jelit kałowym i o jego leczeniu. **Przeгляд bibliograficzny.** O iprawa p. KADLEBROWI, autorowi broszury o leczeniu przyniotu bez pozostawania w mieszkaniu i t. d. Przez dra E. KLINKA. (Dokończenie). — **Kronika miejscowa.** Egzamina przyspieszone na wydziale lekarskim. Stypendium imienia ś. p. GIRSZOWTA. — **Ogłoszenia.** — **W Dodatku:** Assenizacja miast. Tymczasowe środki assenizacji miast naszych. Przez dra St. MARKIEWICZ, z Soczewki. (c. d.)

O ROKOWANIU W SUCHOTACH PŁUCNYCH.

Podał dr. Alfred **Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie na Szlązku.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 6).

Drugim wielkim działem suchot płucnych są tak zwane suchoty nabyte, przypadkowe. Wystąpić one mogą w każdym okresie życia: od wczesnej młodości do późnej starości; najczęstszą jednakże ich epoką są lata między 20 a 30 rokiem, t. j. lata w których szczególnie mężczyźni ulegają najwięcej różnorodnym wpływom szkodliwym zewnętrznym.

Przyczyny owej postaci suchot są niezmiernie różnorodne: zaziębienie, zaniedbane nieżyty, nadmierne zajęcie umysłowe przy niedostatecznym pożywieniu, nadmiar napojów wysokokowych, zajęcia szkodliwe dla prawidłowego oddychania, wilgotne mieszkania, nadużycia wszelkiego rodzaju, wpływy mechaniczne i t. p. wiele różnorodnych przyczyn mogą być momentem przyczynowym suchot płucnych nabytych.

Objawy pierwotne tychże suchot są wielce rozmaite; występują one głównie pod trzema postaciami. Choroba rozpoczyna się odrazu ostrym sposobem: gorączka, poty nocne, silny kaszel i osłabienie roztwierają scenę; zmiany owe postępują naprzód i kończą się nieraz już w kilka miesięcy, a nawet w kilka tygodni zejściem śmiertelnym, dając nam obraz kliniczny tak zwanych suchot galopujących; częściej jednakże, objawy ostre ustępują i rozwija się powoli cierpienie przewlekłe.

Druga postać rozwoju charakteryzuje się od początku przebiegiem przewlekłym: kaszel z początku bardzo nieznaczny, powoli zwiększa się głównie na wiosnę i w późnej jesieni, powoli dołącza się krótkość oddechu, go-

rażka od czasu do czasu, krwioplucie i t. p. Postać ta ma zazwyczaj najbardziej przewlekły przebieg.

Trzecia postać charakteryzuje się tem, że odrazu lub też, w następstwie niedługo trwającego kaszlu występuje krwotok lub silne krwioplucie, poczem cierpienie często wikłane gorączką przybiera również przewlekłą postać.

Te trzy postaci są główne, inne zaś powstają z kombinacji tych trzech głównych.

Wszystkie te postaci mają to wspólne, że 1) w znacznej liczbie przypadków powstaje jednostronnie t. j. u jednego ze szczytów płucnych (daleko rzadziej w dolnych ustępach płuca); dopiero w dalszym przebiegu i drugie płuco do sprawy chorobowej bywa wciągnięte i 2) że wszystkie one następnie przechodzą w postać przewlekłą (z wyjątkiem, jeśli odrazu nie powstaną suchoty galopujące) i wówczas postacie owe przebiegają mniej więcej podobnie, dając znany kliniczny obraz tak zwanego pierwszego, drugiego i trzeciego okresu przewlekłych suchot płucnych.

Rokowanie w poczynających się suchotach, w postaci pierwszej t. j. poczynającej się silną gorączką, jakoteż krwotokiem lub krwiopluciem z następową gorączką, winno być wypowiedane przez lekarza z wielką ostrożnością, nigdy bowiem lekarz nie jest w stanie przewidzieć, czy okres ów nieprzejdzie w postać suchot ostrych i w owym to okresie staranne leczenie miejscowe (przeciwzapalne i t. p.) jest w stanie wiele zrobić, bo pomóżd przyrodzie sprawy dążącej do wyrównania t. j. przeprowadzenia groźnego stanu w stan przewlekły mniej groźny. Rokowanie w sprawach suchotniczych, które już przyjęły stan przewlekły jest różnem, zależnie od okresu choroby.

W pierwszym okresie rokowanie opierać się winno głównie na dwóch objawach: 1) na stanie ogólnym; 2) na obecności lub nie od czasu do czasu występujących objawów heptycznych. Im stan ogólny jest lepszy, im mniejszego jest natężenia od czasu do czasu występująca gorączka, tem rokowanie lepsze, naturalnie w postaciach bezgorączkowych rokowanie będzie najlepszem.

Robiąc jednakże dobre rokowanie w okresie pierwszym (zgęszczenia nieznaczne) nie należy zapominać, że rokowanie takie wówczas tylko ziści się, gdy dane osobistości zaraz wówczas z całą energiją, nieszczędząc wszelkich ofiar materyjalnych, wezmą się do leczenia; lekarza obowiązkiem jest przedstawić choremu jasny obraz jego cierpienia i wszelkich możliwych ztąd wyniknąć mogących następstw; nie należy więc chorych pocieszać mówiąc im, że cierpią na zapalenie płuc kataralne, lub że mają nieznaczne zgęszczenie szczytu, lub przemianę deskwamacyjną, należy im powiedzieć wyraźnie, że są w przededniu suchot płucnych, że krok dalej, a są zgubieni niechybnie. W tym więc okresie zmiana zajęć, porzucenie stanowcze szkodliwych nałogów, poprawa warunków higieniczno-dyjetetycznych jest w stanie w zupełności zmienić kierunek choroby

i usprawiedliwić w zupełności nasze dobre rokowanie. W tym to okresie metodyczne i wytrwałe leczenie klimatyczne, głównie w zakładach leczniczych pod ścisłą kontrolą lekarską wydaje najświetniejsze wyniki. Niestety, jednakże w zakładach dla chorób piersiowych widzimy stosunkowo mało chorych tej kategorii; chorzy owi jeśli należą do klasy zamożnej, to szybko rzucają zakłady lecznicze, gdzie ścisły regulamin i kontrola lekarska prędko ich znudzi, wybierają miejsca, gdzie nęcą ich luźne rozrywki, bliskie domy gry i t. p. przyjemności i nie dziwnego, że w miejscowościach posiadających nieraz bardzo dobre warunki lecznicze stan ich zamiast się poprawiać, stopniowo się pogarsza. Inni chorzy t. j. mniej zamożni i głównie ludzie posiadający jakieś własną pracą zdobyte stanowisko nie mogą oddać się metodycznemu leczeniu, nie chcą tracić nieraz ciężką pracą zdobytego pokaznego stanowiska, nie chcą zawczasu zmienić swego zajęcia w wielkiem niezdrowym mieście na skromniejsze, a będące w lepszych warunkach zdrowotnych im odpowiednich, idą na przebój dalej, aż dopóki cierpienie groźnie dalej się rozwijać nie pocznie, nie zwali ich z nóg i nieprzedstawi ni smutnej rzeczywistości. Niestety! to ostatnie bardzo często widzieć się daje na kolegach naszych; zajęcie nasze jest jednym z najbardziej usposabiających do rozwoju suchot płucnych, rzadko jednakże lekarze, ratują się w początku dla wyżej wyluszczonej przyczyn, a większość ich dopiero w ostatnich okresach choroby szuka na gwałt ratunku, który niestety w wielu przypadkach jest już zapóźny ¹⁾.

Rokowanie w okresie drugim przewlekłych suchot płucnych (znaczne zgęszczenia, zniszczenia nawet, bez wyraźnego okresu hektycznego), jest daleko mniej pomyślnem aniżeli w okresie pierwszym, lecz tutaj powinno się ono opierać na tych samych podstawach, co i w pierwszym okresie: na stanie ogólnym i na tej okoliczności czy objawy gorączkowe występują od czasu do czasu czy nie i z jakim natężeniem. Im stan ogólny lepszy, im rzadziej występuje gorączka, tem rokowanie względnie lepsze. W tym jednakże okresie cierpienie przedstawia charakter bardzo ważny, jestto bowiem okres z którego tylko jeden krok pozostaje do okresu, w którym ratunek zapóźny. W drugim okresie suchot płucnych jest możliwe tylko uleczenie względne t. j. zatrzymanie sprawy w jej biegu (*Stillstand*), a całe usiłowanie lekarza, a bardziej jeszcze chorego winno być skierowane ku temu, aby ów okres powstrzymanego rozwoju sprawy jak najdłużej utrzymać; doświadczenie bowiem uczy, że sprawa bardzo często zwykła znowu powracać. Przy odpowiednim leczeniu, przy odpowiednich warunkach higieniczno-dyjetetycznych, ludzie znajdujący się w podobnym okresie mogą żyć wiele lat, a nawet jako pojedyncze przypadki okazują nawet dożyć późnej starości. Wszystko co się wyżej powiedziało przy rokowaniu w pierwszym okresie suchot, o zmianie zajęcia, miejscowości za-

¹⁾ W zakładzie leczniczym tutejszym rok rocznie w liczbie chorych znajduje się dość znaczna liczba lekarzy z różnych stron świata przybyłych; znaczna większość ich znajduje się zawsze w ostatnich okresach suchot.

mieszkania i t. d., wszystko to w wyższym jeszcze stopniu stosuje się do drugiego okresu. W tym okresie leczenie klimatyczne również wywiera w wielkiej liczbie przypadków wpływ bardzo korzystny t. j. doprowadza do uspokojenia sprawy, leczenie to jednakże w tym okresie wymaga jeszcze większej wytrwałości, dłuższego czasu i większej staranności ze strony leczącego lekarza, niż w okresie pierwszym. Tutaj także lekarz zalecający takowe leczenie winien o tem z góry uprzedzić chorego i nie robić mu zbyt śmiałych nadziei (jako niestety bardzo często się zdarza) i nie możebnych do spełnienia obietnic t. j. zupełnego uleczenia.

Przystępujemy nareszcie do rokowania w ostatnim okresie suchot, w okresie, gdzie obok znacznych zgęszczeń, poczynających się lub znacznych zniszczeń, istnieją mniej lub więcej wybitne objawy hektyczne, a więc gorączka, poty nocne, dreszcze, rozwolnienie i t. p. Okres ten daje bezwarunkowo złe rokowanie, a od więcej lub mniej wybitnych objawów hektycznych zależy dłuższy, lub krótszy żywot chorego. Wprawdzie i w tym okresie zdarzają się przypadki, że objawy hektyczne ustępują, chory poprawia się powoli, a nawet przychodzi do względnego zdrowia. Nie należy jednakże zapominać, że te przypadki są niezmiernie rzadkie, że nigdy nie mogą służyć za podstawę do rokowania i że przypadki owe doprowadzone do uspienia sprawy szczęśliwym zbiegiem różnych okoliczności, wkrótce znowu odzyskują swój pierwotny niekorzystny charakter, doprowadzając w krótkim czasie do zejścia niepomyślnego ¹⁾.

W tych okresach najstosowniej jest chorych pozostawiać w domu, nie trudząc ich dalekimi i kosztownymi podróżami zagranicznymi, jeśliby zaś okoliczności tego wymagały koniecznie, lekarz winien otaczającym jasno wskazać groźny stan rzeczy, a wyjazd i pobyt w stacyi klimatycznej uważać tylko za środek eutanatyczny ²⁾, a nie leczniczy.

Na jedną jeszcze okoliczność chcę zwrócić uwagę przy rokowaniu w ostatnim okresie suchot: oto bardzo często zdarza się, że otaczający chorego widząc, że wszelka nadzieja ratunku już stracona, zadają lekarzowi pytanie: jak długo żyć będzie chory? Z odpowiedzią na to pytanie należy być niezmiernie ostrożnym, liczne bowiem doświadczenia przekonało mnie jak dalece ostateczny okres suchot może nieraz się przeciągać; widziałem wielokrotnie chorych, którzy prawie bez tętna wiele godzin leżeli, paczem

¹⁾ Podobnych przypadków miałem dotychczas sposobność spostrzegać zaledwie kilka, pomimo olbrzymiego materiału, znajdującego się w tutejszym zakładzie. Z czterech przypadków dokładnie spozrzeganych, o których następnie miałem dokładne wiadomości dwóch zmarło w ciągu lat dwóch po opuszczeniu zakładu, dwóch innych dotychczas trzyma się dobrze.

²⁾ I o tem daloby się jeszcze dużo pomówić; niewygody na jakie tego rodzaju ciężko chorzy szczególniej zimą są narażeni w różnych stacyjach klimatycznych, zimne mieszkania, zła usługa i t. p. nigdy nie zastąpią wygod domowych i starannego dozoru, jakiego tacy chorzy wymagają, a owe wygody domowe w tym stanie chorych są ważniejszą rzeczą niż owe łagodne powietrze, którego zresztą chorzy ci z powodu swego ciężkiego stanu używać nie mogą. Nie należy przytem zapominać i wpływów przygniatających psychicznych jakoto: tęsknota za krajem, rodziną i t. p.

tętno się podnosiło, a chorzy nieraz całe tygodnie jeszcze żyli. Zawsze dokładnie stoi mi w pamięci suchotnik, który przeszedłszy najwybitniejsze okresy hektyki płucnej, nareszcie bez oddechu i tętna prawie, przedstawiał wyraźne oznaki poczynającego się konania, pomimo to jednakże w kilka dni tętno się poprawiło, stan ogólny chorego zaczął się potrochu polepszać tak dalece, że w trzy tygodnie nawet był w stanie odbyć kolejną kilkonastogodzinną drogę do domu, gdzie żył jeszcze cztery miesiące.

Jedyną okolicznością, która w takich razach do pewnego stopnia może służyć lekarzowi za wskazówkę, jest przebieg ciepłoty; jeśli u suchotnika z objawami hektycznymi końcowego okresu suchot, u którego przedtem dokładne mierzenie ciepłoty wykazywało ciągle znacznie podwyższoną ciepłotę, raptem takowa spadnie do normy lub nawet niżej, należy spodziewać się rychłego zejścia śmiertelnego, chociaż i to niezawsze, u wielu bowiem znowu następuje okres gorączkowy, trwający do samego skonu.

Wskazawszy w ogólnych zarysach podstawy, na których winno się opierać rokowanie w zwykłym przebiegu różnych postaci suchot płucnych, na zakończenie chcę jeszcze zwrócić uwagę na niektóre ważniejsze powikłania występujące w przebiegu suchot płucnych, a od których rokowanie również jest zależnym:

1) **O b j a w y k r t a n i o w e** wikłające suchoty płucne, a szczególnie owrzdodzenia tak zwane gruźlicze, albo suchotnicze (*ulcera tuberculosa laryngis seu phthisis laryngea*) są bardzo groźnym powikłaniem, rokowanie z tego też względu winno być złem, nawet jeśli owe zmiany krtaniowe towarzyszą sprawom płucnym nieznacznie rozwiniętym ¹⁾.

2) **K r w o t o k i i k r w i o p l u c i e** są jednym z najczęstszych powikłań suchot płucnych we wszystkich okresach. Krwioplucie nieznaczne (*haemoptoe*) nie zmienia w niczem rokowania, nie jest powikłaniem groźnym, przeciwnie w ogóle rzecz biorąc, można śmiało twierdzić że postaci suchot wikłane krwiopluciem mają mniej groźny przebieg, niż przebiegające bez krwioplucia, te ostatnie zazwyczaj charakteryzują się szybkim niepomyślnym przebiegiem. Krwioplucie znaczniejsze, właściwie mówiąc, tak zwany krwotok płucny (*pneumorrhagia*) ma bardzo różne znaczenie. Znaczenie i rokowanie przy jego wystąpieniu, zależy głównie od tej okoliczności: czy krwotok pociąga za sobą powstanie gorączki lub nie? W pierwszym razie rokowanie staje się groźniejszym, gdyż wówczas najczęściej rozwija się (jako ma miejsce szczególnie w ostatnim okresie suchot) rozlane kachektyczne zapalenie płuc, sprowadzające szybko zejście śmiertelne, w drugim razie t. j. gdy krwotok nie pociąga za sobą gorączki, nie zmienia on w niczem rokowania zależnego od danego okresu choroby. Wreszcie obfity krwotok niezmiernie rzadko wywołuje śmierć natychmiastową, wskutek uduszenia, do-

¹⁾ Bliższe szczegóły o suchotach krtaniowych ze stanowiska klinicznego mam czytelnikom MEDYCYNY podać wkrótce w obszerniejszej pracy.

tychczas za ledwie spostrzegalem trzy tego rodzaju przypadki: dwa pierwsze dotyczyły osobników z dużemi jamami bez objawów hektycznych, u których krwotok raptowny zakończony śmiercią natychmiastową, był spowodowany jako badanie pośmiertne wykazało, pęknięciem znaczniejszej gałązki naczyniowej przebiegającej wśród jamy. Trzeci przypadek dotyczył 17 letniej chorej, u której zmiany w płucach były niezmiernie ograniczone, krwotok gwałtowny śmiertelny wystąpił bez żadnej widocznej przyczyny, podczas gdy chora zupełnie dobrze się czuła; ponieważ jednak badanie pośmiertne nie mogło być dokonane, więc o istotnej przyczynie śmierci trudno wnioskować.

3) Odma piersiowa (*pneumothorax*) występuje względnie dosyć często w końcowym okresie suchot, stanowi powikłanie groźne i rokowanie winno być zupełnie złem. Śmierć najczęściej w kilka dni do tygodnia następuje, chociaż widziałem przypadki gdzie chorzy po następiącej odmie piersiowej, przy objawach *pyopneumothoracis* żyli po kilka miesięcy jeszcze, o tej więc ostatniej okoliczności przy rokowaniu nie należy zapominać.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O przeciwnilnem przekłówanu stawów i wymywaniu ich roztworem kwasu karbolowego.

Przez Fr. RINNE'GO.

Streścił E. Modrzejewski.

(Dokończenie.— Zob. N. 6).

Co do otrzymanych z przekłócia wyników, można odróżnić 3 grupy: 1) występuje po przekłóciu bardzo słaby odczyn gorączkowy, wysięk nie pojawia się; 2) występują nieznaczne objawy ostrego zapalenia błony maziowej (*m. synovialis*) z utworzeniem się wysięku, który jednak prędko ulega wchłonięciu i więc się nie pojawia; 3) wysięk pojawia się bez żadnych objawów odczynu i albo w krótkim czasie znika, lub też pozostaje.

Przebieg odpowiadający pierwszym dwóm grupom, jest najczęstszy. Odpowiada on wysiękom surowicznym bez nadzwyczajnych zmian następowych, lżejszym postaciom nieżyto-ropnego zajęcia stawów ¹⁾ i wylewom krwi do stawów. Obiedwie te grupy cierpień stawowych, pomimo różnicy w ich przebiegu, mają to wspólne, że błona maziowa okazuje się wrażliwą na podrażnienie, tak że kwas karbolowy wywołuje ostre zapalenie z charakterem już to suchego nieżytu, już to wysiękowym, zawsze jednak błona maziowa traci swoje usposobienie do długotrwałych wysięków.

Do trzeciej grupy zaliczają się zastarzałe przypadki wysiękowego cierpienia stawów, ze zgrubieniem błony maziowej i sąsiedniej tkanki łącznej, z rozluźnieniem więzadeł i t. d. Przypadki te wymagają energicznego leczenia, przekłócie musi być kilkakrotnie powtarzane, roztwór kwasu karbolowego silniejszy lub też zastąpiony przez przetwory jodu.

Autor podaje następnie w krótkości przypadki, z oddziały d-ra SCHEDEG'O

¹⁾ K. VOLKMANN. *Ueber die katarrhalische Formen der Gelenkeiterung.* Langenbeck's Archiv f. Chir. Bd. I.

podług tego sposobu leczone, dzieląc je na kilka grup, aby w różnych postaciach chorobowych, wykazać różny wpływ tego sposobu leczenia. Łatwo bowiem pojąć, że świeże surowicze wysięki stawowe łatwiej się leczą, niż długotrwałe postaci nieżytowe, a te znów łatwiej, niż ostre ropne cierpienia stawów, powstałe skutkiem głębszych zmian mięszkowych. Autor sądzi, że wiele z przytoczonych przez niego przypadków byłoby zapewne leczonych przez innych lekarzy zapomocą drenowania stawu i rzeczywiście, trudno jeszcze dzisiaj ściśle podać wskazania dla tych dwóch operacji (przekłócia stawów i drenowania). W zasadzie jednak byłoby korzystniejszym, żeby w przyszłości ograniczyć użycie drenowania, a rozszerzyć zakres użycia przekłócia stawów, jako prostszej i mniej niebezpiecznej operacji.

Pierwsza grupa przypadków dotyczy podostrych i długotrwałych wysięków z charakterem przeważnie surowiczo-maziowym. Wysięki te stosownie do tego, czy zawierają domieszki komórek z wewnętrznego powierzchni błony maziowej (VOLKMANN), lub też skrzepów włóknika, krwi i ciałek ropnych, mogą być najrozmaitszej gęstości i różnej barwy. Oprócz więc czystych postaci wysiękowych zalicza tu autor nieżytowe VOLKMANN'owskie zapalenie stawów i zapalenia surowiczo-włóknikowe HÜTER'A. Jednakowe oddziaływanie wszystkich tych postaci na przemywanie kwasem karbolowym upoważniło autora do pomieszczenia ich w jednej grupie.

Niektóre z tych przypadków podajemy tutaj w streszczeniu, odsyłając co do innych do oryginału tej ważnej i że wszęch miar interesującej pracy.

Karol Mader 19 lat liczący, przyjęty w Lutym 1876 r. cierpi od 6-u tygodni na silne bóle w obydwóch stawach kolanowych; z których prawe zwłaszcza mocno nabrzmiało. Znaczny wysięk i bolesność w prawem kolanie, ruchy czynne niemożliwe; w lewym kolanie wysięk nieznaczny, ruchy łatwiejsze. Leczone bezskutecznie jodynoweni smarowaniami, uciskiem, massażem, natryskiwaniem i t. d. W Maju (25) dokonano przekłócia obydwóch stawów kolanowych i przemycia 3% roztworem kwasu karbolowego. Płyn wypuszczony był zupełnie przezroczysty, lepki i zawierał skrzepy włóknika. Po operacji odczyn gorączkowy z wieczorną ciepłotą 39°. Na drugi dzień po operacji zauważono nowy wysięk, który w pięć dni (30 Maja) znikł zupełnie, gorączka ustąpiła. W Sierpniu chory, mógł już zginać stawy pod kątem prostym, wysięku nie było śladu i takowy nie pojawił się do Października, pomimo że chory był w ciągłym ruchu.

Otto Richter 25 lat liczący, przyjęty w Lutym 1877 r. Od 14-u dni nabrzmienie prawego kolana, bolesność, wysięk. 6-go Marca przekłócie i przemycie 5% roztworem kwasu karbolowego, zawartość stawu surowicza, odczyn pooperacyjny żaden. Do 21-go Marca chory wstał; wysięk znikł zupełnie.

August Graf 23 lat, przyjęty w Kwietniu 1877 r. od 5-u tygodni nabrzmienie prawego kolana ze znacznym wysiękiem. 16-go Kwietnia przekłócie z przemyciem 3% roztworem; zawartość, rozcieńczony płyn maziowy. 17-go Kwietnia silne bóle w kolanie, nowy wysięk, ciepłota ciała 38,5 przez dwa dni. 23-go Kwietnia wysięk znikł, a 28-go t. j. w 12 dni po operacji chory swobodnie mógł chodzić; wypisany 8 Maja.

Zofja Lifard 33 lat licząca, przyjęta we Wrześniu 1877 r. Przed 14-u dniami wystąpiło nabrzmienie prawego kolana bez bólu i gorączki. Wysięk znaczny, torebka stawowa mocno naprężona. 29-go Września przekłócie i przemycie 5% roztworem kwasu karbolowego. Wypuszczono 150 Cc. mętnego płynu maziowego. Wysięk się nie pojawił, odczyn żadnego nie było i w 15 dni po operacji chora, wypisana jako zdrowa, z zupełną używalnością stawów.

Jan Dümchen 19 lat liczący, przyjęty w Marcu 1877 r. Od 8-u dni nabrzmienie prawego kolana, wysięk nieznaczny, bolesność stawu, gorączka z wieczorną ciepłotą 38,6. Dokonano przekłócia i przemycia 3% roztworem kwasu karbolowego. Zawartość stawu gęsta, żółtawa, mnóstwo ciałek ropnych. Po przekłóciu nie było żadnego odczynu, wysięk

jednak znów się nagromadził. Przy zastosowaniu opaski sprężystej wysięk znikł zupełnie. Chory w 10 dni po operacji chodził swobodnie.

Z 11-u przypadków przytoczonych przez autora u 3-ech chorych przyczyną cierpienia stawu było uszkodzenie (*trauma*) u 6-u przeziębienie, u 1-go wysięk w stawach kolanowych był objawem gościa wielostawowego, u 1-go zaś chorego cierpienie stawu było wywołane chorobą przymiotową.

Płyn wypuszczany ze stawów był 7 razy surowiczo-maziowy i zawierał zaledwie ślady pierwocin morfologicznych. W dwóch przypadkach zawartość była mętna, skutkiem znacznej w niej ilości ciałek ropnych i komórek nabłonkowych. W 1-m przypadku była znaczna ilość skrzepów włóknika, a raz była zawartość przeważnie ropna.

Co do przebiegu pooperacyjnego, to po 13-u przekłuciach u 10-u chorych, 5 razy nie było żadnego odczynu i wysięk się nie pojawił, 4 razy nastąpił dość znaczny odczyn (bolesność stawu, gorączka) i wysięk chwilowo znów się nagromadził, raz nastąpił odczyn gorączkowy bez wysięku, raz wysięk bez gorączki, dwa razy wysięk pojawił się bez odczynu gorączkowego i znikł dopiero po wstrzyknięciu do stawu jodyny. Ostateczny zatem wynik leczenia był następujący: 9-u chorych zupełnie wyleczonych, jeden zmarł na gruźlicę, u 1-go chorego wynik operacji był przynajmniej ten, że przy pomocy kija chory mógł chodzić, gdy poprzednio stale pozostawał w łóżku.

Jeżeli przyjmiemy, że w przypadkach powyżej przytoczonych, sprawa chorobna ograniczała się tylko do błony maziowej, łatwo dostępnej dla środków lekarskich, to działanie na takową kwasu karbolowego można przyjąć jako ściągające lub lekko drażniące. W przypadkach jednak, w których sprawa chorobna przekroczyła granice błony maziowej, w których i tkanka łączna sąsiadująca z błoną maziową, lub też chrząstka sama ulega cierpieniu, działanie kwasu karbolowego zdawałoby się być za słabe. Nie odpowiada jednak praktyka temu teoretycznemu rozumowaniu, gdyż i takie ciężkie postaci cierpień stawowych bywają leczone pomyślnie przemywaniami kwasu karbolowego. Autor sądzi, że, aby zrozumieć skutek leczenia takich ciężkich postaci wysiękowego, a zwłaszcza ropnego (*empyema articuli*) zapalenia stawów, trzeba w nich ściśle rozróżnić dwie grupy t. j. czy pierwotne cierpienie dotyczy kostnych końców stawowych, chrząstka zaś i błona maziowa bierze udział wtórny, lub też błona maziowa cierpi pierwotnie i sprawa chorobna przechodzi na chrząstki i kości. W pierwszym przypadku przekłucie i zastosowanie środka lekarskiego na błonę maziową, będą miały tylko działanie objawowe (symptomatyczne), w drugim zaś przyczyną rozszerzenia się cierpienia na końce stawowe są długo przebywające w stawach wytwory pierwotnego zapalenia, wypróżniając więc staw należyście, czynimy zadość *indicationi causali* i możemy się spodziewać, że nie tylko powstrzymamy szerzenie się sprawy, lecz i potrafimy wpłynąć korzystnie na wyrównanie się zmian, już powstałych.

Druża grupa cierpień stawowych, pomieszczona przez autora, dotyczy 5-u przypadków które, chociaż różnią się znacznie między sobą odnośnie do natężenia sprawy chorobnej, mogą być razem pomieszczone, z powodu jednakowych przyczyn wywołujących te cierpienia stawów.

Chodzi tu mianowicie o tak zwane umiejscowione (*fixierten*) goścowe cierpienia stawów, o pozostałości ostrego gościa stawów, umiejscowione w pojedynczym stawie (*monarticularre Residuen des acuten Gelenkrheumatismus*).

W ostrym goścawym stawowym, podrażnienie błony maziowej jest podobną VOLKMANN'A, od początku już tak silne, że następuje obfite wytwarzanie się w stawie ciałek ropnych. Następuje także zaraz z początku, przy małym stosunkowo wysięku w stawie, zajęcie tkanki łącznej, naokoło

blony maziowej (*perisynovialen Gewebe*), w postaci głębokiego zapalnego nasięku. Wszystkie te objawy znikają zwykle bez śladu, wysięk ropny na drodze przemiany wstecznej ulega wchłonięciu. Jeżeli jednak przebieg jest niezwykle, wysięk ropny pozostaje bez zmiany, tworzy się wtedy trwały bodziec zapalny dla okółostawowych tkanek, chrząstek i kości i niszczenie postępuje dalej. W przypadkach więc takich, sprawa zapalna z początku samego, nie ma skłonności do niszczenia, a nabiera takowej dopry przy dłuższym swem trwaniu.

Jeden z tych przypadków przytaczam.

Ida Karge 38 lat, przyjęta 25 Września 1876 r. Zachorowała w Sierpniu na ostry gościec stawów, który od 15-go Września umiejscowił się w prawym stawie kolanowym. Wysięk i bolesność w stawie, ciepłoty wieczorne między 38,0^o C. i 39,0^o. 27-go Września przekłócie i przemycie 3% roztworem kwasu karbolowego; wypuszczone znaczną ilość ropy zmieszanej z płynem maziowym. Po operacji nie było żadnego odczynu, ciepłota ciała spała. 3-go Października nieznaczny wysięk w stawie, ucisk opaską flanelową i szyna podkolanowa. 11-go Października wysięk znikł, a 18-go t. j. w 21 dni po operacji chora zaczęła chodzić z przyrządem BONNETA i wysięk się nie powtórzył. Przy wypisaniu chorej w Listopadzie staw kolanowy mógł być czynnie zginany do kąta prostego.

W 5-u przytoczonych przez autora przypadkach gościa stawowego chorzy zapadli nań przed 2 a, 3-a i 6-a tygodniami. U niektórych chorych zaraz, u innych w kilka dni od początku choroby wystąpiło z bólami zapalenie stawu kolanowego z ciągłą prawie gorączką i utrudnieniem ruchów w stawie. Przy przekłóciu wypuszczono u wszystkich wysięk ropny, u dwóch chorych była tylko ropa, u innych przeważnie ropa. Odczyn pooperacyjny: w 3-ch przypadkach wysięk odnowił się, raz ze stopniowem, raz z natychmiastowem niżeniem wysokiej przedtem bardzo gorączki, a w jednym przypadku gorączka, nieznacznie się podniosła. W dwóch przypadkach wysięk się więcej nie pojawił. Ostateczny wynik leczenia był: wyleczenie z więcej lub mniej ograniczoną ruchomością w stawie. W 3-ch przypadkach zgięcie czynne w stawie było możliwe do 90^o w 1-m do 135^o, a w 1-ym zupełnie niemożliwe.

Autor zadaje sobie pytanie: czy w przypadkach tych leczenie podziałało korzystnie, czy choroba została uleczoną? Chcąc to rozstrzygnąć trzeba wziąć pod uwagę to, co w przypadkach takich można było wymagać od tego sposobu leczenia. Jeżeli przyjmiemy, że cierpienie pierwotne było w blonie maziowej, to przekłócie i przemycie stawu, stosownie do tego cośmy wyżej powiedzieli, odpowiadało w zupełności wskazaniami przyczynowemu. Zmiany jednak mięszkowe w tkankach otaczających i w chrząstkach które mogły być już nastąpić, wychodziły poza zakres tego leczniczego działania.

Zdaje się jednak, że i w tych przypadkach można być zadowolonym z tego sposobu leczenia, ponieważ skutek operacji był świetny. Objawy zapalne szybko znikły, a wyzdrowienie z używalnością zupełną częściowo ruchomego stawu, następowało bardzo prędko.

Autor przytacza w końcu 3 przypadki ostrego ropnego zapalenia stawów, które rozwinęło się skutkiem uszkodzenia (*trauma*). Wszystkie one pod względem rozwoju, przebiegu i zejścia mało się różnią między sobą i dlatego przytaczam tu w streszczeniu tylko pierwszy z nich.

Karol Plönske 49 lat liczący, przybył w Styczeniu 1876 r. Od dwóch dni skutkiem upadku rozwinęło się zapalenie stawu kolanowego lewego. Kolano lekko zgięte, torebka stawowa naprężona, okolica stawu zaczerwieniona, gorąca. Przy dotykaniu i ruchach bolesność w stawie znaczna, ciepłota ciała 38,5. W 3 dni po przybyciu chorego dokonano przekłócia stawu i przemycia 3% roztworem kwasu karbolowego. Wypuszczono filizankę ropy zmieszanej ze skrzepami włóknika.

W dwa dni po operacji bolesność w stawie taka sama, gorączka nie spadła, wysięk jednak zupełnie się nie pojawił. Nałożono opatrunek gipsowy na staw, a po zdjęciu takowego zastosowano wyciąganie stałe. Chociaż wysięk się nie pojawił, bolesność stawu i gorączka trwały ciągle, dopiero w Marcu stan ogólny się polepszył i bolesność w stawie zmniejszyła. W Lipcu dokonano *brisement forcé* zesztymniałego kolana, lecz z powodu bolesności w stawie przy ruchach dokonywanych zapomocą maszyny BONNET'A chory został w Grudniu wypisany ze sztywnym stawem kolanowym.

Przypadki podane przez autora zasługują na uwagę z tego powodu, że u wszystkich chorych nieznaczna stosunkowo przyczyna, (klęczenie na kamieniach, skręcenie w stawie (*distorsio*), upadek na kolano) wywoływała w ciągu kilku dni ciężkie zapalenie stawu kolanowego, z wysoką gorączką i znaczną bolesnością w stawie. Widać, że cierpienie stawu z samego zraz początku nie ograniczało się do samej błony maziowej. Wskazuje to gwałtowny rozwój choroby, wysoka gorączka i objawy zapalne (bolesność czerwoność, podwyższona ciepłota, nabrzmienie), w tkankach około stawowych. Wysięk jednak nie był tak znaczny i był on tylko częściowo ropny.

Ważnymi są te przypadki głównie z powodu zastosowanego u nich leczenia. Po przekłóciu i przemyciu, w żadnym przypadku wysięk się nie pojawił, lecz mimo to nie było najmniejszej poprawy w dolegliwościach podmiotowych, gorączka nie znikwała. Należało więc wobec tego przypuścić, że w przypadkach tych pierwotne cierpienie miało swój początek w kostnych końcach stawowych, co się zdaje tem prawdopodobniejszym, że w dwóch przypadkach wystąpiło następnie wyraźne cierpienie kości.

Jak należy leczyć podobne przypadki? Czy drenowanie dałoby lepsze wyniki? Wątpliwem to jest, ponieważ w przypadkach tych brakowało najważniejszego wskazania dla drenowania t. j. znacznego nagromadzenia ropy w stawie. Autor sądzi, że w przypadkach takich, aby otrzymać lepszy wynik, trzeba podzielać dłużej środkiem przeciwnilnym (*desinficiens*) na wnętrze stawu t. j. połączyć ciągle zraszanie (*permanente Irrigation*) jamy stawowej z drenowaniem, a jednocześnie działać na pierwociny zapalne w samej kości za pomocą wstrzykiwań kwasu karbolowego podług HÜTER'A, lub też nakłóć ogniowych KOCHER'A. Rozumie się samo przez się że nie należy zaniedbywać unieruchomienia stawu i ciągłego wyciągania, tych tak ważnych czynników zmniejszających bolesność i zapobiegających utworzeniu się skrzywień stawowych. Próbowanem było także przekłócie i przemycie przy długotrwałych ziarninowych cierpieniach stawów (*tumor albus*), zwłaszcza w ich początku, nie podaje jednak autor ostatecznych wyników, z powodu małej ilości spostrzeżeń (3), dodając tylko, że żadnych złych następstw operacja ta nie wywołała.

W zakończeniu niniejszej pracy podaje jeszcze autor 6 przypadków znacznych wylewów krwi do stawów (*haemarthrosis*), wyleczonych tym sposobem. Były to przypadki złamań rzepki połączonych z wylewami krwi do stawu, w których operacja dokonana została, dla łatwiejszego złączenia odłamków kostnych. W żadnym z tych przypadków nie wytworzył się długotrwały wysięk w stawie, tak łatwo powstający po wylewach krwi do stawów. W dwóch przypadkach po przekłóciu nie nastąpiła gorączka ani bolesność, w 4-ch przypadkach, w których staw tylko wypróżniono, nastąpił odczyn lekko gorączkowy.

Z danych powyżej przytoczonych autor przychodzi do wniosku, że przekłócie stawu kolanowego dokonane w przeciwnilnych warunkach, nie jest wcale niebezpiecznem. Przyjmując to, musimy uważać sposób leczenia wysięków stawowych zapomocą przekłócia i przemycia roztworem

kwasu karbolowego, jako niesłuchanie wyższy od dawnych sposobów leczenia, gdyż usuwa on cierpienie z pewnością, usuwa je prędko i bezpowrotnie. Autor uważa, że nie należy długo zwlekać z przekłóciem, jeżeli tylko przypadek jest odpowiedni, a zdania dawniejsze HÜTER'A, który obawiając się przekłócia stawów, radzi leczyć cierpienie stawowe innymi sposobami wprawdzie nie *cito lecz tuto*, modyfikuje w ten sposób: odpowiednie cierpienia stawowe należy leczyć *cito et tuto* z pomocą nieszkodliwego przekłócia. Do cierpień stawowych które za pomocą przekłócia i przemycia kwasem karbolowym mogą być wyleczone, lub też można tym sposobem wywrzeć wpływ korzystny na dalszy przebieg choroby, zalicza autor:

I. Ostre zapalenia błony maziowej (*synovitis acuta*), zwłaszcza te przypadki, w których skutkiem znacznego wysięku jest obawa, że nastąpi przedziurawienie torebki stawowej

II. Ostrowe i długotrwałe surowicze wysięki. W ostrawem zapaleniu błony maziowej należy czekać tak długo, dopóki wysięk się nie powiększa. Jeżeli następnie przy odpowiedniemu bandażowaniu stawu wysięk nie znika, stosujemy wtedy przekłócie jako najpewniejszy i najprędszy sposób leczniczy.

Każdy długotrwały wysięk należy leczyć natychmiastowym przekłóciem, ponieważ doświadczenie nauczyło, że inne środki rzadko przynoszą pożądaną skuteczną pomoc.

III. Przechodnie postaci ropnego cierpienia stawów, tak zwane przez VOLKMANN'A ropienia stawów nieżytowe (*katarrales Gelenkeiterungen*) z wysiękiem ropno-maziowym.

IV. Ostre wylewy krwi do stawów powstałe skutkiem uszkodzeń (*trauma*). Przy znacznym wylewie wskazaniem dla opróżnienia stawu może być bolesność ogromna stawu. Przy złamaniu rzepki przekłócie ułatwia dalsze leczenie. We wszystkich jednak przypadkach operacja ta zapobiega następstwu utworzenia się wysięku.

V. Pojedyncze przypadki pedogry (*arthritis urica*)¹⁾ ze znacznymi wysiękami do stawów. Przekłócie ma tu działanie objawowe usuwając wysięk i łagodząc przez to bóle.

VI. Mięszkowe ropne zapalenia stawów, wskazują przekłócie tylko o tyle o ile zachodzi obawa przedziurawienia torebki stawowej przez wysięk. W większości jednak przypadków wskazaniem tu będzie drenowanie, w innych przypadkach wskazaniami będą: zraszanie (*irrigatio*) jam stawowych, nakłócia ogniowe (*ignipunctura*) i wiercenia (*trepnatio*) końców stawowych kości.

VII. Lżejsze postaci ziarninowego zapalenia stawów. W przypadkach tych przemywanie kwasem karbolowym może działać pomocniczo, przy innym odpowiednim leczeniu.

ODCINEK.

Pojęcie w starożytności i w wiekach średnich oka i widzenia.

Przez d-ra W. Szokalskiego.

Celem kilku niniejszych wierszy jest zwrócenie uwagi na zamieszczony tu rysunek, który zapożyczamy z pierwszego wydania dzieła VITELLION'A

¹⁾ Autor przytoczył w swej pracy jeden podobny przypadek pomyślnie wyleczony.
(*przyp. spr.*)

je, ale zarazem i całe ciało lodowate (soczewkę) otacza, a zarazem do niego wnika. Ciało to staje się tym sposobem bezpośrednim narzędziem czującym światło (*organum virtutis visuae*), na niem się tworzy, a zarazem w nie wdraża obrazek wzrokowy, tam jest poczuty i zapomocą duchów wzrokowych do mózgu bywa przenoszony.

Takiemu pojęciu o budowie oka odpowiada teoria optyczna tworzenia się rzeczzonego obrazka przez staro-greckich optyków (EUKLIDES, PTOLOMEUSZ, APOLLONIUSZ i PAPPUS) wyrobiona i przez arabów średnim wiekiem podana, która panowała w nauce aż do połowy siedemnastego stulecia. Polegała ona na przypuszczeniu, że od każdego punktu widzianego przedmiotu ten tylko promień światła wpada do wnętrza oka naszego, który prostopadłe pada na błonę rogową. Inne na nią padające, albo się od niej odbijają, albo się załamują, wdrażając do gałki, załamania zaś takie tym tylko promieniom służą, które są tuż obok prostopadłych położone, tak iż zejście się ich w ognisku odpowiada odległości soczewki. Tu więc tworzy się obraz optyczny, a chociaż promienie przenikają głębiej, z powodu przezroczystości ciała szklistego, to tam już są rozpierzchłe i jako takowe giną w lejku nerwu wzrokowego. Ślepota (*amaurosis*) jest porażeniem soczewki, zaś ślepa zaś (*cataracta*) jest chorobliwie wytworzona zasłoną między soczewką, a otworem źrenicy, zasłoną, którą operacyjną oddala bez uszkodzenia soczewki.

Takie pojęcia o budowie oka i o sprawie widzenia utrzymywały się jak powiedziano aż do połowy siedemnastego wieku, dopóki rozwój nowoczesnej anatomii, oraz nieśmiertelne prace KEPLER'A rzeczy w innym zupełnie nie okazały nam światła. Wyjaśnienie działania szkieł skupiających (soczewek) zamieniło gałkę oczną na przyrząd optyczny, w którym owo ciało lodowate (*corpus glacialis*) wyłącznie optyczną zaczęło odgrywać rolę, obrazek zaś optyczny przeniesiony został na dno gałki, wysłane błoną siatkową z wielkiem zgorzeniem zachowawców i czcicieli starodawnych pojęć, pojąć nie mogących jakim sposobem widzi się prosto, kiedy tam obrazek przecież na odwrót się odzworowywa. Jakie koleje przechodziła teoria widzenia starałem się podać obszernie w przedmowie do mojego dzieła: O chorobach przyrządu wzrokowego u człowieka. Odysłałem do niej przeto ciekawych, poprzestając tutaj na rysunku CIOLKA który później dopiero poznałem zbierając materyjały do świeżo wydawanej Oceny naukowego stanowiska w średniowiecznej optyce znakomitego uczonego naszego. (Obacz A t e n e u m, poszyt Grudniowy 1877 r.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Stosunek zapalenia brzegu powiekowego (*blepharitis ciliaris*) do zdrożnowzroczności. Wiadomo, że niektóre postacie zapalenia spojówki zawdzięczają swe pochodzenie zбочeniom łamliwości oka. John ROOSA (*Amer. Journ.* str. 92, 1877) przekonał się, że podobny stosunek przyczynowy zachodzi także i między zapaleniem brzegu powiekowego, a zdrożnowzrocznością (*ametropia*). Z poszukiwań tego badacza wynika, że często choroby cebulek rzęsovych towarzyszą zбочeniam łamliwości oka i że te ostatnie stanowią wówczas przyczynę uporeczywości i prawie nieuleczalności pierwszej. Wyniki, do jakich doszedł autor, są następujące:

1. Zdrożnowzroczność stanowi częste powikłanie zapalenia brzegu powiekowego.
2. Poprawa zdrożnowzroczności w takich razach znakomicie ułatwia wyleczenie zapalenia brzegu powiekowego.
3. Często samo wkraplanie atropiny, która, jak wiadomo, poraża akomodacyjną, usuwa zapalenie brzegu powiekowego zależne od zdrożnowzroczności.

4. Ze wszystkich postaci zapalenia brzegu powiekowego przy zdroźnowzroczności najczęściej zdarza się ta, która polega na nadmiernej wydzielinie z cebulek rzęsovych i gruczołków chrząstki powikowej (tworzenie się strupów, owrzodzenie, przekrwienie).

5. Z wadliwości refrakcyjnych, nadwzroczność najczęściej pociąga za sobą zapalenie brzegu powiekowego.

Niedosłep pochodzący z zatrucia tytoniem (*amaurosis nicotinic*). GUELLIOT (*Progrés médic.* 1877) przytacza 6 przypadków ślepoty, powstałej w następstwie przewłocznego zatrucia tytoniem. Autor stwierdza objawy tej choroby, wykazane poprzednio przez WECCKER'A, HUTCHINSON'A i innych, a mianowicie: że ślepotą z nadużycia tytoniu nie powstaje nigdy równocześnie na obu oczach; że oko prawe częściej podlega chorobie niż lewe; że istnieje pośredkowy brak w polu widzenia (*scotoma centrale*); że chorzy od czasu od czasu widzą przedmioty zabarwione na żółto. Szczególniejszy kładzie autor nacisk na dwa objawy, które uważa za stałe i mogące posłużyć do odróżnienia danego niedosłepu do upośledzenia wzroku zależnego od nadużycia wysokoju (*amaurosis alcoholica*); chorzy nie tracą zdolności rozróżniania barw; widzą gorzej wieczorem niż w dzień. S. K.

O zatkaniu jelit (*occlusio intestinorum*) skutkiem zgromadzenia się w nich kału i o środkach w tych razach używanych. Dr. E. BARIE (opisał w *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* Nr. 51, 1877) ciekawy przypadek zatkania jelit, który tu w streszczeniu przytaczamy: Kobieta 45-letnia, pracznka, cierpiąca na stałe zaparcie stolca, nagle poczuła silne bóle w brzuchu, które w ciągu 2-oh godzin doszły do niesłychanego stopnia. Wypróżnień 5 dni już nie było wcale, natomiast zjawiły się wymioty żółciowe, a wraz z niemi siły opuściły chorą zupełnie, oieplota opadła do 36^o, a tętna prawie wyczuć nie można było; chora robiła wrażenie osoby cholerycznej. Dr. B. przywołany do chorej przepisał, jak to zwykle w tych razach czynimy, silny środek przeczyszczający (*ol. crotonis*), lód w kawałkach i zimne okłady na brzuch; gdy jednak po dwudniowem użyciu środka te żadnej nie przyniosły korzyści, dr. B. zalecił postawić na brzuch 12 pijawek. Skutek tego przeciwzapalnego leczenia był nadspodziewany: w przeciągu 1/2 godziny pokazały się obfite wypróżnienia, a w 4 dni chora zupełnie wyzdrowiała. Przeglądając literaturę rozmaitych czasów, B. nie znalazł nigdzie wzmianki o leceniu przeciwzapalnym zatkania jelit. Wprawdzie LOUIS, GRISOLLE, BESNIER zalecają czasami miejscowe upusty krwi, ale tylko w tych razach gdzie przypuszczamy zapalenie otrzewni. Tymczasem na zasadzie przytoczonego przypadku i kilku innych, spostrzeganych na klinice PETER'A, dr. B. usilnie takowe zaleca, tłumacząc ich pożyteczność w następujący sposób: wiadomo, że kał nagromadzony drażni mechanicznie oddziały jelit, leżące poniżej zatkania i tym sposobem wywołuje ich skurcz, który, będąc skutkiem zatkania, staje się zarazem momentem sprzyjającym jego wzmożeniu się. Z drugiej strony kał uciska ścianki jelit, i wstrzymując w nich krwi obieg, wstrzymuje zarazem ruchy robaczkowe (jak to z doświadczeń LÉGROS'A i ONIMUS'A wiadomo), a nawet zgorzel wywołać może. Otóż miejscowy upust krwi działa raz jak środek kojący, skutkiem czego znosi skurcz dolnego odcinka jelit; nadto ułatwiając wstrzymanemu odpływu krwi żyłnej — wznowia ruchy robaczkowe. Aczkolwiek dr. B. przekonany jest o skuteczności, zalecanego przez się środka, pomimo tego nie uważa go ani za jedyny, ani nawet za najlepszy. Przeciwnie stawia on zimno, zastosowane tak do wewnątrz i na zewnątrz, jak również i środki przyspieszające ruchy jelit (przedewszystkiem olejek krotonowy) na pierwszym planie; dopiero jeżeli one zawadzą, wtedy lekarz, zanim operacyją przecięcia ścian brzucha postanowi wykonać, winien spróbować i miejscowych krwi upustów.

Z pomiędzy innych środków autor wyróżnia jeszcze elektryzacją jelit i wyciąganie z nich gazów. Oba te sposoby zbyt są nowe aby o nich stanowczo wyrokować można; w każdym razie TRUPIER, DUCHENNE de BOULOGNE, a w 1875 roku FLEURIOT i DAL MONTE prawie cudowne widzieli skutki z użycia elektryczności. Co się tyczy wyciągania powietrza z jelit, to użył go po raz pierwszy angielski lekarz FLEMMING, a wypróbował dokładniej DEMARQUAY; już po krótkim zastosowaniu pompy objął oni widzieli obfite wypróżnienia, a następnie i szybką poprawę zdrowia. T. D.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Odprawa p. Kadlerowi,

Autorowi broszury p. n. O leczeniu przymiotu bez pozostawiania w mieszkaniu i odrywania się od codziennych zajęć.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 1, 2, 4 i 6).

Ułatwiwszy się z pierwszym zarzutem uczynionym nam przez p. K., przejdziemy do drugiego. P. K. powiada, że nie mam słuszności, utrzymując, że u chorych podczas wciekań rtęciowych i nie pozostających w mieszkaniu, występują obfite ślinotoki, a zimną cierpienia goścowe stawów lub mięśni.

SWEDIAUER w przytoczonym dziele na str. 124 mówi: „Z drugiej strony zimno, albo szczególna drażliwość ustroju chorego przy użyciu rtęci powoduje: biegunki, gościec ślinotok, teżec, paraliż i t. d., gdy zaś przeciwnie działanie rtęci w klimacie ciepłym albo w ciepłej porze roku, jest daleko szybsze, silniejsze i daleko mniej niebezpieczne.“

WENDT (str. 278) mówi: „Przy użyciu maści szarej rtęciowej, która tak łatwo na gruczoły ślinowe oddziaływa, zaziębnienie jest podwójnie szkodliwe.“

CARMICHAEL (str. 76) podaje: „Jeżeli chory przyjmując rtęć, potem ulega wpływom zimnego i nie stałego klimatu, to środek ten nie działa, a przeciwnie może wywołać szereg nieprzyjemnych objawów, między którymi najczęstsze są zapalenie i obrzmienie gardła połączone z owrządzeniem.....“

SIGMUND ¹⁾ mówi: „Im lepiej są określone przepisy higieniczno-dyjetetyczne, tem dokładniejsze będzie i pozostanie wyleczenie, im mniej są one dobrze urządzone, temu częściej występują objawy, chociaż podrzędniejszego znaczenia, jako to: zapalenia błony śluzowej gardła, krtnia, oskrzeli, bóle stawowe, mięśniowe, okostni i kości, zapalenie tęczówki (*iritis*) i t. d.“

MICHAELIS (str. 96) podaje: „Podczas zimna występuje ślinotok ze wszystkimi następstwami daleko wcześniej niż w cieple i dla tego ciepłota od 14—16° R. jest najważniejszą, ponieważ na obszerne i dłuższe użycie rtęci pozwala.“

FALK ²⁾ w rozdziale „Hydrargyrosis“ mówiąc o leczeniu ślinotoku, radzi, aby chorych strzedz od zaziębnienia, i dla tego koniecznie radzi pozostawać w ciepłym pokoju.

ZEISSL w swoim wykładzie chorób przymiotowych podaje, że między przyczynami usposabiającymi do wystąpienia ślinotoku, zaliczyć można i zimne wilgotne powietrze.

Nie chcąc powiększać rozmiarów tej odpowiedzi, poprzestajemy na tych przytoczeniach, ktoby zaśchciał bliżej obeznać się z całą tą kwestyją, niechaj weźmie dzieło F. A. SIMON'A ³⁾.

P. KADLER uparcie utrzymuje, że użycie świeżego powietrza bez względu na porę roku, przy wcieraniu maści szarej, nie może usposabiać do ślinotoku, i że ślinotok wyjątkowo tylko powstaje u chorych leczących się ambulatoryjnie. Doprawdy pozwalałoby się wątpić, czy p. K. swoim: „przeszło paruset chorym“ — oglądał dziąsła podczas leczenia wcieraniami. P. K. utrzymuje, że przy wstrzykiwaniach podskórnych sublimatu, daleko rzadziej występują ślinotoki, niż przy innych sposobach leczenia przymiotu. Wiadomo, że wedle LEWIN'A, który bardzo obszernie sposobal podskórne wstrzykiwania sublimatu, odsetka przypadków ślinopływu wynosiła 37 1/2% — i jak sam LEWIN utrzymuje, była daleko mniejszą niż przy stosowaniu innych sposobów leczniczych, gdzie wynosił 86%. Sądźmy przeto, że jeżeli 37 chorych na 100 dostaje ślinopływu przy wstrzykiwaniach, to przy wcieraniach szaruchy dostaje ślinotoku daleko więcej, więc wcale nie wyjątkowo jak p. K. utrzymuje.

Co się tyczy gośca mięśni i stawów, które występują u chorych leczących się ambulatoryjnie wcieraniami szaruchy, to p. KADLER pomimo, że sam utrzymuje, „że zima i wiosna są właśnie porami roku w których gościec massami występują“ — chorym jednak

¹⁾ *Die Einreibungscur* str. 66.

²⁾ *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* VIRCHOW'A. T. III, zeszyt I. Erlangen, 1859, str. 130.

³⁾ *Geschichte und Schicksale der Inunktioncsur*. Hamburg, 1860.

swoim leczonym wcieraniami pozwala wychodzić z mieszkania na powietrze „osrebrzone płatkami śniegu i posiadające nawet najniższą ciepłotę, właściwą naszemu podniebiu.“

Każdemu zapewne wiadomo, z wyjątkiem p. K. — że wcierania rtęciowe, wcale nie są środkiem obojętnym dla naszego ustroju, podwyższając bowiem czynność skóry, i podnosząc jej przeziw czynią ustrój nasz niezmiernie drażliwym na zmiany ciepłoty, a przez to usposabiają do zaziębień. Jeżeli tedy, jak sam p. K. przyznaje, goście wiosną i zimą massami występują, jeżeli wcierania rtęciowe istotnie wielce podnoszą drażliwość naszego ustroju na zmiany ciepłoty, to pytamy, kto z lekarzy racjonalnych, z wyjątkiem p. K., będzie z wiedzą narażać chorych swoich na dolegliwe cierpienia gośćcowe.

Oto nasza odpowiedź na drugi zarzut.

Wreszcie, co się tyczy osobistych zarzutów przeciwko mnie wymierzonych, to przyznać musimy, że nie mamy ani chęci, ani potrzeby odpowiadać na nie. Są to zarzuty tak karczemnymi słowy wypowiedziane, tyle w nich przebija się zuchwałstwa i fałszu, że doprawdy czytając „Odpowiedź“ p. KADLERA, mimowolnie powstaje politowanie nad ich autorem. Niespotkaliśmy się w naszej literaturze lekarskiej z podobną polemiką, mamy nadzieję, że p. K. będzie jedynym okazem popierającym podobny sposób prowadzenia krytyki, lecz jakimże smutnym okazem!

Pozwalamy p. K. i nadal krytykować naszą „Odpowiedź“, niechaj reklamuje nazwisko swoje na wsze strony i dobija się uznania u publiki dla której pisze; my od siebie oświadczamy, że są to nasze ostatnie słowa i nadal odpowiadać już nie myślimy.

Edward Klirk, Lekarz ordynujący w szpitalu Ś-go Łazarza.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Egzamina. W dniu 11-y m. b. m. r. b. rozpoczęły się w tutejszym uniwersytecie egzamina ostateczne przyspieszone dla Studentów 5-go kursu wydziału lekarskiego i do d. 25 tego miesiąca mają być całkowicie ukończone. Z tego powodu zwykle wykłady na tym kursie wstrzymane zostały; wykłada się jedynie desmurgia, chirurgia polowa i o chorobach epidemicznych pojawiających się przy większem skupieniu wojsk podczas wojny. Wykłady tych przedmiotów bez względu na odbywające się egzamina ciągnąć się będą bez przerwy, aż do czasu powołania egzaminowanych do służby lekarskiej wojskowej.

Stypendium. Na mocy zezwolenia właściwej Władzy Towarzystwo lekarskie tutejsze zbiera ofiary na utworzenie stypendium imienia ś. p. Polikarpa GIRSTOWTA dla studentów wydziału lekarskiego tutejszego uniwersytetu. Składki na ten cel składać należy z Warszawy na ręce p. JANKOWSKIEGO, sekretarza kancelarii zamieszkałego w domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej Nr. 7 za kwitami sznurowemi, a na prowincyi na ręce pp. Inspektorów urzędów lekarskich gubernialnych.

Niezależnie od tego uczniowie i koledzy wielbicieli ś. p. GIRSTOWTA zbierają fundusz na postawienie mu nagrobka w jednym z tutejszych kościołów.

O G Ł O S Z E N I A.

Do miasta powiatowego Piaseczna, w którym znajduje się apteka, potrzebny zaraz

L E K A R Z

z pensją roczną wyznaczoną od Gminy rs. 150, w bliskości jest fabryka dająca pensji stałej 250 rs. na rok. Oprócz tego w okolicy praktyka liczna i bardzo korzystna, życzący zając pomienioną posadę zechcą zgłosić się po bliższą informacją do Apteki W-go KUCHARZEWSKIEGO, Senatorska Nr. 11.

Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, z 4-ch stronice z 2-ma drzeworytami, zawierający ciąg dalszy pracy d-ra St. MARKIEWICZA, p. n. **Assenizacyja miast.**

Redaktor i Wydawca. Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakeyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.