

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TRZĘC: Spostrzeżenia. VI przypadek wrodzonej torbieli surowiczej oczodołu pod powieką dolną, przy małoczości. Podał dr. J. TALKO, okulista wojskowego okręgu warszawskiego. — Przypadki przymiotu leczone w Busku, podczas pory zdrojowej 1878 r. Podał dr. J. DYMICKI, lekarz zdrojowy. | Odcinek. PETERSEN'A: Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHE. (c. d.) — Przegląd bibliograficzny. SMOLEŃSKIEGO St. Doświadczenia nad działaniem chlorku pilokarpinu. Ocenił dr. T. DUNIN. — Ogłoszenia.

VI^{ty} przypadek wrodzonej torbieli surowiczej oczodołu pod powieką dolną, przy małoczości.

Podał dr. med. **J. Talko**, okulista wojskowego okręgu Warszawskiego.

Dla wyjaśnienia kwestyi surowicznych torbieli wrodzonych, istniejących pod powieką dolną przy nierozwiniętej gałce ocznej, na które zwrócił uwagę prawie jednocześnie ze mną **WECKER**, podaję nowe *resp.* 6-te spostrzeżenie tego dosyć ciekawego zбочenia. Przypadek opisywany tem większą ma wartość, że wyluszczoną torbiel wraz z gałką oczną udało się zbadać anatomicznie i histologicznie.

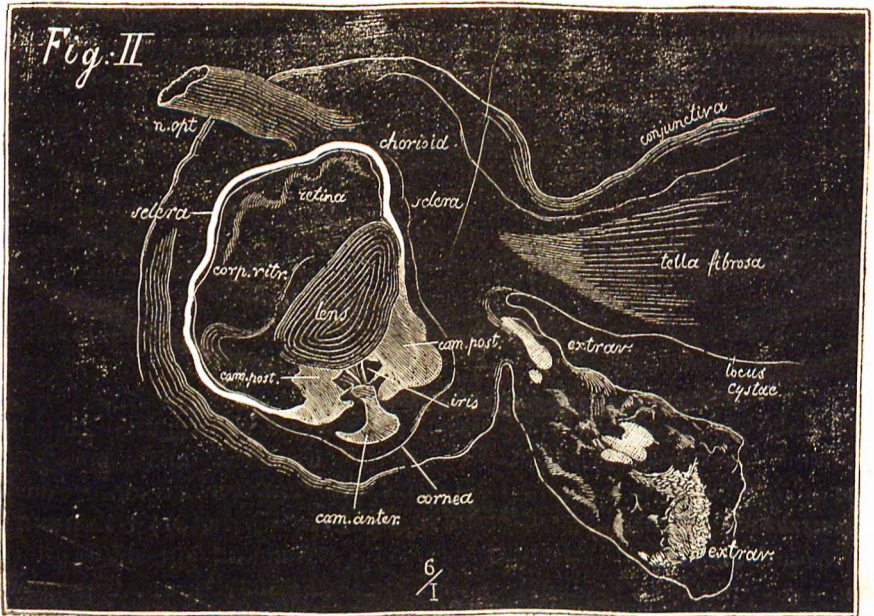
9-cio miesięczne dziecko żołnierza, Michał Bielikiewicz, urodził się w Lublinie z dość zdrowych rodziców. Dwoje poprzednich dzieci dobrze rozwinięte, bez żadnych wad ustrojowych. Michał jest równie dobrze rozwinięty z prawidłowo ukształtowaną głową. Lewe oko prawidłowe (tęczówka błękitna). Prawe przedstawiało następujące zmiany, z którymi dziecko na świat przyszło: powieka górna wciśnięta do worka spojówki, tak że rzęsowego jej brzegu wcale niewidać; pod całą dolną rozciągniętą powieką prześwieca guz błękitnawy, chęłboczący, sprężysty, wielkości średniej śliwki, skóra na nim zbierać się daje w fałdę; spojówka jej widzialna na całej długości powieki, na szerokość 6—7 mm. mięsisto czerwona, zgrubiała (*ectropion palp. inf. cong.*).

Zbadawszy palcem głąb' worka spojówkowego, przekonałem się że tuż po za guzem w głębi oczodołu daje się wyczuwać niewielka gałka oczna, wielkości dużego ziarnka grochu.

Gdy oświadczyłem matce dziecięcia, że o przywróceniu wzroku na to oko nawet myśleć niepodobna, prosiła mnie o zniszczenie przynajmniej szpecącego twarzyczkę, sinawego, dosyć uwydatniającego się przez powiekę guza. Z ochotą przystałem na to. Ponieważ jednak nie miałem czasu do wykonania operacyi podczas chwilowego mojego pobytu w Lublinie (4 Lipca 1877 roku), poleciłem dziecko kol. **DOWNAROWI**. Przybywszy

do Lublina powtórnie, 17-go Września, zapytałem o stan zdrowia tego dziecka; kol. D. oświadczył że przed 3 dniami guz nagle znacznie się powiększył, przy jednoczesnym obrzęku części sąsiednich (skroni i twarzy), dziecko było niespokojne, gorączkowało, jednakże przy użyciu wcierań maści z jodkiem potassu guz znowu począł się zmniejszać i powrócił do pierwotnej wielkości. Znalazłem tym razem toż samo co i poprzednio, nadto nieznaczny obrzęk części sąsiednich z nieco powiększonym guzem podpowiekowym. Czasowe powiększenie guza tłumaczyłem sobie wylewem krwi albo do samej torbieli, albo w tkance łącznej ją otaczającej. Należało opróżnić worek torbieli, lecz wolałem wyciąć ją całkowicie wraz z nierozwiniętą gałką oczną, a to w celu anatomicznego zbadania ich wzajemnego stosunku. Po zachloroformowaniu dziecka wykonałem operacyją wobec kol. DOWNARA, CHRZANOWSKIEGO i ŻYLINSKIEGO. Najprzód rozciąłem zewnętrzne spoidło powiek dla swobodniejszego dostępu do oczodołu; następnie poprzecznie rozciąłem pośrodku wywróconą część spojówki powieki dolnej, przyczem ze zranionej torbieli wypłynęła ciecz surowicza żółtawa w ilości około 3 drachm (bez domieszki krwi, a zatem wynacznienia do wnętrza torbieli niebyło). Uchwyciwszy szczypcami zgrubiałą spojówkę, za pomocą nożyczek COOPER'A wyciąłem spojówkę torbiel pokrywającą, torbiel i całą złączoną z nią gałkę oczną. Obfity z tętniczki krwotok prędko się zatamował użyciem zimna. Preparat zachowałem w wysoku i w kilka dni zbadałem go wraz z prof. HOYEREM w pracowni uniwersyteckiej.

Preparat rozcięto na pół w kierunku przednio-tylnym, przyczem starano się aby cięcie przeszło przez n. wzrokowy dosyć widoczny przy samej gałce ocznej. Na rozcięciu, jak to przedstawia załączony rysunek (fig. I), łatwo rozróżnić nieprawidłową, ściśnioną z przodu ku tyłowi, gałkę oczną od sąsiedniej i ściśle z nią złączonej spojówki i podspojówkowej tkanki łącznej, w której się mieściła torbiel. Rozmiary gałki: od n. wzrokowego w kierunku rogówki 11 mm., z góry na dół 9, szerokość 8 mm. Białkówka znacznie zgrubiała (4 mm.) osobliwie w przedniej części, gdzie się ściśle łączy ze spojówką i nieznacznie przechodzi w podspojówkowy zbity, włóknisty sznurek. Rogówka zwrócona ku dołowi, dość zgrubiała, rogowatość jej znać tylko od strony komórki, powierzchnia zaś zewnętrzna zgrubiała, nieprzezroczysta i nieróżniąca się od twardówki i spojówki. Naczyniówka dobrze rozwinięta, w tylnej i rzęskowej okolicy. Siatkówka prawidłowo rozwinięta z wyjątkiem warstwy pręcików. Ciało szkliste i soczewka dość widoczne, ostatnia leżała w swej torebce, w kierunku ukośnym: część przylegająca do tęczówki była grubsza, część zaś opierająca się na naczyniówce i zbliżona do n. wzrokowego na odległość $2\frac{1}{2}$ mm., była nieco zaostzona. Tęczówka miała osobliwy kierunek i była pozbawioną barwnika: zebrana w grube fałdy lejkowate, szeroko przylegała do torebki soczewki, z którą jednakże nie była zrośniętą; wskutek czego przednia komórka była zbyt małą w porównaniu z tylną, a kształt obu był całkiem odmienny niż w oku prawidłowo rozwiniętym. Spojówka była dosyć zgrubiałą, niejednakowo



w rozmaitych miejscach, od 1—3 mm. Mniej więcej można przypuścić że odległość gałki ocznej od brzegu dolnej powieki wynosiła 18 mm. Głównie nas zajmowała przestrzeń dzieląca gałkę od powieki dolnej, a zajęta przez torbiel surowiczą. Otóż oprócz zgrubiałej tu spojówki znaleźliśmy pod nią włóknisty sznurek, otoczony podspojówkową tkanką łączną. Sznurek ten ściśle łączył się ze zgrubiałą przednią częścią twardówki tak że rozdzielenie ich było niemożliwym bez rozcięcia; składał się on z po-

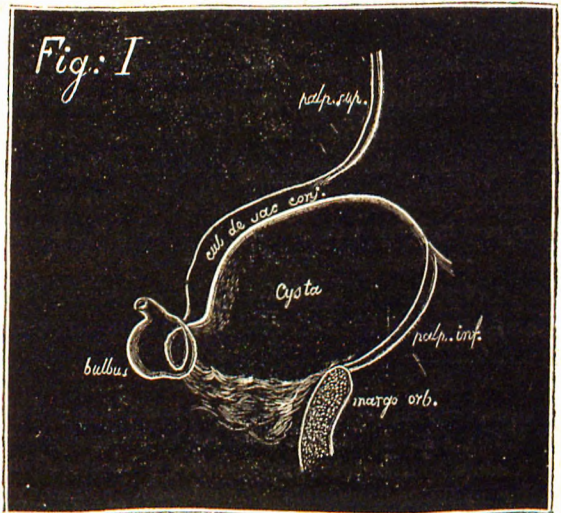


Fig. I przedstawia szematycznie stosunek torbieli do gałki ocznej, powiek i oczodołu. Przekięcie pionowe z przodu ku tyłowi.

dłużnych pęczków włóknistych (*fibröse*). W odległości $3\frac{1}{2}$ mm. od wewnątrz-galkowej granicy twardówki, w sznurku tym widać rozpoczynające się przestrzenie jakby listkowate lub fałdziste (*lamellare*), które się ku przodowi dość znacznie rozszerzały, dając miejsce dla rozwinięcia się torbieli, której ścianki cieniutkie jak błonka jaja zupełnie łatwo oddzielały się od preparatu. Przestrzeń ta, zapewne podczas życia zajęta płynem surowicznym, od tyłu, o ile na to dozwalała rosnąca tu torbiel, nie miała najmniejszej łączności z wnętrzem spłaszczonej gałki ocznej. W tkance łącznej oddzielającej ten włóknisty sznurek od spojówki i gałki, i obfitującej w naczyń, znaleźliśmy ślady wylewu krwi (*extrav.*), który był prawdopodobnie przyczyną chwilowego powiększenia się torbieli, jakie miało miejsce na kilka dni przed operacją.

Podobne nieprawidłowości oczu objawiające się w postaci błękitnawych torbieli surowicznych pod powieką dolną, do tej pory opisywane były tylko przezemnie, WECKERA i CHŁAPOWSKIEGO. Podałem 5 spostrzeżeń, ogłoszonych w „MEDYCYNIE” (1876, Nr. 37) i ZEHENDER'S *Monatsbl. f. Augenh.* (1877, str. 137—141) ¹⁾; WECKER ogłosił w ostatnim czasopiśmie jedno spostrzeżenie (1876, str. 329—333) ²⁾; F. CHŁAPOWSKI z Bytomia opisał także jeden podobny przypadek w PAMIĘTNIKU II-go zjazdu lekarzy i przyrodników Polskich we Lwowie (1876, str. 359—363) ³⁾. Oto wszystko co wiemy o nich z literatury oftalmicznej nie tylko współczesnej lecz i dawniejszej.

WECKER i CHŁAPOWSKI przedstawili fotografie twarzy oszpeconych temi torbielami; u pierwszego miało to miejsce obustronnie (kilkomiesięczne dziecko), u drugiego, w lewym oku. Przypadki do dziś dnia opisane spostrzegane były albo u nowonarodzonych dzieci, albo też u kilkumiesięcznych. Najstarszy przezemnie widziany chłopak miał lat 10, chory CHŁAPOWSKIEGO liczył lat 16. Przed 8-miu laty widziałem pewnego 30-kilkoletniego mężczyznę, u którego przy braku prawej gałki ocznej, przez prawą powiekę dolną przeświecał uwydatniający się z oczodołu guz sinawy, który natenczas przyjąłem za nowotwór melanotyczny, niepowiększał się on jednak i chory przywykł do niego. Biorąc jednak na uwagę znane mi teraz spostrzeżenia wrodzonych torbieli surowicznych pod powieką dolną, zdaje mi się że i ten przypadek należy zaliczyć do tejże kategorii; byłby to więc najstarszy osobnik z podobną wadą rozwojową przyrzędu wzrokowego.

WECKER przypuszczał iż miał do czynienia z *cephalocoele* i za pomocą strzykawki PRAVAZ'A wyciągnął część płynu zawartego w torbieli,

¹⁾ *Ein Fall von Mikrophthalmos mit angeborenen serösen Cysten unter den unteren Augentlieder.* (Z dołączeniem krótkiego opisu 4 innych przypadków).

²⁾ *Fall von Anophthalmos mit congenitalen Cystenbildung in den unteren Augentliedern.* Toż samo spostrzeżenie znajdujemy i w *Annales d'Oculistique* 1877 r. (T. 77 str. 151).

³⁾ Torbiel oczodołowy wrodzony, połączony z zupełnym brakiem gałki oczowej lewej.

który poddał drobnowidzowemu i chemicznemu badaniu: płyn nie zawierał żadnych pierwocin histologicznych a z badań chemicznych przekonano się, że zawartość torbieli nie była płynem mózgowym (*liq. cerebro-spinalis*), lecz nieco zbliżona do cieczy wodnistej oka (*humor aquaeus*).

Rozcinałem te torbiele bez żadnej szkody, a w jednym razie opróżniwszy takową wyciąłem część jej torebki. Dr. CHEŁPOWSKI na żądanie chorego wyciął całkiem torbiel, która rozrastając się nietylko wypełniła jamę oczodołu, lecz nawet o kilka linii zepchnęła niżej dolny brzeg jego w porównaniu ze stroną zdrową. Torbiel wyluszczone nożyczkami COOPER'A, przyczem w końcu przecięto nieco twardą jej szypułkę, mającą swe przyczepienie w głębi oczodołu. Ważyła ona 15 grm., wielkości dużej śliwki, owalno-podłużna, z przodu miała wypuklenie odpowiadające rogówce, z tyłu szypuła odpowiadała n. wzrokowemu i miała tętnicę. (Całkowicie wycięta torbiel przedstawiona na rysunku). Powłoka torbieli przejrzysta, lecz dość gruba, połyskująca, podobna do błony surowiczej; płyn surowiczy, chemicznie niezbadany. Prof. BIESIADECKI zbadawszy pod drobnowidzem część torbieli, znalazł że składała się z komórek przyskrórkowych zmieszanych z tłuszczem a więc, zdaniem jego, był to kaszak (*atheroma*). Po tej operacji w głębi jamy oczodołowej pozostało białawe ciało, wielkości ziarna konopnego, które mogło być nierozwiniętą galką oczną, za czem przemawia i twierdzenie matki chorego że dawniej widziała w głębi worka spojówkowego „coś białego wielkości 2^{mm}”.

Do tego co poprzednio powiedziałem o tego rodzaju torbielach (zob. MEDYCYNA 1876, Nr. 37), dodać tu muszę: 1) że są one zawsze niebolesne, miękkie i elastyczne, bardzo często ruchliwe wraz z galkami ocznymi; 2) że tętnienia w nich, jak to bywa przy *cephalocoele*, nigdy nie spostrzegamy; 3) że mogą one z latami rozrastać się, a nawet od czasu do czasu wywoływać podrażnienie sąsiednich części, przez wynaczynienia krwi w otaczającej je tkance łącznej, obfitującej w naczynia, jak to miało miejsce w podanym obecnie przezemnie przypadku.

Dziwna rzecz, że widziano podobne sinawe torbiele tylko pod dolną powieką i że u wszystkich takich osobników symulowały one nierozwiniętą galkę oczną. Tak zdawało mi się, tak sądził WECCKER, twierdząc że symuluje ektopię oczną, tak też przepuszczał i CHEŁPOWSKI, a to tembardziej że w przypadku jego sinawa wypukłość pod lewą powieką, przy braku galki, wspólnie z prawem okiem wykonywała ruchy. Każdy z nas opisujących te spostrzeżenia przyznaje się że o niczem podobnem w literaturze oftalmicznej nieczytał; CHEŁPOWSKIEMU znane tylko były 2 moje spostrzeżenia.

Obecne spostrzeżenie jak najwyraźniej potwierdza dawne moje przypuszczenie, że podobne torbiele wrodzone nie są to nierozwinięta galki oczne, lecz przeciwnie, powstając podczas życia płodowego, swoim uciskiem albo niedopuszczają tworzenia się galki ocznej (*anophthalmia*), albo też, co bywa częściej, powstrzymują rozrost i rozwinięcie się takowej, jak to miało miejsce na załączonym rysunku (*mikrophthalmia*).

Otóż znajduwanie się tych surowicznych, sinawo przeświecających torbieli pod powieką dolną, przy jednoczesnej *anofthalmii* lub *mikroftalmii*, torbieli nietętniących, mogących być uciskaniami, a nieraz i ruszających się przy ruchach gałki ocznej, dokładnie wyróżnia je od przepuklin mózgowych (*encephalo et meningocele*); mają one przytem swoją szypułkę przy dolnej ścianie oczodołu (TALKO) lub w głębi jego (CHŁAPOWSKI), gdy tymczasem przepukliny mózgowe wychodzą tu z czaszki w górnej lub górno-wewnętrznej przedniej części oczodołu.

Jakiego rodzaju są te torbiele, trudno dziś jeszcze orzec. We wszystkich przypadkach zawarty w nich płyn był surowiczny, żółty, przezroczysty, bez żadnych przymieszek i osadów; histologicznie zbadany nie zawierał żadnych pierwocin (WECKER), chemicznie okazał się zbliżonym do cieczy wodnistej oka; według moich poszukiwań zawiera bardzo wiele białka. Ściana torbieli mająca charakter błony surowiczej (*serosa*), w przypadku CHŁAPOWSKIEGO składała się z komórek przyskrónych, zmieszanych z tłuszczem, wskutek czego BIESIADECKI nazwał ją kaszakiem; w moim poprzednio opisanym przypadku ściany torbieli składały się z siatkowatej tkanki łącznej, na stronie zaś wewnętrznej znaleziono nabłonek wałeczkowy, jaki widzimy w błonie śluzowej worka łzowego. W obecnym spostrzeżeniu ściany torbieli, niestety, nie zostały zbadane histologicznie, a to z powodu iż takowe przypadkowo zaginęły, łatwo się bowiem mogły oddzielić od sąsiednich części. Że torbiele te powstają podczas wewnątrzmacicznego życia płodu nie ulega żadnej wątpliwości, lecz z czego się one tworzą i co bywa przyczyną ich powstawania? Oto otwarta do dyskusyi kwestyja, rozwiązanie której polecamy dalszym poszukiwaniom, szczególnie embryjologów i histologów. Nie mogę jednak niezwrócić uwagi czytelników, iż znany nasz histolog prof. HOYER rzucił myśl, czyby podobne torbiele niemogły powstawać u płodu wskutek uwężnienia (*Einklämmung*) górnej części worka łzowego w zarastającej szparze łzowej (*Thränenfurche*) ¹⁾? Była by to t. z. *Retentioncyste*, jak to spostrzegamy np. na czaszce, skoro przy *meningocele* z czasem zarasta otwór w kości i pozostają proste pod powłokami czaszki surowicze torbiele, które bez szkody mogą być operowane. Za podobnem zdaniem przemawia głównie umiejscowienie tych torbieli w dolno-wewnętrznej części oczodołu, pod dolną powieką, niemniej też nabłonek wałeczkowy ścianek torbielowych, jak to miało miejsce w moim przypadku. W każdym jednak razie twierdzenia tego nie uznajemy za pewnik, a podając niniejsze nasze spostrzeżenie pod sąd świątłych kolegów, chcielibyśmy usłyszeć w tej mierze zdania innych, bo powtarzamy, pora nakoniec rozstrzygnąć tę kwestyję stanow-

¹⁾ Szpara ta znajduje się między wyrostkami kości szczękowej, czołowej i nosowej. Zarasta ona w 6 tygodniu życia płodowego. Prawie jednocześnie poczyna być dopiero widzialna za pomocą lupy gałki ocznej, która u 5-cio tygodniowego płodu za ledwo przedstawia się pod postacią wydłużonego punktu (*Augenhügel*), oddzielnego od wyrostka kości czołowej i szczękowej mniej więcej głębszą szparą.

czo. Nadmieniam że niemogę w żadnym razie przystać na zdanie autora historyi rozwoju oka ludzkiego prof. MANZ'A, który, referując spostrzeżenie kol. CHŁAPOWSKIEGO (zob. NAGEL'S *Jahresber. d. Ophth.* 1878 str. 212), powiada, że była to w wysokim stopniu rozwinięta wzrodzona *hydrophthalmos*; gdyż po większej części, jak powiedziałem, przy tych torbielach istnieją w głębi oczodołu nierozwinięte gałki oczne (fig. I).

Przypadki choroby przymiotowej leczone w Busku, podczas pory zdrojowej 1878 r.

Opisał dr. **Dymnicki**, lekarz zdrojowy w Busku.

Choroby tej było po za szpitalem 289 przypadków. Główniejsze objawy, któremi się te przypadki wyróżniały, przedstawiły się w następującym stosunku:

- 1) Obrzmienia gruczołów chłonnych 29 przypadków; z tych uleczyło się 19, doznało polepszenia 9, pozostał bez ulgi 1.
- 2) Wysypek różnego kształtu 57 przypadków; z tych uleczyło się 54, doznało polepszenia 3.
- 3) Owrzodzenia błony śluzowej nosa 7 przypadków; z tych uleczyło się 4, doznało polepszenia 3.
- 4) Owrzodzenia błony śluzowej nosa z utratą częściową przegrody nosowej 4 przypadki; wszystkie doznały tylko polepszenia.
- 5) Wrzodów skórnych 25 przypadków; z tych uleczyło się 21, doznało polepszenia 4.
- 6) Próchnienia podniebienia twardego 2 przypadki; z tych doznał polepszenia 1, pozostał bez ulgi 1.
- 7) Wrzodów w gardle 6 przypadków; uleczyło się 6.
- 8) Próchnienia kości nosowych 11 przypadków; z tych uleczyło się 2, doznało polepszenia 8, pozostał bez ulgi 1.
- 9) Próchnienia kości długich 4 przypadki, z tych uleczył się 1, doznało polepszenia 3.
- 10) Zapalenia okostni 23 przypadki; z tych uleczyło się 14, doznało polepszenia 9.
- 11) Wysięku w siatkówce 1 przypadek, doznał polepszenia 1.
- 12) Zapalenia tęczówki 2 przypadki; uleczyło się 2.
- 13) Długotrwałego zapalenia gardzieli 24 przypadki, z tych uleczyło się 23, doznał polepszenia 1.
- 14) Długotrwałego zapalenia krtani z chrypką 2 przypadki; uleczyło się 2.
- 15) Bólu głowy i kości długich 14 przypadków; z tych uleczyło się 12, doznało polepszenia 2.
- 16) Lepieży 5 przypadków; uleczyło się 5.
- 17) Złogów przymiotowych w stawach 2 przypadki; doznało polepszenia 2.
- 18) Zawrotów głowy 2 przypadki; doznało polepszenia 2.

19) Porażenia połowiczego 11 przypadków; z tych uleczyło się 2, doznało polepszenia 9.

20) Porażenia kończyn dolnych 2 przypadki; z tych uleczył się 1, doznał polepszenia 1.

21) Gummatów 4 przypadki; z tych uleczył się 1, doznało polepszenia 3.

22) Obrzmienia jąder 7 przypadków; z tych uleczyło się 4, doznało polepszenia 3.

23) Stwardnienia pierwotnego 4 przypadki; uleczyło się 4.

24) Owrzodzenia pierwotnego 4 przypadki; uleczyło się 4.

25) Łuszczycy języka (*psoriasis linguae*) 1 przypadek; uleczył się 1.

26) Dymienicy ropiejącej 2 przypadki; uleczyło się 2.

27) Padaczki 1 przypadek; uleczył się 1.

28) Zapalenia mięśni kończyn dolnych 1 przypadek; doznał polepszenia 1.

29) Stwardnienia powrotnego 1 przypadek; doznał polepszenia 1.

30) Leczenia próbnego po dawniej już odbytym leczeniu rtęcią 31 przypadków; na żadnym z tych nie uwidocznił się przymiot.

Z 289 chorych przymiotowych uleczyło się 216, doznało polepszenia 70, pozostało bez ulgi 3.

Z 289 chorych po za szpitalem leczyło się w roku zesłym wcieraniami z szaruchy obok zastosowania zdroju buskiego do wewnątrz i do zewnątrz 154, wcieraniami i jodkiem potassu (leczenie mięszane) 86, samym tylko jodkiem potassu 7, a samym tylko zdrojem 42.

Z 154 przypadków wcieraniami leczonych, uleczyło się 138, doznało polepszenia 16.

Do przypadków, które w skutek wcierań polepszenia tylko doznały, należą: 3 z pod Nr. 1; po 2 z pod Nr. 2, 3, 4 i 19; i po jednym z pod Nr. 10, 13, 18, 22 i 28.

Leczenie mięszane zastosowano w następujących przypadkach: w 13-tu umieszczonych pod Nr. 5; w 10-ciu z pod Nr. 10; w 9-ciu z pod Nr. 8; do tych należą także po 8 przypadków umieszczonych pod Nr. 9, 1, i 19; 7 z pod Nr. 2; po 4 pod Nr. 9, 21 i 22; 3 z pod Nr. 13; po 2 z pod Nr. 4, 6, 7, 15 i 20; i po jednym z pod Nr. 3, 11, 14, 17, 18 i 29.

Z 86 przypadków, w których leczenie mięszanego użyto, uleczyło się 46, doznało polepszenia 39, pozostał bez ulgi 1.

Do uleczonych należą: 9 z pod Nr. 5; 7 z pod Nr. 10; po 6 z pod 1 i 2; 3 z pod Nr. 13; po 2 z pod Nr. 7, 8, 15, 19 i 22; i po jednym z pod Nr. 3, 9, 14, 20 i 21.

Do przypadków w skutek leczenia mięszanego polepszonych, należą: 7 z pod Nr. 8; 6 z pod Nr. 19; 4 z pod Nr. 5; po 3 z pod Nr. 9, 10 i 21; po 2 z pod Nr. 1, 4 i 22; i po jednym z pod Nr. 2, 6, 11, 17, 18, 20 i 29.

Bez ulgi pozostał jeden przypadek umieszczony pod Nr. 6.

Do przypadków samym tylko jodkiem potassu obok zdroju leczonych, należą: 2 z pod Nr. 1; 4 z pod Nr. 10, i 1 z pod Nr. 17.

Z tych uleczył się 1, umieszczony pod Nr. 1, a 6 doznało tylko polepszenia.

Do przypadków samym tylko zdrojem buskim leczonych, należą: 4 z pod Nr. 1; po 2 z pod Nr. 9 i 15, po jednym z pod Nr. 3, 10 i 19; i 31 z pod Nr. 30.

Z tych uleczyło się 31, doznało polepszenia 9, pozostało bez ulgi 2.

Do uleczonych zaliczono 31 przypadków z pod Nr. 30; do polepszonych 3 z pod Nr. 1; 2 z pod Nr. 15, i po jednym z pod Nr. 3, 9, 10 i 19; bez ulgi pozostał 1 z pod Nr. 1, i 1 z pod Nr. 9.

Przypadki umieszczone pod Nr. 30 nie należą już, ściśle rzeczy biorąc, do przymiotu. Zaliczono je do uleczonych, ponieważ w czasie całego leczenia zdrojowego nie wystąpił ani jeden objaw, któryby na mocy doświadczenia za przymiotowy mógł być poczytany.

W szpitalu Św. Mikołaja leczono w roku zeszłym 24 chorych przymiotowych. Pomiędzy temi było wysypek różnego kształtu 10 przypadków, wrzodów 4, bólów kostnych 3, zapalenia okostni 5, i 2 próchnienia kości.

Z tych uleczyło się 19 (9 przypadków wysypek, 4 wrzodów, 3 bólów kostnych i 3 zapalenia okostni); doznało polepszenia 5 (1 przypadek wysypek, 2 zapalenia okostni i 2 próchnienia kości).

Do leczenia użyto w szpitalu Św. Mikołaja wcierań z szaruchy w 16-tu przypadkach, leczenia mieszanego w 7-miu, a samego jodku potassu w jednym tylko przypadku.

Uleczenie uzyskano w 15-tu przypadkach w skutek wcierań, i w 4-ch w skutek leczenia mieszanego.

W ogóle leczono więc w roku zeszłym 313 chorych przymiotowych. Z tych uleczyło się 235, doznało polepszenia 75, pozostało bez ulgi 3.

Ogólna odsetka uleczeń, wynosząca w roku zeszłym przeszło 75, świadczy wyraźnie o rezultacie zupełnie pomysłnym.

Za przyczynę tak pomysłnego wyniku z leczenia w roku zeszłym, przyjąćby można dłuższy pobyt chorych przymiotowych w Busku, w czasie którego leczenie o wiele systematyczniej i dokładniej przeprowadzić było można.

Możność dłuższego pobytu w Busku zawdzięczamy znowu lecznicy zimowej, która po za porą zimową ciągle jest czynną. To téż chorzy przymiotowi, korzystając z lecznicy, zgromadzili się już w początkach m. Maja w liczbie dosyć znacznej, a niektórzy przedłużali znowu leczenie aż do końca Października. Dzięki lecznicy zimowej, przedłużono w ten sposób porę zdrojową do 6-ciu miesięcy.

W ogóle użyto wcierań z szaruchy w 170 przypadkach, leczenia mieszanego w 93, samego jodku potassu w 8, a samego zdroju buskiego w 42 przypadkach. Jeżeli 93 przypadki leczenia mieszanego, które głównie na wcieraniach polega, do przypadków wcieraniem leczonych dodamy, liczba ta podniesie się do 263.

Najmniejsza liczba wcierań, którąśmy w roku zeszłym u pojedyncze-

go chorego zastosowali, wynosi 12, największa 60, w przecięciu na jednego leczącego się wypada 35 wcierań; razem więc zużyto wcierań pojedynczych 9205.

Najmniejsza dawka na jedno wcieranie wynosiła 40 gr. szaruchy, największa 2 dr., w przecięciu na jedno wcieranie można przyjąć dawkę z 75 gr.

Według tego zużyto więc w Busku w ostatniej porze zdrojowej 1438.28 uncyj, czyli 119.8 funtów aptekarskich szaruchy.

Z 170 przypadków wcieraniami leczonych, uleczyło się 153 (90%), doznało polepszenia 17.

Z 93 przypadków, w których leczenie mięszane zastosowano, uleczyło się 50 (53,7%), doznało polepszenia 42, pozostał bez ulgi 1.

Z 8-miu przypadków, leczonych samym tylko jodkiem potassu, uleczył się 1 (12,5%), doznało polepszenia 7.

Z 42 przypadków, leczonych samym zdrojem buskim, uleczyło się 31, doznało polepszenia 9, pozostało bez ulgi 2.

Wspomniałem już wyżej, że te 31 przypadki nie należą już do przymiotu; i dla tego też, ściśle rzeczy biorąc, w skutek leczenia samym tylko zdrojem nie nastąpiło żadne uleczenie.

Najlepszy więc wypadek z leczenia uzyskaliśmy w skutek wcierań, po tym następuje dopiero wypadek osiągnięty przy leczeniu mięszanem.

Mniejsza odsetka uleceń przy leczeniu mięszanem, nie dowodzi wcale mniejszej skuteczności tego sposobu leczenia, ale jest ona niezbędnym tylko wynikiem w przypadkach ciężkich i długotrwałych, w jakich się właśnie ten sposób leczenia stosuje.

Co do długotrwałości naszych przypadków, w których leczenie mięszane zastosowano, wspomnę tylko, że pomiędzy temi było 2 trwające już od lat 20-tu, 3 od 19-tu, 2 od 18-tu, 3 od 17-tu, 4 od 16-tu, 3 od 15-tu, 3 od 14-tu, 5 od 12-tu, 8 od 10-ciu i t. d.—najswieższe przypadki leczły lat 2. Nic też dziwnego, że z 93 tak długotrwałych przypadków, 42 tylko polepszenia doznało, a jeden nawet bez ulgi pozostał.

Leczenie samym jodkiem potassu obok zdroju buskiego, okazało się w roku zeszłym jako zbyt niedostateczne.

Przekonanie moje o skuteczności jodku potassu w chorobie w moim będącej, oparte na długoletniem doświadczeniu, wypowiedziałem już w sprawozdaniu z r. 1877. Obecnie powtórzę tylko, że środek ten nie jest sam przez się zdolnym do zupełnego wyrugowania z ustroju jadu przymiotowego. W bólach kostnych jest on często nieocenionym, usmierniając takowe częstokroć o wiele pewniej i spieszniej, niż wszystkie przetwory makowca; ale ostatecznie nie obejdzie się i w tych przypadkach bez rtęci, która jedynie tylko stałe uleczenie sprowadzić może. Przypadki najbardziej długotrwałe nie stanowią w tym względzie wyjątku.

Przeglądając kazuistykę podawaną przez syfilidologów różnych narodowości (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*), napotyka się dosyć często skutki zupełnie dobre jodkowi potassu w przymiocie zwłaszcza przez syfilidologów francuzkich przypisywane.

Czyżby środek ten miał inaczej działać we Francyi?—wątpię. I owszem, śledząc dokładniej przebieg niektórych z tych przypadków, można przyjść do wniosku, że owe uleczenie przy pomocy rzeczzonego leku nie bywa i we Francyi zbyt długotrwałem, i że często rtęć dzieła dopiero dopełnić musi.

W mojej praktyce zdrojowej miałem już przypadki, w których jodek potassu uleczenie sprowadził. Dostę tylko wspomnieć o 7-miu przypadkach z r. 1877, i o jednym z ostatniej pory zdrojowej; ale we wszystkich tych zużyli byli chorzy przed zastosowaniem jodku potassu znaczną ilość rtęci. Tutaj odegrał środek ten bezwątpienia rolę tylko pomocniczą, a rtęć poprzednio zadana główną. Jodek potassu działa natenczas jako bodziec, który, mówiąc empirycznie, rtęć w ustroju beczynninie zaległą na pole działania wyprowadza, czyli, wysłowiając się naukowo, który białkany rtęciowe, z natury swój nierozpuszczalne, w pewnej części rozpuścić może. W takich razach zbliża się bardzo jodek potassu do zdrojów słono-siarczanych, które także czasem w podobnych przypadkach same przez się do uleczenia z przymiotu przyczynić się mogą; gdy przeciwnie w przypadkach innych nigdy one tego dokazać nie są w stanie.

Polepszenie, które w roku zeszyłem w 9-ciu przypadkach w skutek zdroju buskiego uzyskano, będzie także bezwątpienia dziełem rtęci, z której wszystkie te przypadki dawniej już korzystały.

W ogóle powiedzieć można, że każde uleczenie, czy też polepszenie w przymiocie, uzyskane w skutek samego tylko zdroju bez poprzedniego nawet zadawania rtęci, jest prawie pewną oznaką mylnego rozpoznania choroby.

Wyjaśniwszy w jakich to głównie przypadkach samego jodku potassu i zdroju używam, zastanowię się obecnie nad niektórymi przypadkami leczonemi wcieraniem i leczeniem mięszanem, aby wskazania do jednego lub drugiego sposobu leczenia wyraźniej uwidocznic. (D. c. n.)

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Zobacz Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 17, 19 i 23)

VI.

Terapija pod wpływem anatomii patologicznej.

Normalna anatomija człowieka, była gałęzią medycyny, która jeszcze w epoce odrodzenia ogromne uczyniła postępy i w której porobiono odkrycia niedające się pogodzić z kodeksem GALEN'A. (MONDINI w XIV wieku). Czasy reformacyi sprowadziły i dla anatomii także genialnego reformatora w osobie Belga, VESAL'A. Przez wpływ jego i licznych jego uczniów, anatomija doszła wkrótce do takiego stopnia rozwoju, że mogła już służyć jako podstawa dla gruntownej na naukach przyrodniczych

opartej fizjologii; fizjologija GALEN'A była bowiem na apryjorycznych zbudowana zasadach i była w ogóle więcej urojeniem niż nauką. Wspominaliśmy wyżej o nauce o sokach zasadniczych i o jej fizjologicznej wartości; otóż fizjologija życia roślinnego a zwłaszcza pojęcia o krążeniu krwi polegały na błędnych zasadach. Wątrobę uważano jako gruczoł, w którym zdrowa, pożywna, ciemnoczerwona krew wyrabia się z przetrawionych pokarmów i następnie żyłami do górnej i do dolnej części ciała jest doprowadzoną. Z powodu wszędzie czynnej atrakcyi, przyciągania osadzają się wszędzie te cząstki krwi, które w danem miejscu są potrzebne. Nieprzerwanym strumieniem wysłała wątroba świeżą krew do całego ciała przez żyłę główną (próżną) górną i dolną a przez żyły krezkowe (*v. mesaraicae*) do trzewiów brzusznych. W tych ostatnich żyłach istnieje podwójny prąd: wychodzący, prowadzący krew odżywiająca i drugi przywodzący krew z trzewiów do wątroby, dla oczyszczenia jej tam. Teoryja ta, według której krew w żyłach od środka do obwodu miała przebiegać utrzymywała się, pomimo ustawicznego praktykowania upustu krwi (*venaesectio*) aż do XVI wieku, tak potężną była wiara w powagi! CESALPINI (w XVI wieku) odważył się przeciwko tej nauce podnieść pewne wątpliwości i to na zasadzie doświadczeń uczynionych przy upuszczeniu krwi. GALEN wprawdzie, słusznie uczył że tętnice z serca wychodzą, ale utrzymywał że zawierają one niewielką ilość krwi pomieszanej z powietrzem. Ta krew dostaje się do lewej komory serca po części przez otwór w ścianie międzykomorowej z prawej komory (dokąd przyływa ona z wątroby) a po części przez filtracyją, przesiąkanie z żył oskrzelowych do żył płucnych (*venae arteriosae*). Te ostatnie są w łączności z oskrzelami i prowadzą do lewej komory powietrze (*pneuma*), które płuca w siebie wciągają. W sercu dopiero jest laboratorium w którym z owej z powietrzem zmieszanej krwi wytwarzają się duchy życiowe (*spiritus vitalis*) a duchy te przez aortę do całego ciała wysyłane utrzymują się życiową całego ciała. GALEN uważał zatem serce za przyrząd oddechowy; nie miał on pojęcia o prawdziwym krwi obiegu, przyjmuje wprawdzie połączenia między tętnicami i żyłami, ale według niego mają one tylko za cel, ułatwienie odpływu krwi z przepełnionego układu żylnego. Po przecięciu tętnicy, wydostaje się z niej powietrze a skutkiem „*horror vacui naturae*”, podług GALEN'A następuje tak silny jego prąd z żył przez anastomozy, że przez otwór w tętnicy, prawdziwy strumień krwi się wydostaje.

Takie były pojęcia starożytne i średniowieczne o tej kwestyi i widzimy z tego, jak kolosalnie popełnęło naprzód medycynę wielkie odkrycie HARVEY'A. Dopiero po tym wynalazku prawdziwa fizjologija stała się możliwą. Rozwój anatomii nietylko był ważnym z tego powodu, iż stała się podstawą fizjologii, ale nadto wpłynął najpomysłniej na postęp medycyny a przedewszystkiem chirurgii, jak tego Ambrożego PARÉ i jego następcy dowiedli. Dalsze przekształcenie się anatomii na anatomiję patologiczną stało się niesłychanie ważnem dla praktycznej medycyny. Na nieszczęście ta druga nauka kazała długo na siebie czekać, gdyż aż do wieku zeszłego zajmowano się jedynie zbieraniem osobliwości a przedewszystkiem potworów. Dopiero MORGAGNI, professor w Padwie, ustanowił związek tej nauki z objawami chorobowemi, a dzieło jego: „*De causis et de sedibus morborum*” prawdziwie epokę stanowi. Sławne jego słowa: „*non numerandae sed perpendendae sunt observationes*” stanowią punkt wyjścia dla zupełnie nowego analitycznego badania chorób na pewnej anatomicznej podstawie. W tym samym mniej więcej czasie pojawiły się poszukiwania o drażliwości mięśniów HALLER'A. Tym niezbitym dowodem rzeczywistego istnienia sił żywotnych, zadał on cios śmiertelny starym je-

dnostronnym mechanicznym, albo jeszcze niedostatecznie rozwiniętym chemicznym doktrynom i ugruntowaną została nowa anatomiczno-fizjologiczna era, która powoli nabrała znacznej przewagi i wpływu na rozwój praktycznej medycyny.

Mysł MORGAGNIEGO i HALLER'A przedewszystkiem podnieśli i do dalszego doprowadzili rozwoju angielscy i francuzcy badacze. Z pomiędzy angielskich lekarzy którzy się ważnego zadania podjęli: nietylko anatomiję jako podstawę studyjów uważać, ale nadto w połączeniu z fizjologiją spożytkowywać ją do rozjaśnienia pojęć patologicznych, przedewszystkiem zasługuje na uwagę genialny HUNTER, którego paradoksalne skłonności bynajmniej nie zmniejszają wielkich zasług, jakie położył w badaniu krwi i sposobu powstawania zapalenia. Sposstrzegamy w nim tę samą ścisłość w badaniu, którą się odznaczał współczesny z nim i wielce dla ludzkości zasłużony JENNER, wynalazca szczepienia krowianki. Jeszcze ważniejszymi są jednakże poszukiwania francuzkich uczonych a na ich czele BICHAT'A. Szlachetny ten i wielki geniusz, zmarły tak przedwczesnie w 31-m roku życia swego na suchoty płucne, które zapewne skutkiem nadmiernej pracy się rozwinęły, pozostawił po sobie tak wielkie i wielostronne prace, że wykonanie ich w tak krótkim przeciągu czasu prawdziwie trudne jest do pojęcia. BICHAT wyszedł po części z apyryjycznego witalizmu szkoły w Montpellier, która jednakże skądinąd wielkiego wpływu na jego teoryje nie miała. Obok wielce spekulatywnego umysłu, posiadał on wykwintny, jasny i trzeźwy dar spostrzegawczy, a wiele z jego badań anatomiczno-fizjologicznych do dziś dnia wartość swoją zachowało. Prawdziwie epokę stanowią poszukiwania jego nad anatomiją tkanek; stara się on usilnie o wykazanie różnorodności tkanek w rozmaitych przyrządach i o zbadanie życiowych ich własności w stanie zdrowia i choroby. Anatomiczna podstawa patologii otrzymuje przez BICHAT'A więcej stałości.

W dalszym ciągu okazuje się iż wielkie, przez BICHAT'A podniesione zadanie, mianowicie zbadanie połączonych anatomiczno-fizjologicznych stosunków tak jest kolossalne, iż nie może być przez jednego z uczniów jego podjęte; rozdzielają się oni na anatomów i fizjologów. Pomiędzy ostatnimi przedewszystkiem MAGENDIE postępuje po drodze przez BICHAT'A wytkniętej. A jeżeli ten wielki badacz wzbogacił naukę i medycynę w prawdziwie imponującą ilość nowych wynalazków, to zapominać nie należy iż prace szkoły anatomicznej BICHAT'A w wysokim stopniu mu do tego pomogły. Ten bodziec nadany przez BICHAT'A badaniom anatomiczno-patologicznym nadzwyczaj szybko przyniósł najpomysłniejsze owoce; posiadano bardzo obfity materyjał i spożytkowywano go z wielką energiją. Anatomija patologiczna opisowa, przedmiot, którym najchętniej się zajmowali uczniowie BICHAT'A, doczekała się wkrótce pełnego i systematycznego rozwoju; fizjologija doświadczalna dłuższą i mozolniejszą miała przed sobą drogę.

Duch BICHAT'A niepozwolił uczniom jego poprzestać na anatomii opisowej; cel ich był wyższym od celu MORGAGNIEGO, który starał się tylko o odszukanie przyczyny i siedliska choroby; starali się oni odszukać związek pomiędzy zmianami anatomicznymi a objawami chorobnymi za życia występującymi. Widzieliśmy już powyżej w jaki sposób dążenie to u jednego z genialniejszych BICHAT'A uczniów BROUSSAIS'GO się objawiło, chociaż doktrynerski umysł tego ostatniego wstąpił na bezdroża i stanął on w przeciwieństwie ze swoimi kolegami, którzy przedtem w jednym z nim kierunku pracowali, a który to kierunek epokę w francuzkiej anatomiczno-patologicznej szkole stanowi. Główną cechą charakterystyczną tej

szkoły było to, że zdala od wszelkiego apriorycznego dogmatyzmu, starano się budować teoryje na trwałych, dotykalnych anatomicznych zmianach. Ścisła empiryja występuje w sztuce lekarskiej poraz pierwszy w całej swojej sile i w połączeniu ze sceptyką nieodbitą potrzebną przy trzeźwym i oględnym badaniu. Nowi francuzcy anatomo-patologowie wierzą tylko w to co własnymi oczami widzą; symptomatologiczna nozografia ma dla nich równie małe znaczenia jak i będąca z nią w stosunku bezwartościowa subiektywnie indywidualizująca sztuka lekarska. Ich pozytywne stanowisko wymaga pewnej obiektywnej, dotykanej terapii. Zobaczymy teraz w jaki sposób starali się oni wielkie to zadanie rozwiązać i jak mu podoleli.

U głównego przedstawiciela tej szkoły, wielkiego LAENNEC'A jeszcze się w taki kategorienny sposób nie zmanifestowało zerwanie z podaniową medycyną. LAENNEC całą swoją działalność skierował do spżytkowania anatomii patologicznej w celach klinicznych i doszedł w 18-letniej swojej praktyce szpitalnej (w *Hôpital Necker*) do owych epokę stanowiących wyników, które po wieczne czasy zapewniły mu miejsce pomiędzy koryfeuszami naszej nauki. Wielki wyrik jego anatomiczno-klinicznych badań zna każdy, kto w jakiejkolwiek styczności z medycyną się znajdował mianowicie: wynalezienie auskultacyi. Przez bezustanne badanie związku, jaki zachodzi pomiędzy objawami za życia spostrzeganymi a zmianami anatomicznymi po śmierci znajdowanymi, udało mu się stworzyć stetoskopijną empiryję, która w głównych swoich zasadach okazała się przy późniejszych ścisłych badaniach, zupełnie prawdziwą. Toż samo powiedzieć można o wielu jego patologiczno-anatomicznych spostrzeżeniach, chociaż i on nie mógł powstrzymać się od postawienia hypotetycznych doktryn, które w późniejszym czasie okazały się fałszywymi; tak np. nauka o suchotach płucnych, jako wyłącznem następstwie swoistego nowotworu gruźlicowego. Jednakże sposób badania jego nosi na sobie zawsze jasny, obiektywny charakter, a chociaż daje się on nieraz unosić prądowi swoich myśli i nie zawsze krytycznie względem nich się zachowuje, jednakże krytyczny umysł jego niezawodzi nigdy, ile razy ma do czynienia z dawną medycyną i z Broussaizmem. Umysł jego do takiego stopnia był zajęty patologicznymi zagadnieniami, że z jego systematycznej twórczości, niewielka wynikła korzyść dla terapii; tylko przy okoliczności zwracał on na nią uwagę. Nawet pod względem leczenia suchot, choroby której zbadaniem tak gorąco się LAENNEC zajmował, nie sprowadził on znacznego postępu. W swoim wielkiem dziele o chorobach płucnych, zrobił przegląd wszystkich starych, z rozmaitych stron zalecanych środków, wykazał ze ścisłą krytyką na jak małe zaufanie wszystkie one zasługują i nareszcie wyjawil bardzo oględnie przekonanie, iż powietrze morskie i ciepły klimat dobrze na przebieg tych chorób oddziałują. Ale i w tem niepotrawił się postawić na stanowisku pozytywnem i stara się o sztuczne wytworzenie atmosfery morskiej w przepelnionych i źle przewietrzanych szpitalach przez rozpostarcie morszczyzny (*Fucus vesiculosus*, roślina nadmorska) pod łózkami chorych. W jego oczach gruźlica była nieuleczalną, swoistą i wyniszczającą chorobą, przeciwko której wszystkie lekarstwa pozostają bezskutecznymi. W ciężkich ostrych chorobach płucnych nie może się LAENNEC, jako francuz powstrzymać od bardzo czynnej terapii i używa bardzo energicznych środków; umiarkowane upusty krwi i winian antymonu w dużych dawkach, były środkami używanymi przez niego przeciwko zapaleniom płuc.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Doświadczenia nad działaniem chlorku pilokarpinu
(z Kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie)

przez Stanisława SMOLEŃSKIEGO d-ra medycyny, str. 36.

Ocenił dr. T. Dunin.

Rozprawa wymienionej treści jest pierwszą więcej wyczerpującą i samodzielną pracą nad działaniem pilokarpiny na ustrój człowieka, jaka się w naszej literaturze pokazała; powitaliśmy ją zaś z tem większą radością, że wychodzi nie z laboratorium ale z kliniki i to z kliniki, z której już wiele cennych prac się ukazało. Dotychczasowe bowiem poszukiwania nad działaniem pilokarpiny robione były przeważnie na zwierzętach, te zaś które robiono nad ludźmi nie były dokonane z niezbędną krytyką i dokładnością. Wszelako i niniejsza praca nie jest studjum terapeutycznym; autor ograniczył się jedynie na poszukiwaniu fizjologicznem działania pilokarpiny, nie dotykając wcale jej zastosowania w chorobach, skutkiem czego rozprawa poniekąd traci na wartości. Jeżeli bowiem nie ulega wątpliwości, że dokładna znajomość sposobu w jaki działa dany środek, winna kierować lekarzem, to równie jest pewnym, że jedynie doświadczenie kliniczne ostatecznie o wartości leku stanowi. Przechodząc do streszczenia danej pracy, wspomniemy, że jest ona niejako dalszym ciągiem badań p. SAKOWSKIEGO nad działaniem jaborandy, badań dokonanych również w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO. Dla tego też autor nie podaje opisu pojedynczych doświadczeń, ale streszcza tylko ich wyniki. Najważniejszym objawem przy wstrzyknięciu pilokarpiny były zmiany w układzie krwi krążenia. I tak rozszerzają się tętnice tak dostępne dla gołego oka, jak i głębokie; o tych ostatnich daje nam pojęcie badanie dna oka, które autor dokonywał przy pomocy d-ra WURSTA, a na które dotychczas nikt nie zwrócił uwagi. Badania te wykazały małe rozszerzenie tętnic, a następnie i żył. Ilość tętna wzmagą się o kilkanaście uderzeń, samo zaś ono staje się pełniejsze i dwubitne; sfigmograf wykazuje podniesienie się fali wstępującej, powiększenie wzniesienia wstecznego (*Rückstosselevation*) i zmniejszenie drgań sprężystości, jednym słowem tętno nabiera własności gorączkowego, co świadczy o zwiotczeniu ścian tętnic i zmniejszeniu ciśnienia boczego. Drugim objawem co do stałości i czasu jest powiększenie się ilości śliny, której chorzy wydzielają od 70—150 grm. po zastrzyknięciu 0,61 grm. a 180—420 po użyciu 0,02; nie potwierdza się zatem zdanie LEOTTIE'GO, że dawka nie ma wpływu na ilość wydzielonej śliny. Zmniejszenie się ciężaru ciała wynosiło 300—700 grm. Trzecim najważniejszym objawem jest pocenie się, które zaczyna się nieco później od ślinotoku; zaczyna się ono od nosa i czoła, miejsce zastrzyknięcia na prędkość pojawienia się i ilość nie wywiera wielkiego wpływu. Ilość potu także jest proporcjonalna do dawki i waha się pomiędzy 100 a 590 grm., czyli że działanie napotne silniejsze jest od naślinnego. Co do innych wydzielin, to autor zauważył zwiększenie się łzawienia i wydzielania śluzu w oskrzelach, natomiast wpływ na ilość i jakość moczu jest prawie żaden. Wpływu na przemianę materii, autor nie badał, sądząc jednak z niezmienności moczu, takowy musi być niewielki. Co do ciepłoty, to czasami choć nie zawsze podnosi się ona nieco po zastrzyknięciu, natomiast później opada stale o 0,2—1,2^o C. Dalej autor wylicza poboczne objawy, jakie spotykał, z których najważniejszym są nudności i wymioty. Te ostatnie nie zależą od nieczystości preparatu, jak tego chciał BARDENHEISER, ani od polykania śliny, jak to twierdzi LÖSCH. Prócz tego czasami autor widywał ból głowy, pragnienie, zawrót, drżenie kończyn, dreszcze, bicie serca, natomiast nigdy nie zauważył znacznego upadku sił (*collapsus*), jak to opisuje CURSCHMANN, LEYDEN i t. d. Co się dotyczy antagonizmu pomiędzy atropiną i pilokarpiną, to autor potwierdza istnienie takowego w zupełności, przekonał się bowiem że atropina wstrzyknięta pod skórę prawie natychmiast przerywała pocenie się i ślinienie; azotan amylowy, na co SENATOR pierwszy zwrócił uwagę, jest także choć nie tak pewnym przeciwnikiem pilokarpiny. Porównanie działania pilokarpiny z jaborandą wypada na korzyść pierwszej; ilość śliny jest wprawdzie nieco mniejsza, ilość zaś to potu

jest większa a uboczne objawy, tak przykre po użyciu jaborandi, tutaj o wiele są mniejsze. Ostatnią wreszcie część pracy stanowi wytłumaczenie działania pilokarpiny, wytłumaczenie, które jeżeli ma być racjonalne winno objąć 3 główne objawy t. j. zmiany w układzie krążenia, zwiększenie pocenia i ślinienie. Co się tyczy pierwszego, to rozszerzenie naczyń nie może być następstwem zwiększonej działalności serca, skutkiem czego krew silniej by napierała na ścianki tętnic, a to dla tego że ciśnienie krwi nietylko się nie wzmacnia, ale jeszcze słabnie. Również nie możliwe jest tłumaczenie SAKOWSKIEGO i LEOTRĘGO, według którego działanie pilokarpiny polega na porażeniu n. współczulnego, temu bowiem sprzeciwia się częstość tętna. Zdaniem autora pierwotnem zjawiskiem, choć nieobjaśnionem, jest rozszerzenie ścian naczyń i upadek ciśnienia boczego krwi, które, jak to wykazał prof. NAWROCKI, zmniejsza pobudliwość n. błędnych, a zatem sprowadza przyspieszenie uderzeń tętna. Co się tyczy działania napotnego i naślinnego, to autor nie podaje żadnych swoich spostrzeżeń, ani tłumaczeń i zgadza się na zdanie NAWROCKIEGO i LANGLEY'A. że pilokarpina działa na obwodowe zakończenie nerwów potowych i struny bębenkowej. W jakim stosunku zaś pozostaje to działanie pilokarpiny na zakończenia n. potowych, do owego pierwotnego rozszerzenia naczyń, czy pomiędzy temi dwoma zjawiskami istnieje jaki związek, tego autor nie podaje.

Oto jest treść pracy d-ra SMOLEŃSKIEGO; wyniki spostrzeżeń w niej zawartych, mają niewątpliwą wartość, zdaniem naszym tem większą, że były nad ludźmi robione. Co do wytłumaczenia działania pilokarpiny, to takowe stanowi najslabszą część rozprawy, czemu zresztą przy zawisłości kwestyi dziwić się nie można.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdania z posiedzeń komisyi balneologicznej Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego 1878. Kraków 1879.

RYDYGIERA. O martwinie fosforowej (Osobne odbicie z PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" z r. 1879). Toż samo po niemiecku (Osobne odbicie z „Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie”).

Tegoż. Krótkie sprawozdanie z VIII zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie. (Osobne odbicie z „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO z r. 1879).

MÜLDNER. Kąpiele Schwarzenberg, węgierski Graefenberg na Spiżu. Z dwoma drzeworytami. Warszawa 1879 (osobne odbicie z „WĘDROWCA”. Cały dochód rozprzedaży przeznacza autor na cele dobroczynne).

„Ogrodnik Polski” Nr. 1 z d. 1 Lipca 1879. Nowe czasopismo redagowane i wydawane przez p. Edmunda JANKOWSKIEGO.

OGŁOSZENIA.

Kąpiele na morzu północnem Ostende.

Dr. Saulmann, z Berlina,

upoważniony przez rząd belgijski, rozpoczyna praktykę lekarską od 10 Lipca w Ostendzie.


Apteka Magistra Farmacyi **Karpińskiego**

ulica Elektoralna Nr. 35 w Warszawie.

Zwracam uwagę Szanownej Publiczności na **GALMANIN**, niezawodny środek mego wynalazku, **przeciwko odparzaniu się ciała, szczególniej palców u nóg**. Dostać go można

we wszystkich aptekach Cesarstwa, oraz u materjalistów w znaczniejszych miastach Europy. Cena w Warszawie za pudełko większe 50 kop., mniejsze 30 kop. **Strzedz się należy licznych podrabiań.** **W. Karpiński.**

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.