

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: Rozprawy. O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów. Napisał dr. Ludwik Wolberg. (Ciąg dalszy.) — Praktyczne przykłady oznaczenia refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia. Napisał dr. St. Kościński. — Wykłady z dziedziny fizjologii. O trawieniu, C. A. EWALD'A. Przetłumaczył dr. L. A. ANDERS. (Ciąg dalszy.) — Odcinek. PETERSEN'A: Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCH. (Ciąg dalszy.) — Streszczenia i wyciągi. Leczenie ropnego zapalenia ucha. Dwa przypadki śmierci dostania się obcego ciała do przewodu oddechowego. Opatrunek sprężnikowy przeciwko zapaleniu jąder. O leczeniu krwawej biegunki. — Kronika miejscowa. Zakład chirurgiczno-ortopedyczny dr. JASIŃSKIEGO. Niedokładność statystyki śmiertelności prowadzonej w Warszawie. Brak miejsca w szpitalach warszawskich. Ogrody publiczne i skwery w Warszawie. — Ogłoszenia.

O ZSZYWIANIU, ODTWARZANIU SIĘ I NACIĄGANIU NERWÓW.

Napisał dr. **Ludwik Wolberg.**

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 35 i 36.)

II. Naciąganie nerwów ¹⁾.

Niejeden ciekawy i pożyteczny wynalazek zawdzięcza swe powstanie przypadkowi, podobnież i operacja naciągania nerwów, do której zdanie: „*Nil sub sole novi*” wcale się nie daje zastosować, przypadkowo tylko zwróciła na siebie uwagę i pomimo krótkiej egzystencji, zajęła już poważne stanowisko w nowoczesnej chirurgii. W 1869 roku BILLROTH (przypadek ten ogłoszony został dopiero w 1872 r.) spostrzegł następujący przypadek: W skutek stłuczenia prawego pośladka wystąpiły u 25-letniego mężczyzny kurcze we wszystkich mięśniach, połączone niekiedy z nieprzytomnością (epileptyczne napady?), powstające samodzielnie, ale jednocześnie dające się wywołać dotknięciem niektórych kręgow, lub naciskiem na nerw kulszowy w całym jego przebiegu, tudzież naciskiem na łydkę i t. d. BILLROTH sądził, że nerw kulszowy zmieniony jest w jakimkolwiek miejscu, obnażał go więc i obmacał palcami od wcięcia kulszowego aż do rany, zrobionej między guzem kulszowym i krętarzem większym; chcąc się przyjrzeć nerwowi (gdyż przypuszczał *Neuritis*) wyciągnął go z rany, nie znalazł jednak na nim żadnych zmian, *volens volens* więc zaszył ranę i jak opowiada, czuł, że operacja była niepotrzebnie zrobioną i dosyć zmartwiony poszedł do domu. Operacja była wykonaną 5 Lipca, a 15 Października tegoż roku, *chori*, uwolniony od napadów kuczowych, swobodnie włada-

¹⁾ *Nervendehnung* tłómaczone dotychczas przez wyciąganie lub rozciąganie nerwów; mnie się zdaje, że użyte przezemnie tłómaczenie jest dokładniejsze.

jący kończyną, opuścił klinikę. Jednocześnie z tym przypadkiem ogłoszonym został przypadek naciągania spłotu ramiennego przez v. NUSSBAUMA (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1872. B. I. S. 450), który to autor za ojca tej operacji obecnie jest uważanym.

Mając przed sobą przypadek kontraktury lewego ramienia, przedramienia i ręki w skutek uderzenia kolbą strzelby w kark i łokieć i następczego na karku ropnia, N. przypuszczał, że ma do czynienia z zrostami nerwów zmianami w rdzeniu kręgowym; ułożył więc sobie plan obnażenia 4 dolnych nerwów szyjowych i naciągnięcia tychże, w celu wyswobodzenia pni nerwowych z ich zrostów i powtórę w zamiarze podziałania tym sposobem na sam rdzeń. Obnażył więc najpierw n. łokciowy na łokciu i lekko go naciągnąwszy, zszyl ranę; następnie naciągnął N. pośrodkowy, promieniowy i łokciowy tudzież nerwy skórne i mięśniowe, obnażywszy je pod pachą; nareszcie zrobiwszy cięcie po nad lewym obojczykiem, obnażył i bardzo silnie w kierunku od i dośrodkowym naciągnął Nerwy karkowe niższe. Pomimo skrupulatnego badania przebiegu wszystkich obnażonych nerwów (o ile przebieg ten dał się palcem zbadać) nie odkrył N. żadnych zrostów lub zgrubień perineurii. Teraz po operacji i obudzeniu się zachloroformowanego chorego, spostrzegł NUSSBAUM powrót uczucia na tylnej okolicy przedramienia, oprócz tego palce i przedramię mogły być zginane i wyprostowywane pod wpływem woli chorego. To polepszenie pozostało trwałem i w ten sposób zrobił NUSSBAUM nowe odkrycie, że obnażenie i naciąganie spłotu ramiennego i czterech nerwów karkowych niższych natychmiastowo zdołały usunąć porażenie czuciowych i skurczeruchowych nerwów.

Od tego czasu przypadki naciągania nerwów zaczęły się mnożyć, mnożyły się też i wskazania; zebrane przypadki przedstawię w chronologicznym porządku. W roku 1872 naciąga GÄRTNER (*Deut. Zeitsch. f. Chir.* 1782. B. I. S. 463) podług sposobu v. NUSSBAUMA spłot ramienny w skutek silnych bólów u kobiety od 34 lat sparaliżowanej (po apopleksyi mózgowej); po operacji bóle giną, chora jednak w dwa tygodnie umiera z powodu przedziurawienia żyły szyjnej i przeniknięcia w nią powietrza; żyła nie była zranioną przy operacji, lecz została przedziurawioną wskutek owrzodzenia. W tymże roku PATRUBAN (*Vogt, die Nervendehnung als Operation in der chirurg. Praxis* 1877. S. 30) leczy od trzech lat istniejącą i żadnemu leczeniu nie ustępującą rwę kulszową (*Ischias*) naciąganiem nerwu kulszowego. VOGT (*l. c.*) naciągał nerw łokciowy w r. 1874, przy silnych bólach w 4 i 5 palcu, wskutek zranienia i następczego przyrostu nerwu łokciowego. Po operacji bóle znikły; v. NUSSBAUM w r. 1875 przy odruchowej epilepsyi, od 9 lat istniejącej (przed każdym napadem chory doznawał silnych bólów w *pes equinovarus*) naciąga N. łokciowy i piszczelów od i dośrodkowo; od dnia operacji napady epileptyczne się nie powtórzyły, pomimo że przed operacją, 5—6 razy dziennie miały miejsce. CALLENDER (*Transactions of the clinical society of London* 1875) z powodu bólów w karku po amputacji ramienia, naciąga z kompletnym skutkiem wyleczenia, nerw pośrodkowy.

Tenże operator w r. 1875 przy zupełnie podobnym nerwobólu w kikutcie u innego chorego, naciąga pośrodkowy nerw i znów z pomyslnym wynikiem (HEN, o wytjażeniu nerwow. *Wojenno-medizinskoj Żurnat*. Grudzień 1879). W roku 1876 v. NUSSBAUM (*Nervendehnung bei centralein Leiden. München* 1876) naciąga z obydwóch stron nerw kulszowy i biodrowy przy porażeniu dolnej połowy ciała, istniejącem od 11 lat, które się rozwinęło po spadnięciu z 2 metrowej wysokości. Chory doznawał ciągłych klonicznych kureczów w nogach, które po operacyi zupełnie zginęły, tak że chory był w stanie chodzić, choć o kulach. VOGT (*l. c.*) przy ścisłoszczęku i tężcu które się przyłączyły do płatowej rany na grzbiecie ręki, naciąga splot ramieniowy, okazujący przed operacyją wielką czułość nanacisk, wywierany na szyję. Zaraz po operacyi tężec ustąpił. KOCHER w r. 1876 naciągnął piszczelowy przy tężcu, spowodowanym przez igłę, tkwiącą w paluchu lewej stopy. Po operacyi mięśnie lewej dolnej kończyny zostały zwolnione, ale w prawej dolnej kończynie i innych mięśniach ciała, tężec pozostał aż do śmierci. W tymże roku PETERSEN (*Central. f. Chir.* 1876. Nr. 49) naciągnął *n. tibialis* w skutek silnych bólów w goleni; chory opowiadał, że w goleni tkwi kawałek stali, który jednak nie został znalezionym przy operacyi. Po naciągnięciu gałąź szczękową nerwu trójdzielnego bóle ustąpiły. Następnie VOGT (*l. c.*) naciągnął u kobiety gałąź szczękową nerwu trójdzielnego lewego przy wyjściu tego nerwu z dziurki bródkowej pod drugim trzonowym zębem, a to z powodu nieustępującej żadnemu leczeniu neuralgii; pochwetka okazała się przekrwioną; po operacyi rwa znikła. CZIN (HEN *l. c.*) w r. 1877 w dwóch przypadkach długo-trwałej rwy kulszowej spostrzega zupełne wyzdrowienie po naciąganiu. W roku 1878 BAUM (*Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 4. S. 595) naciąga nerw twarzowy przy skureczach mięśni lewej połowy twarzy, nieustępujących żadnemu poprzedniemu leczeniu. Po operacyi porażenie twarzy, pół godziny trwające, poczem kurecze już nie powróciły. DRAX (*ibidem*) przy traumatycznym tężcu naciągnął nerw kulszowy; wprawdzie tężec ustąpił, ale chory umarł, z braku wódki, jak przypuszcza autor. WATSON w tymże roku operuje w dwóch przypadkach tężec traumatyczny; jedna operacyja bez wyniku, druga zmniejsza kurecze, ale śmierć pomimo tego w 13 dni po operacyi następuje. SKLIFASSOWSKI naciąga nerw kulszowy przy nerwobólu, ale bezskutecznie; rwa ustępuje dopiero po neurektomyi. MASING przy obustronnej *Ischias* naciąga oba kulszowe nerwy—zupełne wyzdrowienie. W drugim przypadku teje choroby spostrzega on tylko ulgę po naciąganiu. W roku 1879 CARL LANGENBUCH (*Ueber Dehnung grosser Nervenstämmne bei Tabes dorsalis. Berl. klin. Woch.* 1879. Nr. 48) naciągnął na jednym posiedzeniu n. kulszowy lewy, poczem bóle w kończynie ustąpiły, następnie na drugim posiedzeniu naciągnął prawy kulszowy nerw i oba nerwy goleniowe; nie tylko bóle w kończynach ustąpiły, lecz, co dziwniejsze, objawy ataktyczne ustąpiły, chory czuł podłogę pod nogami. Na zasadzie tego jednego przypadku radzi L. operacyją naciągania nerwów wykonywać przy *Tabes dorsalis* w początkach tej choroby, w starych przypadkach nie widziano polepszenia po operacyi (patrz niżej).

(d. c. n.)

Praktyczne przykłady oznaczania refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia.

Podał dr. Stanisław Kościński.

Wyłożywszy podstawy, któremi lekarz kierować się powinien przy oznaczaniu refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia (patrz Medycynę Nr. 4, 14, 15 i 24, rok 1880) pozwolimy sobie przedstawić kilka przykładów praktycznych i to w podwójnym celu: 1) aby pokazać bezpośrednie zastosowanie zasadniczych wiadomości w praktyce; 2) aby wspomnieć o niektórych wskazówkach, które nie mogły znaleźć miejsca w krótkim wykładzie teoretycznym.

Przykład I. Kobieta około 20 lat leżąca uskarża się, że jej oczy odmawiają posługi szczególnie gdy pracuje dłużej a przeważnie wieczorem (*asthenopia*). Osoba jest anemiczna; twarz jej spłaszczona; dostrzedz można lekką asymetryją, lewa połowa twarzy mniej jest rozwinięta niż prawa. Kierunek oczu prawidłowy, mięśnie nie zdradzają niedostateczności. Zrenice równe i ruchome. Długość gałki lewego oka średnia; gałka prawa wyraźnie krótka.

Badanie zaczynamy od oka lewego, które chora uważa za lepsze. Okiem tem bez pomocy szkieł chora czyta Nr. 5 skali SNELLENA w odległości 5 metrów. Ostrość więc widzenia jest prawidłowa; oko nie jest krótkowzroczne, ale może być nadwzroczne i swojej wadliwość pokrywać siłą nastawczą. Stawiamy przed oko szkło wypukłe słabe np. + 0,5; ostrość widzenia nie wzrasta, przeciwnie chora widzi gorzej. Nie znajdujemy więc nadwzroczności jawnej i piszemy: O. L. Emmetropija, $V = \frac{5}{5}$.

Oko prawe bez pomocy szkieł widzi Nr. 36 skali SNELLENA ($V = \frac{5}{36}$); przez szkło + 1 też głoski rozpoznaje wyraźniej a nawet rozróżnia Nr. 24; przy soczewce + 3, V staje się $\frac{5}{12}$; soczewka 3,5 czyni widzenie mniej wyraźnem. Mamy więc O. P. *hypermetropia manifesta* 3 D; $V = \frac{5}{12}$.

Młody wiek chorej upoważnia nas do przypuszczenia, że nadwzroczność tak w oku prawem jak i lewem w części może być ukrytą, maskowaną przez siłę nastawczą. Przypuszczenie to wydaje się tem więcej uzasadnionem, gdy zważymy, że oba oczy nużą się szybko przy wpatrywaniu się; objaw zaś ten prawie zawsze towarzyszy nadwzroczności.

W jaki sposób przekonać się możemy o istnieniu nadwzroczności ukrytej? W tym celu rozporządzamy dwoma pewnymi środkami: atropiną i wziernikiem ocznym. Nie zawsze atoli chcemy i możemy poddawać chorego działaniu atropiny, która porażając nastawczość czyni, na pewien czas niemożliwą wszelką pracę zbliska; środek ten zresztą jest zbyt cenny, jeżeli wprawnie władamy wziernikiem ocznym. Narzędzie to okaże nam u danej osoby nadwzroczność 1D w oku lewem; a 4D w prawem. Mamy więc tak w oku lewem jak i w prawem jedną dioptryję nadwzroczności ukrytej.

W braku oftalmoskopu możemy sądzić o rzeczywistym stanie zdrożności z położenia kresu bliży.

W 20-tym roku życia oko posiada 10D, siły nastawczej; oko więc prawidłowowzroczne w tym wieku rozróżniać powinno drobne przedmioty do odległości 10 ctm. Oko nadwzroczne przeciwnie nie zobaczy tych przedmiotów w tak blizkiej odległości; przy nadwzroczności 1D, będzie ono

miało $10-1=9$ D, siły nastawczej; jego więc kres bliży znajdować się będzie w odległości 11 ctm. Jeżeli nadwzroczność oka prawego wynosi rzeczywiście tylko 3 D, to dane oko powinno rozporządzać $10-3=7$ D, siły nastawczej i jego punkt bliży przypadać winien w odstępnie 14 ctm. W naszym przypadku, gdzie nadwzroczność całkowita wynosi 4 D, siła nastawcza oka równa się $10-4=6$ D i punkt bliży znajduje się w odległości 16 ctm.

Z powyższego widzimy, że, jeżeli różnica między nadwzrocznością jawną i ukrytą wynosi tylko 1 D, to i różnica w położeniu punktu bliży jest nader mała; w takim razie sposób ten nie doprowadzi nas do oznaczenia rzeczywistego stanu refrakcyi oka, tem bardziej że i siła nastawcza nieraz przedstawia pewne zmiany osobnicze. To samo rozumowanie zastosować się daje i do krótkowzroczności, gdy chodzi nam o wykrycie tej wadliwości refrakcyjnej zależnej od skurczu mięśnia nastawczego.

Czemuż więc w danym przypadku przypisać możemy upośledzenie ostrości widzenia oka prawego, pomimo poprawy jego nadwzroczności? Przyczyna tego nie leży w małości obrazów na siatkówce, gdyż te po poprawie oka za pomocą szkieł są tej samej wielkości co w oku prawidłowo-wzrocznem. Może ta przyczyna zawisła od niedostatecznego rozwoju siatkówki lub braku wprawy? I rzeczywiście, przy wysokich stopniach nadwzroczności, siatkówka bywa niekiedy mniej tkliwą niż w oku prawidłowo-wzrocznem, dana więc osoba mając oko prawe tak upośledzone, mogła przy pracy posiłkować się przeważnie okiem lewem. Nie powinniśmy jednak zadawałniać się takim objaśnieniem, dopóki się nie przekonamy, czy rze-zzone oko nie jest astygmatyczne.

Oko to uzbrojone w soczewkę wypukłą 3 D, nie widzi wyraźnej różnicy między linijami gwiazdowatej figury SNELLENA; zdaje się atoli osobie badanej jakby linije poziome były nieco wyraźniejsze niż pionowe. W danym więc przypadku soczewka 3 D. poprawia zupełnie południk pionowy, nie-zupełnie poziomy. Zasadzamy przed szkło kuliste soczewkę cylindryczną wypukłą 0,25 D z osią pionową; różnica między linijami znika, ostrość widzenia podnosi się do $\frac{5}{6}$. Probujemy jeszcze soczewkę cylindryczną 0,5;

ta jednak nie polepsza ostrości widzenia, chora przekłada 0,25. Zasadzamy oba szkła w jedną osadę okularów, która dla soczewek cylindrycznych ma pierścien ruchomy i zalecamy samej chorej wyszukiwać położenie szkła cylindrycznego, przy jakim ostrość widzenia będzie najwyższą. Przekony-wamy się, że przy pochyleniu osi cylindra do linii pionowej wynoszącem 5° chora czyta niektóre głoski Nr. 6 SNELLENA. W danym więc przy-padku poprawienie tak nieznacznego stopnia astygmatyzmu przyczyniło się do wzmoczenia ostrości widzenia o połowę. Przypadki takie nie są rzadkie.

Badamy następnie akomodacyję. Chora czyta drobny druk SNELLENA lewem okiem w odstępnie 11 ctm., prawem okiem, w odległości 15 ctm. Oczy łatwo się nużą. Temu to osłabieniu akomodacyi, będącemu w związku ze stanem niedokrwistym chorej, przypisać należy astenopiją. Zalecamy przetwory żelaziste i przepisujemy okulary następujące: O. L. Szkło wypukłe 0,5 D. O. P. Szkło wypukłe 3 D połączone z soczewką cylindryczną wypukłą 0,25 D o osi nachylonej ku linii pionowej na 5° .

Przepisujemy szkła w części tylko poprawiające nadwzroczność; so-czewki mocniejsze byłyby dla chorej mniej dogodne. Nadto zalecamy cho-rej ćwiczyć samo tylko oko prawe: w tym celu powinna dwa razy dzien-nie przez kwadrans czytać i pracować okiem prawem uzbrojonem w odpo-wiednie szkło, przy zupełnem zasłonięciu oka lewego.

Przykład II. Przedstawia się nam panna 15-letnia, która przed nie-

dawnym czasem przebyła błonicowe zapalenie gardła. Chora, aczkolwiek blada, na nie się nie uskarża, prócz osłabienia wzroku: twierdzi że od czasu, jak z łóżka powstała, widząc dobrze z daleka, nie może rozpoznawać przedmiotów z bliska.

Nagle powstała niemożność widzenia w bliskim odstępie naprowadza nas na myśl bezwładu akomodacyjnego; podejrzenie to tem jest prawdopodobniejsze gdy uwzględnimy okoliczność że chora widzi dobrze z daleka. Ostatni objaw dowodzi nadto, że w danym przypadku nie zachodzi ani krótkowzroczność ani niedoślep.

I rzeczywiście, jeżeli młoda osoba twierdzi, że nie widzi dobrze z bliska t. j. w odstępie mniej więcej 20 ctm. a przy tem nie mamy powodu przypuszczać niedoślepu, to okoliczność ta nie dowodzi jeszcze istnienia bezwładu akomodacyjnego, gdyż taka osoba może być nadwzroczna w bardzo wysokim stopniu, tak że cała jej siła nastawcza zostaje zużyta dla poprawienia wadliwej refrakcyjnej ($-r$) i stąd powstaje niemożność posunięcia punktu blizy (P) z odległości nieskończonej ku oku. Takiemu atoli stanowi prawie zawsze towarzyszy astygmatyzm albo też zmniejszona tkliwość siatkówki, tak że w podobnym razie widzenie z dala nie bywa doskonałem.

Bezwład akomodacyjny w wieku młodym odpowiada presyopii wieku podeszłego. Osoba 50-letnia widząca dobrze zdala a niedokładnie z bliska może być prawidłowowzroczną lub też w małym stopniu nadwzroczną, przy czem u niej powstawać zaczyna presyopija. Przypuszczenie samej nadwzroczności tem mniej jest prawdopodobne, im osoba jest starsza. Osoba zaś, nie widząca dobrze ani zdaleka ani z bliska, u której badanie żadnych zmian w oku wykryć nie zdołało, jest niewątpliwie nadwzroczną i to w tem większym stopniu, im punkt blizy jest więcej oddalony a wiek chorego młodszy. Osoby, które twierdzą, że widzą bardzo dobrze z bliska a niedokładnie zdaleka, są krótkowidzami. Ci zaś, którzy nie widzą dobrze ani z bliska ani zdaleka, nawet przy pomocy soczewek kulistych, są dotknięci astygmatyzmem.

Ale wróćmy do naszej chorej: źrenice jej oczu są mocno rozszerzone a nadto powoli i bardzo niedokładnie reagują na światło (o czem przekonujemy się zasłaniając i odsłaniając oczy). Objawy te wraz z poprzedniami upoważniają nas do rozpoznania u naszej chorej bezwładu akomodacyjnego. Idzie jeszcze o oznaczenie stopnia danej niemocy t. j. czy bezwład jest zupełny (*paralysis*) czy też niezupełny (*paresis*) i w ostatnim razie określić należy stopień choroby.

Chora bez szkła czyta tak jednym jak i drugim okiem aż do Nr. 5 skali SNELLENA, zawieszzonej w odstępie 5 metrów; ostrość więc jej widzenia jest prawidłowa ($V = \frac{5}{5}$). Probujemy jednak szkła wypukłe: ze szkłem + 3 czyta nawet Nr. 4; soczewka + 3,5 wzroku nie poprawia: mamy więc $H = 3D$: $V = \frac{5}{4}$.

Otrzymawszy u badanej osoby ostrość widzenia $\frac{5}{5}$, nigdy nie powinniśmy na tem badania kończyć ale zawsze, szczególnie u osób młodych, probować należy, czy za pośrednictwem szkieł mocniejszych nie osiągniemy ostrości widzenia wyższej.

W naszym przykładzie pareza akomodacyjnego dosięga znacznego stopnia; gdyż gdyby naszej chorej pozostało tylko 3D lamalności, to taka siła nastawcza wystarczałaby do poprawienia nadwzroczności i czyniłaby ostrość wzroku równą $\frac{5}{4}$. Gdy jednak poprawa jest niezupełna, chora rozpoznaje bez pomocy szkła tylko Nr. 5.

Nie potrzebujemy nawet próbować, czy chora czytać może zblizka: jeżeli jej siła nastawcza nie wystarcza do poprawienia całkowitej nadwzroczności t. j. do sprowadzenia punktu bliży do odległości nieskończonej, to tem bardziej nie będzie w stanie przenieść tego punktu do odległości bliższej.

W takim razie wyszukujemy tylko soczewkę wypukłą najslabszą, przy pomocy której chora osiąga zblizka swą najwyższą ostrość widzenia $\left(\frac{5}{4}\right)$.

Jeżeli ta soczewka wynosi 1 D, to chora zachowała swęj siły zastawczej tylko $3-1=2$ D zamiast 12 D, którem władac powinna w tym wieku. Utraciła więc swęj siły nastawczej 10 D.

Jakąż soczewkę przepisać powinniśmy naszej chorej do czytania i pisanania w odległości 30 ctm. nim środki toniczne przywrócą jej całkowitą akomodacyją. Zawsze dobieramy szkło wypukłe najslabsze za pomocą którego chora w żądanej odległości czytać może a to dla tego, aby nie pozostawić w nieczynności tej siły akomodacyjnej, jaką chora jeszcze posiada.

Dla widzenia w odstepie 30 ctm., oko prawidłowowzroczne władac powinno siłą nastawczą $\frac{100}{30}=3$ D (w przybliżeniu); w tymże samym celu oko nadwzroczne 3 D pozbawione nastawczości wymaga siły akomodacyjnej $3+3=6$ D, że zaś nasza chora posiada jeszcze 2 D, dajemy więc jej soczewkę wypukłą $6-2=4$ D. (d. n.)

WYKŁADY Z DZIEDZINY FIZYJOLOGII.

O t r a w i e n i u.

Wstęp do wykładu klinicznego chorób narządów trawienia.

D-ra C. A. EWALD'A, docenta wszechnicy Berlińskiej.

Przełożył dr. L. A. Anders, ord. klin. terap. szpitalnej przy uniw. Warszawskim.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 22, 24, 27, 29 i 32).

O d c z y t c z w a r t y.

Ślinianka przyuszna (*Parotis*). Jej budowa, unerwienie i wydzielina.—Nerwy pobudzające krążenie i wydzielanie.—Skład wydzieliny.—Ślinianka podjęzykowa (*Sublingualis*).—Gruczoły wargowe i policzkowe (*Glandulae labiales, buccales*).—Ślina mieszana.—Skład jej i działanie.—Ptyalina. — Ilość śliny. — Patologija śliny. — Teoryja wydzielania śliny.

W poprzednim odcycie pozwoliliśmy sobie poświęcić nieco więcej czasu śliniance podżuchwowej, a to z powodu zadziwiających wyników, do jakich doprowadziło badanie tego, pod wieloma względami ciekawego, gruczołu. Przystępując za to teraz do omówienia pozostałych ślinianek, załatwimy się z niemi daleko prędzej, do czego poniekąd zmuszają nas niedostateczne o nich wiadomości.

Ptaki nie posiadają ślinianki przyusznej (*parotis*), jest ona bowiem zxt' ёёозыу gruczołem żucia, a rozwój jej u różnych zwierząt zależnym jest od stopnia wydoskonalenia narządów, mających za zadanie rozdrabnianie i rozmiżdżanie pokarmów. Ze względu na swą drobnowidzową budowę, ślinianka ta zblizną jest bardzo do ślinianki podżuchwowej. W komórkach jej wszelako nie spotykamy śluzu, a natomiast są one jednostajnie wypełnione protoplazmą. W pośrodku każdej znajduje się zębate jądro, które bardzo chęćwie pochłania wszelkie barwniki, podczas gdy reszta komórki przyjmuje tylko lekki odcień danego koloru. Pod wpływem drażnie-

nia nerwu powstaje i tutaj podobnie jak i w śliniance podżuchwowej pewna zmiana w obrazie drobnowidzowym, z tą jednakże różnicą, iż drażnić w tym celu wypada nie nerw czaszkowego pochodzenia pod wpływem którego pozostaje gruczoł, lecz nerw współczulny. Komórki przytem marszczą się, silnie mętnieją, protoplazma ich poczyna się lepiej barwić przy pomocy karminu, a okrągłe, opatrzone licznymi jąderkami, jądro uwydatnia się daleko lepiej. Właściwym nerwem gruczołowym jest n. uszno-skroniowy powierzchowny (*n. auriculo-temporalis*), który przy pomocy zwoja usznego czyli ARNOLDA (*ganglion oticum*) łączy się z nerwem skalistym powierzchownym mniejszym (*n. petrosus superficialis minor*), który ze swej strony komunikuje za pośrednictwem n. JACOBSON'A z nerwem języko-gardzielowym (*n. glosso-pharyngeus*). Dzięki tym połączeniom jesteśmy w stanie działać, na drodze odruchowej, na gruczoł przyuszny, drażniąc błonę słuzową jamy ustnej. HEIDENHAIN, którego prace i tutaj równieży wyjaśniły najrozmaitsze szczegóły, drażni nerwy ze strony jamy bębenkowej. Oprócz tego gruczoł przyuszny pozostaje także pod wpływem nerwu współczulnego (*n. sympathicus*). Jak i w śliniance podżuchwowej tak i w przyusznej następstwem podrażnienia nerwu, pochodzenia czaszkowego, jest rozszerzenie naczyń i przyspieszenie krwioobiegu, przeciwnie zaś drażnienie nerwu współczulnego wywołuje zwężenie naczyń i zwolnienie krążenia.

Niemniej i siła ciśnienia wydzieliny w przewodzie wyprowadzającym może, przy ciągłym drażnieniu ślinianki, przewyższyć znacznie równoczesne ciśnienie krwi i wyrównać nawet 118 mm. rtęci. Godnym jednakże uwagi jest niezwykle stosunek, zachodzący pomiędzy drażnieniem nerwu pochodzenia czaszkowego, a n. współczulnego, bezpośredni mianowicie następstwem działania bodźca na n. JACOBSON'A jest pojawienie się wodnistej, pozbawionej śluzu, wydzieliny, która zawiera mało białka, paraglobuliny, a obok zwykłych soli jeszcze i zaczyn, przekształcający krochmal na cukier. W ogóle stałe części składowe znajdują się w niej w ilości zmniejszonej, przy czem odsetka składników organicznych jest o wiele niższą do nieorganicznych. Drażnienie samego tylko nerwu współczulnego nie daje żadnej wydzieliny, jeżeli jednakże poczniemy, przy pomocy dwóch biegunów, działać równocześnie na n. JACOBSONA i na nerw współczulny, w takim razie otrzymamy ślinę, obfitującą w znacznie większą ilość stałych części składowych, lecz jednocześnie stosunek składników organicznych do nieorganicznych przedstawi wielką zmianę na korzyść pierwszych. Najlepiej rzecz nam wyjaśni następująca tabliczka porównawcza:

przy drażnieniu	}	n. JACOBSONA ślina gr. przyusznego zawiera 0,56 ⁰ / ₁₀₀ stł. części skład. a z tych 0,31 soli i 0,24 c. org.
		n. JACOBSONA i n. współczulnego ślina gr. przyusz. zawiera 2,42 stał. części skład. a z tych 0,35 soli i 2,06 c. org.

Za przyczynę tego można by poczytywać zwężenie naczyń, powstające pod wpływem nerwu współczulnego, jednakże, nie bacząc nawet na to, że w obydwóch przypadkach ilość soli pozostaje prawie niezmienną, a nawet, przy równoczesnym drażnieniu i nerwu współczulnego, nieco większą, założenie to można obalić na drodze doświadczałnej. Jeżeli bowiem podwiążemy tętnice szyjowe (*art. carotides*) i następnie poczniemy drażnić odpowiedni nerw, w takim razie wynik doświadczenia bynajmniej nie ulegnie zmianie, chociaż przytem powstaje przecież daleko większe zaburzenie w obiegu krwi aniżeli przy samem drażnieniu nerwu współczulnego. Wypada przeto przyjąć, iż nerw, pochodzenia czaszkowego, wpływa na wydzielanie się surowicy i jej soli ze krwi, nerw zaś współczulny pośredniczy

przy wytwarzaniu w komórkach ciał organicznych, łatwo rozpuszczalnych, przechodzących następnie do wydzieliny.

Jeżeli prócz tego, przy pomocy odpowiedniego sposobu postępowania przekonamy się, że na podobieństwo wydzieliny ślinianki podżuchwowej i wydzielina ślinianki przyusznej w miarę długotrwałości działania i obfitości wytworzonej śliny podlega zmianom odnośnie do ilości, zawartych w niej soli i organicznych części składowych i że ilość organicznych części składowych bynajmniej nie znajduje się w prostej zależności od ilości surowicy krwi, przepływającej przez gruczoł, w takim razie trudno nam będzie oprzeć się i nie przyjąć pewnego, odrębnego, troficznego, wpływu, jaki wywiera nerw współczulny na komórki gruczołowe. I w samej rzeczy n. JACOBSONN'A kieruje wydzielaniem się wody, nerw zaś współczulny swoistych części składowych śliny.

Podobne dwa gatunki włókien nerwowych, (z których jedno wpływa na wydzielanie się wody, drugie zaś, śluzu) spotykamy i w strunie bębenkowej. Jednakże w niej włókna te znajdują się we wspólnej pochewce, w śliniance zaś przyusznej przebiegają oddzielnie. To nam również tłumaczy dla czego zmiana obrazu drobnowidzowego, której jedyną podstawą może być zmiana organicznej substancji gruczołu powstaje w śliniance podżuchwowej na skutek drażnienia struny bębenkowej, w gruczołach zaś przyusznych po drażnieniu nerwu współczulnego. Jeżeli, postępując za przykładem HEIDENHAIN'A, zaprowadzimy rurkę do przewodu STENON'A królika i podrażnimy szyjową część nerwu współczulnego o tyle, iżby można było otrzymać 1 cc. wydzieliny, następnie zaś podziałamy na nerw, pochodzenia czaszkowego, przy pomocy pilokarpiny, wstrzykniętej do żyły i znów zbierzemy taką ilość śliny, w takim razie przy ogrzewaniu pierwsza z nich przemieni się na galaretowaty skrzep, druga zaś nieco tylko zmętnieje, jakkolwiek poprzednio obie były najzupełniej przezroczyste. Zmiana ta dowodzi wielkiej obfitości białka w ślinie, pochodzącej z podrażnienia nerwu współczulnego. U ludzi nadzwyczajnie łatwo wprowadzić małą, srebrną cewkę do przewodu STENONA i wywołać, na drodze zwrotnej obfite ślinienie. Ślina taka ma odczyn alkaliczny, lekko zaś kwaśną bywa wedle ASTASZAWSKIEGO przy umiarkowanej sile bodźca i nieobfitem wydzielaniu się, wedle zaś MOSLER'A odczyn ten śliny spotykamy u ludzi będących na czczo. Prócz tego ślina ta nie zawiera śluzu i działa diastatycznie. U chorych na cukromocz znajduje się w niej jakkolwiek niezawazsze cukier, czasami nawet w tak znacznej ilości, że można go wykazać przy pomocy robienia cieczy TELINGA lub też przyrządu polaryzacyjnego.

Wiadomości nasze o śliniance podjęzykowej (*sublingualis*) są bardzo ograniczone. Budową swą zbliża się do ślinianki podżuchwowej. Wydzielina jej ma również wielkie podobieństwo do śliny gruczołu podżuchwowego, jest jednakże znacznie od niej gęściejszą, zawiera bowiem do 2,7% stałych części składowych. Nerwy, pod których wpływem znajduje się ślinianka podjęzykowa, przebiegają także w strunie bębenkowej i nerwie współczulnym.

Chcąc otrzymać czystą wydzielinę gruczołów w a r g o w y c h i p o l i c z k o w y c h, zbudowanych także wedle wzoru gruczołów grankowych, wypadaloby podwiązać przewody wyprowadzające wszelkich innych ślinianek. Znaczenie wszelako podobnego rodzaju doświadczenia nie byłoby proporcjonalnem do przedsięwziętej pracy, albowiem już z samej różnicy pomiędzy składaniami częściami śliny mieszanej a oddzielnymi, już wzmiankowanymi, gatunkami takowej, da się wyprowadzić wniosek, iż *glandulae buccales et labiales* wytwarzają wydzielinę obfitującą w śluz, bardzo zbliżoną do wydzieliny innych gruczołów.

(d. c. n.)

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 9, 13 i 35.)

W dalszym ciągu zwraca się VIRCHOW do fizyjologiczno-racyjonalnego kierunku w ogóle i surowo nagania pojęcia o ugruntowaniu farmakodynamiki na doświadczeniach fizyjologiczno-chemicznych. „Nie trzeba sobie wyobrażać, żeby te doświadczenia prowadziły nas do właściwej terapii. Ponieważ poznanie się z działaniem jakiegoś środka leczniczego, o tyle ma dla praktyki znaczenie, o ile da się on użyć przeciwko jakiejś chorobie, to najzupełniej praktycznemu lekarzowi wystarcza wiadomość, iż przy pewnych patologicznych procesach, pewne działanie następuje po zadaniu danego środka. Na co się przydadzą wyjaśnienia, skoro nie wiemy jeszcze co właściwie mamy objaśniać? Postarajmy się przedewszystkiem o wykazanie jakie skutki środki lecznicze w rozmaitych chorobach wywołują, później łatwiej już będzie dojść jaki jest sposób ich działania.“ Logicznie biorąc, jest to zupełnie słuszne i z praktycznego względu zadawałoby nas także, gdybyśmy mogli zbadać skutek działania jakiegoś środka, nie wiedząc o tem w jaki sposób on działa. Występuje on z taką stanowczością przeciwko ściśle racyonalnemu kierunkowi, że nawet RADEMACHERA jako swojego stronnika wymienia. „Wyznaję szczerze, że w dziele RADEMACHERA widzę początek reformy, która na tem skończyć się musi, iż porzucimy dzisiaj racyonalny czyli fizyjologiczny kierunek w terapii, i zwrócimy się do kierunku empirycznego.“ Przyznaje on jednak, iż RADEMACHER i jego adepci nie mogą się wznieść do metody przyrodniczej; nie mają pojęcia o ostatnich wynikach nauki lekarskiej, a empirya potrzebuje mieć koniecznie ściśle naukową podstawę, żeby mogła się stać racyjonalną nauką, „Terapija, uprawiana przez lekarzy i klinicystów, nieopuszczając swojego empirycznego stanowiska powinna w połączeniu z fizylogiją patologiczną stać się nauką, którą dotychczas nie jest“ Wypowiedziawszy w taki sposób jasno i dobitnie prawdę, że terapia nie da się jeszcze logicznie naukowo sformułować, że do wyprowadzenia ostatecznych wniosków braknie jeszcze wiele, że stanowi ona dotychczas tylko *sztukę*, uważa on za swój obowiązek, równie jak WUNDERLICH, postawić program, któryby najdogodniej dał się użyć przez praktyka. Na końcu swojej pracy oświadcza autor, iż przyznać może prawo bytu tylko dwóm metodom terapeutycznym: metodzie przerywającej bieg choroby i wyczekującej, że przedewszystkiem starać się powinniśmy o utrzymanie związku ze starą medycyną—nader charakterystyczne dla ostrożnego ducha reformatorskiego VIRCHOWA—i że przytem powinniśmy zachować wprowadzony przez dawną medycynę podział na choroby przyrzędu nerwowego i przyrzędów trawienia, i że do tych dwóch głównych grup powinniśmy nasze wskazania odnosić. Jest-to mniej więcej wszystko, co VIRCHOW ze swojego stanowiska w kierunku pozytywnych, terapeutycznych wskazówek był w możności przedstawić. Redaktor pragskiego kwartalnika HALLA, ma też po części racyję, kończąc ostrą swoją krytykę tego artykułu oświadczeniem, że jeżeli VIRCHOW sam nie pozytywniejszego nie jest w możności wystawić, nie powinien szkoły Wiedeńskiej z powodu jej negatywizmu tak absolutnie potępiać.

W pierwszym tomie swojego wielkiego podręcznika patologii i terapii, wyjawia VIRCHOW w tej głównej kwestyi następujące pośrednie zdanie:

„Lekarz powinien przede wszystkim trzymać się doświadczenia, tak pod względem możliwych sposobów wyrównania zmian w ciele, jak i pod względem wyboru środków do przyspieszenia tego wyrównania służących: Empirya fizyologiczną i terapeutyczną należy jednocześnie zużytkować, żeby uzasadnić naukowe stanowisko praktyka. Ani medycyna fizyologiczna, ani terapia doświadczalna nie są w stanie dostarczyć nam stałych punktów oparcia, a jednostronne traktowanie i jednej i drugiej, nie mało przyczyniło się do zamieszania w medycynie w ostatnich czasach: Kiedy pierwsza z nich zawsze ma skłonność do pełnego uprzedzeń racjonalizmu; a druga wiedzie za sobą potrzebę ograniczonego eklektycyzmu, obiedwie one stają się naukami dowolnymi, przynoszącymi szkodę chorym i obciążającymi sumieniem lekarza.“ Ostrzega on przed ślepej doświadczeniem rozmaitemi lekarstwami i zachęca do rozsądnej empirji.

Najgłówniejszą rzeczą w całym tem terapeutycznym przedstawieniu VIRCHOWA stanowi to, iż stara się on utrzymać na prawdziwie empiryicznym stanowisku, które jednak powinno być tak ścisłe, jak tylko można i powinno być godnym obrazem owej przyrodniczej induktywnej metody, starającej się wejść do prawdziwej nauki. Widzimy zatem, że dominująca w Niemczech medycyna coraz to więcej odwracała się od zapalonego hyperracyonalizmu i brała rozbrat z wszelką dedukcją. W drugich dwóch krajach o wysokiej kulturze we Francji i w Anglii, medycyna zupełnie ten sam kierunek przybrała. We Francji empirya zawiadnęła wszystkim przez szkołę anatomo-patologiczną, a wiele mówiący Broussai'ści i oględniejsi uczniowie MAGENDIE'go nie wiele przyczynili się do postępu medycyny. Stan ówczesny medycyny zmienił się tam o tyle, iż oddalił się powoli od ściśle sceptycznego punktu zapatrywania się stworzonego niegdyś przez LOUIS'A i przybliżył się do dawnej gorętszej empirji, która tak ściśle nie rozróżniała od siebie *post* i *propter hoc*. Nawet koryfeuszom anatomiczno-patologicznym z trudnością tylko przychodziło ściśle przeprowadzić swój pozytywny sceptycyzm i terapeutyczny indyferentyzm, który tak mało przypadł do gustu żywemu i do działania rwałemu się usposobieniu Francuzów; przejęli oni też bez należytej krytyki (co już u LAENNEC'A widzieliśmy) od szkoły włoskiej mnóstwo lekarstw, których heroiczne dawki w szpitalach Paryzkich jeszcze powiększone zostały. Obok wampiryzmu BOUILLAUD'A kwitnęła tu terapia toksyczna, która używała nadzwyczaj silnie trujących alkaloidów, które właśnie w owych czasach, szkoła chemiczna francuzka po raz pierwszy otrzymywała i do działania których największe nadzieje przywiązywano. MAGENDIE, który z temi chemicznymi przetworami liczne robił doświadczenia, stał się często pomimo swojego radykalnego, terapeutycznego sceptycyzmu mimowolnym inicjatorem do nowych energicznych kuracji. Kiedy jednak chęć wprowadzania w użycie nowych środków i energicznej terapii u Francuzów się rozbudziła, wtedy już proste środki trujące im nie wystarczały i rzucili się oni na stare, od dawna przez szkołę anatomo-patologiczną potępione złożone recepty. *Société d'observation*, która zostawała jeszcze pod wpływem Hippokratyzmu szkoły Montpelljerskiej nie była dosyć ścisłą w swoich zasadach, żeby móżdż ten wsteczny ruch powstrzymać. Jeden z jej przywódców VALLEIX wydał obszerne 10-tomowe dzieło p. t. „*Guide du médecin praticien*” zawierające więcej niż każdy ówczesny lekarz wiedzieć był powinien, gdyż było tam wiele więcej rzeczy aniżeli skomplikowane recepty. Owa polifarmacja, która zawsze towarzyszyła naszej nauce, ile razy pograżyła się ona w mgłę empirji, ważną rolę odgrywa w tem dziele, które swojego czasu wielce było czytane i stanowi charakterystykę swego wieku.

Wprawdzie inny przywódca szkoły obserwacyjnej, historyk medycyny RENOARD, starał się w rozmaitych swoich pracach postawić ścisłejsze em-

piryczne zasady, a w swoich „*Lettres philosophiques sur la médecine*” stara się dowieść, jak nie stałym jest cały racjonalizm i jak własne wywody analogiczne, stanowić powinny jedyne kryterium w terapii: to tylko, co raz w pewnej chorobie pomogło, należy drugi raz przeciwko temuż cierpieniu użyć; patologiczne dedukcje nie mają dla niego żadnego znaczenia. Stara się wyszukać warunki, pod jakimi terapeutyczne wywody analogiczne dadzą się najłatwiej zużytkować; ale trudności, które się na tej drodze przedstawiają nie potrafił on tak samo usunąć jak jego poprzednicy statystycy. Przypuszcza on, iż daleko mniejsza ilość pewnych danych na to jest potrzebna, aniżeli to twierdzili LOUIS i GAVARET. Listy RENOUARDA nie dostarczyły nowego materiału któryby się dał wyzyskać na rzecz postępu racjonalnej empirji (*Empirisme raisonné*), zasługuje tu tylko na uwagę pewne nastawianie na samodzielne terapeutyczne badanie, w którym nie należy ślepo przyjmować maksym dających się z patologii wywodzić; pojęcie to odpowiada mniej więcej przekonaniom, które jednocześnie RICHTER w Niemczech rozpowszechnił.

W Anglii, medycyna praktyczna nie opuszczała nigdy prawdziwie empirycznego stanowiska, na którym filozofja BACONA i następców jego ją postawiła. Wprawdzie wysoka galanterja Anglików sprawiła, iż przyjmowano z największym szanowaniem wszystkie doktryny puszczane w świat przez rozmaite znakomości, ale w rzeczy samej oddzielano zawsze od siebie teorię i praktykę. Prawda że w XVIII wieku angielsko-szkocka filozofja wywołała silną reakcję przeciwko empiryzmowi, ale za to w ostatnich czasach odniósł on przy pomocy STUARTA MILLA i BAIN'A stanowcze zwycięstwo. Kiedy dawniejszy filozof WHEWELL, przez swoje wyborne krytyczne przedstawienie rozwoju nauk przyrodniczych, przychylił się do rozjaśnienia różnych zawyłych kwestyi na polu indukcji, St. MILL mógł już łatwiej rozwinąć swoją, epokę stanowiącą induktywną logikę, która dokończyła dzieła rozpoczętego przez BACONA. W niej to badanie empiryczne pozyskało „*Organon*,” którego od dawna już potrzebowała. Jednakże angielscy lekarze nie umieją dostatecznie przyswajać sobie nową logikę i zastosować ją w praktyce, zadanie to wydaje im się prawdopodobnie zbyt wielkie i „niepraktyczne;” zadawalają się oni tem, iż przyznają tylko ogólny wpływ empirycznej filozofii, hołdując przeważnie „*common sense*” dawnych filozofów szkockich i przybierając stanowisko człowieka praktycznego, który eklektycznie cały zasób doświadczenia w swoich czynnościach zastosowywa i mając przekonanie iż w życiu nie można rąk zakładać, spuszcza się na własny swój sąd, zaniedbując wszelką głębszą krytykę. Tak też używają Anglicy wszystkich lekarstw, w których skuteczność wierzą i nie pogardzają nawet przestarzałemi skomplikowanemi receptami, o których doświadczenie dobrze świadczy. Przytem Anglicy nigdy z oka nie spuszcza-li, (jak to u nas na kontynencie miało miejsce), tych potężnych czynników, które na nas tak w zdrowiu jak i w chorobie oddziałują i które właściwie jako fizyjologiczne, naturalne uważać należy. Jeszcze o wiele przed powstaniem ścisłej higieny we Francji, Anglicy jako empirycznie badający Hippokratycy, poznali wielkie znaczenie tych czynników i wiedzieli dobrze w jak wysokim stopniu nieczyste powietrze może wywołać rozmaitego rodzaju zakażenia krwi i z drugiej strony, o ile czyste powietrze uzdrawiająco działać może. Kiedy w końcu zeszłego na początku bieżącego stulecia kontynent przedstawiał plac boju, na którym dzikie patologiczno-terapeutyczne doktryny się ścierały, Anglicy w nie się nie wdając spokojnie badali wpływ leczniczy rozmaitych klimatów. Jeszcze w końcu zeszłego wieku wybudowali oni nie daleko od kąpieli morskich Margate, sławny szpital nadmorski dla dzieci skrofulicznych. A jak tylko francuzka anatomo-pa-

tologiczna szkoła do Anglii się przeniosła, nie przejęli oni wraz z nią francuzkiego sceptycyzmu w terapii, ale przeciwnie z podwojonymi siłami starali się badać wpływ higieniczno-dyjetetycznych czynników, zwłaszcza w chorobach gruźliczych. Kiedy LAENNEC wraz z innymi wielkimi francuzkimi Anatomami klinicznymi, poruszając ramionami używał chinę i wstawiał mechy morskie pod łóżka chorych dla wzmocnienia ich ustrojów, CLARK i inni Anglicy, zwrócili swoją uwagę na kuracje klimatyczne i osiągnęli w tym kierunku prawdziwie imponujące wyniki. Powyżej już wspomniałem o tym niesłychanie ważnym sposobie badania w Anglii; wkrótce powrócę jeszcze do niego, i postaram się wykazać, jak nakoniec i niemiecka medycyna fizjologiczna uznała ważność tych stosunków i jak więcej teoretyczny kierunek w Niemczech na tym punkcie także ze stałą angielską solidną empiryją się schodzi.

Pokazuje się zatem, iż nie nadszedł jeszcze czas do wyprowadzenia racjonalnej terapii z wyników jakie nowa przyrodnicza patologia osiągnęła. Widzieliśmy jak i w Niemczech przekonanie o nastąpić mającym w krótko wydoskonaleniu medycyny zaczęło przepadać i jak najwybitniejszy organ medycyny fizjologicznej do przeciwnego obozu przeszedł, do czego ostatecznie i VIRCHOW się przyłączył. Potęga HENLEGO, przodującego ówczesnemu zdecydowanemu racjonalizmowi, złamała się, skutkiem licznych błędów, które popełniał. Zaczęto zatem uzbrajać się w cierpliwość i starano się empiryją w zrozumieniu RICHTERA uczynić tak ścisłą i tak logicznie racjonalną jak na to okoliczności pozwalały, a porzucono zupełnie racjonalność w obszernem znaczeniu tego wyrazu (tak zwaną przezemnie racjonalistyczność) t. j. dążenie do terapii, któraby wywieść było można z patologicznych poglądów, albo któraby w nich dostateczne wyjaśnienie znalazła. Jednakże kierunek racjonalistyczny w zupełności nie przypadł i starano się naukę o zmianie materji zużytkować (zdobycz nowszej fizjologii) dla osiągnięcia racjonalnej terapii w obszernem znaczeniu tego słowa.

(d. c. u.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Leczenie ropnego zapalenia ucha. SEELY (*Cincinnati Lancet and Clinik.* May 1880) twierdzi, iż pierwszym warunkiem skutecznego leczenia wypływu ropnego z ucha jest utrzymywanie przewodu słuchowego w absolutnej czystości, żeby rozkładająca się ropa drażniąco nie oddziaływała. Podług jego doświadczenia wstrzykiwanie wody nie wystarcza. Najlepszym środkiem jest zakładanie czopków z waty hygroskopijnej, która bezpośrednio z chorą powierzchnią stykać się winna i którą często zmieniać należy.

Tym sposobem udaje się nieraz najupartsze cierpienia tego rodzaju wyleczyć. Z pomiędzy środków lekarskich alkohol i roztwór kwasu borowego są najskuteczniejszymi lekami. Niewielkie wyrostki polipowe bardzo prędko i bez bólu dają się usuwać przez nałożenie na nie za pomocą zgłębnika małych kryształików kwasu chromowego.

(*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde* 1880. Nr. 7).

Dwa przypadki śmierci skutkiem dostania się obcego ciała do przewodu oddechowego. Małemu chłopcu 4-letniemu brat wpakował do ust fasolę, zamiast kawałka cukru. Śmiał się on z początku i usiłował to ciało obce połknąć kiedy na raz z trudnością i niepokojem odchrząkiwał i kaszleć zaczął. W godzinę potem, zjawił się chory u d-ra WINDELSCHIMDTA w Kolonii zatrudnionem oddechem, ale objawów zbyt krótkiego oddechu (*Dyspnoea*) nie było. Mowa nie była wcale zmieniona i chory sam cały swój przypadek opowiedział. W przekonaniu iż fasola utkwiała w przełyku, dr. W. natychmiast założył zgłębnik żołądkowy, ale bez żadnego wyniku; po tej operacji słyseć się dawał rodzaj zamknięcia i otwierania w tchawicy o którym już DUPUYTREN swojego czasu wspominał

(*Journal hebdom.* T. VII). Użyto dwukrotnie wziernika krtaniowego, w celu odszukania siedliska obcego ciała i ewentualnego wydalenia go, ale nie można było fasoli dostrzedz, można było tylko przypuszczać iż w tchawicy się znajduje. Zadany środek wymiotny także żadnego nie odniósł skutku. Ponieważ gwałtownych objawów żadnych nie było i przecięcie tchawicy wskazane nie było, więc W. odesłał chorego do szpitala; w drodze jednak chory dostał nagle napadu duszności, wśród której umarł. Poruszano się powozu było zapewne przyczyną, iż fasola zmieniła swoje miejsce pobytu i utkwiała w miejscu, w którym zupełnie przejście powietrza wstrzymała. Gdyby natychmiast po owym przypadku przecięto tchawicę, byłoby to niezawodnie życie choremu uratowało i w innym podobnym przypadku należałoby w rzeczy samej tak postąpić.

Tenże sam dr. WINDELSCHMIDT opowiada następujące zdarzenie: Trzydziestoletni mężczyzna przyszedłszy w stanie napiętym do domu, zjadł talerz kwaśnej kapusty okraszonej słoniną. Na raz silnie mu się coś odbiło, jak to stary ojciec jego opowiadał, położył głowę na złożonych na krzyż ramionach na stole i więcej się nie ruszył. Kiedy w 1^{1/2} godziny po tym przypadku siostra chorego weszła znalazła go nieżywym. Dr. W. przekonał się w pół godziny po tem, iż *Introitus laryngis* zatkany był kawałkiem słoniny, który miał wielkość jednego członka palca wielkiego. W ustach i w górnej części przełyku nie znaleziono resztek pokarmów. Obce to ciało zostało prawdopodobnie przy ruchu wymiotnym do ust wrócone i następnie do otworu krtaniowego wtłoczone.

(*Monatsschrift für Ohrenheilk.* 1880. Nr. 7).

Opatrunek sprężnikowy przeciwko zapaleniu jąder. Wychodząc z przekonania, iż ucisk najlepszym jest środkiem przeciwzapalnym, FRICKE pierwszy zaczął używać przeciwko zapaleniu jąder obwijania ich plastrem lepkiem i metoda ta wielkiego doznała rozpowszechnienia. Niemniej korzyści przynosi smarowanie jąder *collodionem* z jodyną. Jeden i drugi środek działania skutkiem ciśnienia jakie na jądra wywiera, ale obiedwie te metody mają swoje niedogodności: odejmowanie tak jednego jak i drugiego opatrunku połączone jest z dotkliwym bólem w miejscach porostu włosów, a smarowanie *collodionu* z jodyną także bardzo jest bolesne. Dla zapobieżenia temu używa dr. BŁASCHKO w Berlinie patentowej sprężnikowej (kauczukowej) nawiązki i otrzymuje dobre wyniki. Choroba ustępuje zwykle bez bólu i żadnych złych następstw po kilku dniach. Nawiązka taka ma 6 ctm. szerokości i metr długości, obwija się ją 3 do 4 razy silnie na około jądra i pozostawia się ją bez naruszenia przez kilka dni z rzędu. Ma ona jeszcze i tę dogodność iż po wymyciu jej zimną wodą może być użyta powtórnie. (*Allg. med. Centr. Ztg.* Nr. 72—1880).

O leczeniu krwawej biegunki (dysenteria). Dr. FIEBIG z Samarangi gorąco zaleca użycie wielkich dawek wymiotnicy (*Ipecacuana*) przeciwko krwawej biegunce, opierając się na dwudziestu kilku szczęśliwie przez niego leczonych przypadkach. Przedewszystkiem zadaje autor 40 kropel (opiofagom, których tam jest wiele, 80 kr.) nalewki makowcowej szafrowej. W pół godziny potem zadaje, stosownie do chorego 2 do 3,75 grm. *pule. radic. Ipecacuanhae* w roztworze wody ciepłej, przyczem wszystko na raz zażyć powinien. Jednocześnie zaleca on silnie wysmarowanie okolicy żołądka spirytem z goryczocowym i okrycie jej papierem. Jeżeli pomimo tych środków choremu zbiera się na wymioty, albo jeżeli chory ze wstrętem środek ten zażywa, to zalecają się pigułki lodowe. Autor jednak dwa razy tylko widział iż *Ipecacuana* zwymiotowaną została. Jeżeli następnego dnia niema znacznego polepszenia, to autor zadaje to samo lekarstwo, tak że parę razy 4 dni z rzędu chory lekarstwo to zażywał. Najczęściej jednak widzieć się daje zaraz po pierwszej dawce znaczne polepszenie ogólnego stanu zdrowia. Biegunka zmniejsza się, krew w odchodach znika, gorączka się zmniejsza i chorzy szybko nabierają apetytu, co jednak nie przeszkadza do zalecania ścisłej diety. Kiedy polepszenie już nastąpiło, autor zadaje przez parę tygodni: *Inf. rad. Ipecacuanhae* (1:120) w połączeniu z makowcem lub bez niego. Autor jest przekonany iż w niejednym przypadku uratował życie chorych tą metodą leczenia. (*Berl. klin. Wochenschrift.* Nr. 35—1880). G. F.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Zakład leczniczy chirurgiczno-ortopedyczny dla chorych stałych i przychodnich, D-ra Jasińskiego, otwarty został, jak to swojego czasu donosiliśmy, d. 8 Sierpnia r. b.

Zakład ten nazywa się chirurgiczno-ortopedycznym i ma za cel leczyć wszystkie ułomności, bądź wrodzone, bądź takie, którym chorzy skutkiem choroby lub przypadku ulegli. Więc leczyć tam będą przede wszystkim: wargę zajęczą, rozdzielone podniebienie, zrośnięcie odbytu, cewki moczowej, zrośnięcie palców i t. p., dalej wszystkie skrzywienia kolumny kręgosłupowej, w rozmaitych kierunkach, potem kurezenie i porażenie pojedynczych grup mięśniowych, także skrzywienia, zrośnięcia i zmiany kształtów stawów, pochodzące skutkiem sprawy zapalnej lub chorób kości, nakoniec wszystkie choroby wchodzące w zakres ortopedyi.

Zakład zaopatrzony jest bogato we wszystkie przyrządy, w jakie ostatnie wyniki nauki obfitują. Więc mamy w nim wszystkie przyrządy prostowania podług SAYRE'A, WEIL'A, VOGT'A i innych, mamy sposobność oporządzenia opatrunków gipsowych, filcowych, również wszystkie przyrządy ułatwiające gimnastykę na naukowych podstawach opartą, dalej przyrządy do elektryczności, hydroterapii, kąpieeli mineralnych i t. p. Masaż jest tu także zastosowany na szeroką skalę.

Wszystko to mieści się w obszernym i wykwintnie urządzonym lokalu na ulicy Złotej. Sala gimnastyczna, gdzie zarazem wszystkie opatrunki się nakładają, jest obszerna i dużo zawiera powietrza; tuż obok będąca łaźienka z komfortem jest urządzona i zaopatrzona jest w t. zw. prysznic, w którym znajdujemy natryski rozmaitego rodzaju i w rozmaitych kierunkach.

Przy nakładaniu różnych opatrunków, modyfikowaniu przyrządów i t. d. pomocnymi są właścicielowi zakładu pp. EHRLICH i KULIŃSKI, a gimnastyką leczniczą kieruje znany w mieście naszemu gimnastyk p. OLSZEWSKI, stosując się jednakoż literalnie do recepty przez kol. JASIŃSKIEGO podanej. W zakładzie znajduje się także stały felczer.

Dla osób, które w czasie kuracyi wychodzić na miasto nie mogą, lub dla takich, które z prowincyi na leczenie przyjeżdżają, znajdują się w zakładzie oddzielne pokoje, w których chorzy pojedynczo lub po parę w jednym mieście się mogą. Dla dozoru dzieci, które bez opieki rodziców do zakładu na stałe pomieszczenie są oddane, znajduje się w zakładzie guwernantka, która nimi się zajmuje, wyprowadza w razie możności na spacer i t. d.

Z powyższego opisu czytelnik pozna, jak wielkie korzyści zakład taki miastu naszemu przynieść może. W istocie dziwić się należy, jak miasto, które półczwarta sta tysięcy ludności liczy, mogło było dotychczas bez tak ważnej instytucyi się obchodzić. Że potrzeba jego gwałtownie czuć się już dawna, najlepszy dowód w tem mamy, iż od razu zakład cały się zapelniał i że musiano pomnożyć ilość godzin przyjęcia przez lekarza. Znaleźliśmy tam mnóstwo chorych ze sztywnymi stawami, ze skrzywieniami kręgosłupa z wadami wrodzonymi i t. d. Dawniej pewna część chorych takich udawała się za granicę i tam szukała pomocy, której u siebie znaleźć nie mogła; mniej zamożni pozabawieni byli prawie zupełnie tego rodzaju środków leczniczych.

Winszujemy kol. JASIŃKIEMU, szczęśliwie powziętej myśli i życzymy zakładowi jego jak największego powodzenia.

— Statystyka śmiertelności prowadzona jest w mieście naszym, jak wiadomo, bardzo niedołężnie. Nic nie ma w tem dziwnego, dopóki rzecz ta nie będzie lekarzom w ręce oddana, t. j. dopóki obowiązkowe oględziny pośmiertne, o których już tyle razy pisaliśmy, zaprowadzonym nie będzie, dopóty o radykalnej reformie mowy być nie może. Kwestyja obowiązkowych oględzin pośmiertnych daleką nie niestety od rozwiązania, a zagadką jest dla nas, nie wtajemniczonych w sprawy biurokratyczne, nie wyjaśnioną, z jakiego powodu sprawa od półtora roku przez Ministerjum zatwierdzona, dotychczas w wykonanie nie wchodzi. Miejmy cierpliwość i czekajmy, aż kwestyja ta ostatecznie rozstrzygniętą zostanie, ale tymczasem zaradzmy złemu, które istnieje. Wiadomo, iż podług ob-

wiążących przepisów urzędnik stanu cywilnego w parafii, nie powinien wydać pozwolenia na pochowanie ciała, dopóki nie otrzyma kartki podpisanej przez lekarza i wymieniącej chorobę, na którą nieboszczyk umarł. W razie gdyby u zmarłego lekarz przed śmiercią nie był, właściciel lub rzęda domu powinien kartkę taką wydać. Otóż doświadczenie nasze, a także i wielu kolegów, których się o to pytaliśmy, uczy, iż formalność ta bardzo rzadko w ten sposób dopełnioną bywa. Nieraz zdarzyło nam się w ostatnich czasach zapytywać osoby, które się pogrzebem zajmowały, dla czego po ową kartkę nie przyszły i otrzymaliśmy odpowiedź, iż nie żądano jej w parafii, zapytano się tylko na co nieboszczyk umarł i nazwisko choroby zapisano. Takie nadużycie i takie lekceważenie istniejącego przepisu, na najwyższą naganę i surową karę zasługuje. Zwracamy na to uwagę do kogo należy i mamy nadzieję, iż temu złemu zapobieżone będzie.

— Dochodzą do nas liczne skargi na brak miejsca w szpitalach, pochodzący, jakoby ztąd, iż znaczna ilość szpitali Warszawskich jednocześnie jest odnawianą. Czy nie możnaby pewnego porządku w tym względzie zachować i szpitale z kolei odnawiać, a nie wszystkie na raz?

— Ludność miasta naszego w gwałtowny sposób się powiększa, a ilość ogrodów publicznych, placów zasadzonych drzewami, czyli t. zw. skwerów i t. d. z każdym rokiem się zmniejsza. Nie będziemy się tu rozwodzili nad koniecznością utrzymywania ogrodów i roślinności wśród wielkich miast, wiadomo bowiem, iż są one tak niezbędne dla zdrowia mieszkańców miejskich, iż należy wielkie dla ich utrzymania robić poświęcenia. W lecie, place takie stanowią prawdziwe oazy, na których płuca zmęczone oddechaniami samego kurzu i każących krew ciał organicznych, wytechnienie znajdują i zaopatrują się w czyste powietrze, żeby do dalszej wędrówki sił nabrać. Kiedy rozpalone mury i kamienie grzeją i czynią tak nie znośnem życie w większem mieście wśród lata, każdy z pośpiechem udaje się na skwery, żeby się nieco w cieniu drzew ochłodzić. Ulubiona przed niedawnym jeszcze czasem przechadzka Warszawian, t. zw. foksal jest już zabudowany; piękny ogród w domu dawniej izby obrachunkowej został już, albo wkrótce będzie zamknięty dla użytku publicznego. Powstają nowe dzielnice miasta, ale o skwerach ani mowy tam niema. Władze nasze miejskie, której tak wiele ulepszeń już zawdzięczamy, jako ważną tę okoliczność w niepamięć puszczają. Zwracamy na nią uwagę póki czas, gdyż przy zamierzonym tworzeniu nowych ulic: na Ordynackiem, na ulicy Trębackiej, między Miodową a Bielańską, możnaby porobić choćby najmniejsze placzki drzewami zarośnięte, na którychbyśmy i dzieci nasze choć względnie świeżem powietrzem oddychać mogli.

OGŁOSZENIA.

Warszawski Dom Zdrowia 6. Szpitalna 6.


Istniejący pod nazwą powyższą zakład leczniczy, przeznaczony jest dla stałego pomieszczenia chorych dotkniętych cierpieniami wszelkiego rodzaju, jak również kobiet spodziewających się słabości. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewniona chorym zostaje.

Zakład mieści się w umyślnie w tym celu zbudowanej i urządzonej posesyji, otoczonej ogrodem. Pokoje dla każdego chorego są oddzielne. Leczeniem chorych zajmują się podpisani właściciele zakładu. Na żądanie chorych, do porad wzywani są lekarze do Zakładu nienależący.

O warunkach pomieszczenia i pobytu w zakładzie, dowiedzieć się można na miejscu, lub u jednego z podpisanych lekarzy zakładu. Ci ostatni udzielają też informacyj listownych.

J. Brzeziński (Mazowiecka Nr. 10), **K. Dobrski** (Królewska Nr. 6), **J. Gutwein** (Plac Grzybowski Nr. 10), **A. Thieme** (Marszałkowska Nr. 38).

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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