

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie (XIV) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r. Przez Dra *Dymnickiego*, lekarza zdrojowego w Busku. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Termometr jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu i rokowaniu w chorobach. Podług prof. *Wunderlich'a*. Opracował Dr *Mazurkiewicz*. Wiadomości bieżące. Zeszyt 3-ci Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Apomorfiny. Nerwoból nerwu przeponowego. Leczenie moczocięku w skutku rozszerzenia cewki moczowej za pomocą kwasu chromowego. Od Redakcyi. Dodatek Syfilidologii ark. 10. Pediatrii ark. 24. Patologii Ogólnej ark. 7. Dla PP. Prenumeratorów Przeglądu Postępów Nauki lekarskiej dołącza się Zeszyt 3-ci. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii *Heitzmanna* dołącza się ark. 33.

Sprawozdanie (XIV-te) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r.

Przez Dra *Dymnickiego*, lekarza zdrojowego w Busku.

Część I-sza.

Gości zdrojowych było w ogóle 957, pomiędzy temi leczących się było 679, z tych leczących się własnym kosztem i za reskryptem Rządu gubernialnego kieleckiego, 526, a kosztem szpitala miejscowego św. Mikołaja osób 153.

Pomiędzy nieleczącymi się było dla towarzystwa chorych i zwiedzających zakład kąpielowy, razem osób 142, dla usługi 136.

Powiększa liczba osób stanowiła 377 stron, nie licząc w to leczących się kosztem szpitala św. Mikołaja.

W r. 1870 było gości zdrojowych w ogóle 1003 osób, pomiędzy temi leczących się było 730. Liczba ta osób stanowiła 414 stron.

Na 679 leczących się w roku zeszłym było: mężczyzn 301, kobiet 201, dzieci 177.

Z 679 osób leczących się było: chrześcian 499, starozakonnych 180.

Z ostatnich leczyło się kosztem szpitala św. Mikołaja osób 74, własnym zaś kosztem 106. Starozakonni leczący się własnym kosztem stanowili 87 stron.

W roku 1870 było starozakonnych leczących się 164. Z tych leczyło się własnym kosztem 86, którzy 66 stron stanowili. Kosztem szpitala leczyło się natenczas 78.

Pod względem stanu pojedynczych stron, podzielić można gości zdrojowych w następujący sposób: właścicieli ziemskich i dzierżawców 104, duchownych 8, rabinów 3, właścicieli miejskich 16, stron lekarskich leczących się 11, aptekarz 1, wojskowych wyższej rangi 24, urzędników 86, oficyalistów prywatnych 6, artysta 1, nauczycieli gimnazjalnych 5, nauczycieli prywatnych 7, professor uniwersytetu 1, studentów uniwersytetu 4, uczni gimnazjalnych 7, kapitalistów 5, właścicieli fabryk 2, rękodzielników 13, trudniących się handlem i przemysłem 73.

Chorzy leczący się w szpitalu św. Mikołaja, składali się po większej części z włościan, wyrobników, wojskowych rang niższych, tudzież niezamożnych przemysłowców starozakonnych.

Do lekarzy leczących się należą: Dr Dobrzycki z Mieni, Dr Ignacyusz lekarz pułkowy z Radomia, Dr Majkowski, lekarz powiatu grójeckiego, Dr Kamiński, lekarz pułkowy z Andrejewa, Dr Vogt z Warszawy, Dr Staniszewski z Radomia.

Do zwiedzających zakład kąpielowy i czas krótszy lub dłuższy w Busku pozostających należą: Inspektor gubernialny kielecki, radca stanu Dr Sokółowski, Dr Zajdowski z Chmielnika, trudniący się przeważnie praktyką lekarską, Dr Sulicki, lekarz powiatu stopnickiego, Dr Gawroński, lekarz powiatu pińczowskiego, Dr Jeleński z Działoszyc, Dr Wokulski z Kielec, Dr Targowski z Warki, Dr Pielaszewski z Kutna.

Pod względem pochodzenia stron zauważyliśmy następujący stosunek: z gubernii warszawskiej przybyło stron 59, pomiędzy temi z samej Warszawy 47, z gub. petrokowskiej 57, pomiędzy temi z m. Petrokowa 9, z m. Łodzi 5, z gub. radomskiej 70, pomiędzy temi z m. Radomia 28, z gub. kieleckiej 93, pomiędzy temi z m. Kielec 30, z gub. lubelskiej 24, pomiędzy temi z m. Lublina 9, z gub. kaliskiej 13, pomiędzy temi z m. Kalisza 5, z m. Sieradza 2, z gub. płockiej 10, z gub. siedleckiej 11, z gub. łomżyńskiej 7, pomiędzy temi z m. Łomży 2, z gub. suwałkskiej 5, z Petersburga 5, z gub. grodzieńskiej 7, z gub. mińskiej 2, z gub. wołyńskiej 5, z m. Wilna 4, z gubernii kowieńskiej 2, z gub. kijowskiej 1, z m. Tweru 1, z W. Ks. Finlandzkiego 1.

Z 377 stron przybyło do Buska po 1-szy raz stron 247, po 2-gi raz 86, po 3-ci raz 29, po 4-ty raz 11, po 5-ty raz 4.

Chorym powyższym zalecili zdrojbuski następujący pp. Drowie z Warszawy: Baranowski, Boelke, Chałubiński, Chmielewski, Chwat, Darewski, Dobrzański, Estrejcher, Fonberg, Girsztowt, Groer,

Hartmann, Hertz, Hirszfild, Kaczkowski, Karwowski, Kosiewicz, Kosiński, Löwenglück, Lubelski, Majewski, Miler, Nathansohn, Podowski, Portner, Rogowicz, Rozenzweig, Rosenfeld, Sommer, Swietlicki, Szancer, Szyszło, Sztumer, Taczanowski, Tyrchowski.

Z innych miejscowości: Szancer, Wyrzywalski, Strzyżewski, Rontaler z Petrokowa; Kulski z Radomska; Erlicki i Muliewicz z Czystochowy; Biliński z Nowego Miasta; Sikorski z Zduńskiej Woli; Stanisławski i Węgrowski z Sieradza; Pielaszewski z Kutna; Boese, Cytwic i Weiss z Kalisza; Lohrer z Łodzi, Bartkiewicz z Pabianic; Żyliński, Koperski, Tetz, Jentys, Chrzanowski i Talko z Lublina; Braun z Kraśnika; Wokulski, Łuszczkiewicz i Andrzejewski z Kielc; Gosławski, Ignacyusz, Lewandowski, Gładkowski, Klecki i Babiński z Radomia; Rot ze Staszowa; Gawroński z Pińczowa, Florkiewicz z Koniecpola; Kieffer z Opoczna; Zdański z Kocka, Kulesza i Zołotnicki z Suwałk; Londyński z Łomży; Dobrzelewski z Pułtusza; Jędrzejewicz z Płońska; Stępniewski z Sierpca; Kontkiewicz z Wielunia; Orkisz z Rawy; Jakubowski z Szadku; Biegański z Słomnik; Rompalski z Pilicy; Jeliński i Sztenermarski z Działoszyc, Michniewicz z Miechowa; Olsiewicz z Andrejewa; Zajdowski z Chmielnika; Szpot i Chodakowski z Sandomierza; Pawłowski z Tomaszowa; Pasiutewicz z Puław; Gruszczynski z Widawy; Kozłowski z Końskich; Rozenzweig z Proszowic; Moździeński ze Skalbmierza; Rosicki ze Sterdyni; Woźniakowski z Wąchocka; Matulewicz ze Zwolenia, Cwiklicz z Tuczyzna w gub. wołyńskiej; Lachowicz z Berdyczowa; Makowski i Sperber z Pińska; Bieniecki z Ciechanowca w gub. grodzieńskiej; Adamowicz i Kozłowski z Wilna; Warszauer i Madurowicz z Krakowa.

Choroby jakie na osobach leczących się w Busku zauważyłem, dadzą się odnieść do następujących głównych działów:

1. Zołzy.

Tego działu chorób było w ogóle 260 przypadków. Pojedyncze ich odmiany jako też wypadki z leczenia przedstawiły następujący stosunek:

1) Obrzmienia ust, nosa, policzków, tudzież obrzmienia gruczołów przyusznych, podszczękowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych, było razem 87 przypadków; z tych uleczyło się 49, doznało polepszenia 34, pozostało bez ulgi 4.

2) Obrzmienia i przerostu migdałów 7 przypadków; z tych uleczyło się 4, doznało polepszenia 3.

3) Obrzmienia gruczołu tarczowego (wola) 9 przypadków; z tych uleczyło się 2, doznało polepszenia 5, pozostało bez ulgi 2.

4) Ropienia gruczołów 25 przypadków; z tych uleczyło się 17, doznało polepszenia 6, pozostało bez ulgi 2.

5) Zapalenia stawów z następnem obrzmieniem tychże 19 przypadków; z tych uleczyło się 9, doznało polepszenia 9, pozostał bez ulgi 1.

6) Ropienia stawów 8 przypadków; z tych uleczyło się 2, doznało polepszenia 5, pozostał bez ulgi 1.

7) Wrzodów 16 przypadków; z tych uleczyło się 12, doznało polepszenia 4.

8) Owrzodzenia błony śluzowej nosa 17 przypadków; z tych uleczyło się 10, doznało polepszenia 7.

9) Owrzodzenia i śluzotoku pochwy 3 przypadki; z tych uleczył się 1, doznało polepszenia 2.

10) Zapalenia łącznicy oka 21 przypadków; z tych uleczyło się 12, doznało polepszenia 8, pozostał bez ulgi 1.

11) Próchnienia kości 33 przypadki; z tych uleczyło się 15, doznało polepszenia 16, pozostało bez ulgi 2.

12) Krzywicy 5 przypadków; doznało polepszenia 5.

13) Ropienia usznego z następną częściową lub całkowitą głuchotą 10 przypadków; z tych uleczyło się 3, doznało polepszenia 5, pozostało bez ulgi 2.

Z 260 chorych zołzowych uleczyło się 136, doznało polepszenia 109, pozostało bez ulgi 15.

Z tych leczyło się kosztem szpitala św. Mikołaja 68 chorych.

W r. 1870 było zołzowych 276; z tych uleczyło się 138, doznało polepszenia 117, pozostało bez ulgi 21.

Wypadek z leczenia w roku zeszłym można śmiało nazwać bardzo szczęśliwym.

W r. 1870 uleczyła się połowa zołzowych, w roku zaś zeszłym liczba uleczonych przewyższyła nawet połowę.

Wypadek ten zasługuje tem więcej jeszcze na uwagę, że w roku zeszłym ciężkie przypadki zołzowe, do których ropienie stawów i próchnienie kości policzę, dosyć w znacznej liczbie przedstawione były.

Rok zeszły odznaczył się szczególnie ilością próchnienia kości. W czasie mego pobytu w Busku nie doszło jeszcze ani razu to zboczenie do tak wysokiej liczby (33). W r. 1870, w którym to ogólna liczba zołzowych 276 wynosiła, zanotowałem próchnienia kości tylko 25 przypadków.

Skuteczność wód buskich w zołzach od najdawniejszych czasów na tysiącach chorych stwierdzona, nie powinna nas zadziwiać, gdyż źródło buskie posiada wszystkie prawie składniki, jakich w tym celu umiejętność lekarska słusznie wymaga, a których znowu istotną pomoc balneoterapii dostatecznie stwierdzili.

W zołzach, mających za podstawę nieprawidłowe odżywianie, w skutek którego bardzo prawdopodobnie nadmiar białka a brak soli w ogóle w ustroju powstaje, uznano na mocy gruntownych doświadczeń następujące środki za skuteczne: sól kuchenną, jod, brom, żelazo, wapno a nareszeie i siarkę.

Sól kuchenna odgrywa tutaj prawie najważniejszą rolę. Ona przyczyniając się bezpośrednio do tworzenia się komórek, wpływa także za pomocą wymiany pierwiastków, którą bezprzecnie przyśpiesza, na prawidłową odnowę ustroju, o czem z powiększonej ilości mocznika, z przybytku kulek krwi, włóknika i soli, jak niemniej z równoczesnego ubytku białka słusznie wnioskować można.

Jod i brom odznaczają się znowu niezaprzeczoną wpływem dobroczynnym na gruczolę, które w zółzach prawie bez wyjątku zboczeniom ulegają. Dwa te czynniki są także nieodzowne w zółzowych zmianach skóry i kości. Według wiarygodnych twierdzeń wielu balneoterapeutów, byłoby prawie niepodobną rzeczą obejść się w leczeniu próchnienia kości bez jodu i bromu.

Zółzy wikłają się bardzo często z niedokrwistością, a prawdopodobnie wywołują one to ostatnie zboczenie, więc też nie dziwnego, że i żelazo w leczeniu zółzów ważną usługę wyświadczyć nam może.

Nad działaniem wapna zastanawiał się jeszcze przed dwudziestu laty Bencke. Jemu to zawdzięczamy następujące pełne ważności prawdy:

Wapno jest nieodzowne przy tworzeniu się komórek. Na tej zasadzie wpływ jego jest nieoceniony na gojenie się obszernych wrzodów zółzowych a nawet syfilitycznych.

Dzieci zółzowe podlegają często upartym biegunkom, w skutek których ogólny ubytek ciała a nawet i śmierć nastąpić może. Otóż wapno według wszelkich doświadczeń poczytuje się tutaj za pierwszorzędny prawie lek.

Wapno stanowi także w krzywicy środek bardzo ważny, co nie tylko lekarzom w szczególe, ale i publiczności nielekarskiej w ogóle oddawna już wiadomo.

Astricemu zawdzięczamy znowu bliższe zapoznanie się z działaniem siarki w zółzach.

Zdrój buski posiada wszystkie te czynniki w obfitości. Dawne rozbiory chemiczne dowiodły tego; a ostatni wykonany przez prof. Cichockiego wykazał w zdroju buskim oprócz obecności siarków alkalicznych także i żelazo.

Sposobu leczenia nie zmieniałem w roku zeszłym w niczem. Główne leczenie w zółzach polega na wewnętrznym zastosowaniu zdroju, z którego w przypadkach zółzów cretycznych (polegających na nadmiernej wymianie pierwiastków) w umiarkowanej tylko ilości podawałem, pozwalając sobie za to w kształcie 2-gim (zółzy gnuśne) trzech a nawet i czterech sporych kubków, zadawanych naczczo.

Kąpiele mineralne należą tutaj także do środków, istotę leczenia stanowiących, chociaż w kilkunastu wypadkach li tylko na samem piciu wody buskiej porzuciłem, a z czego chorzy ci i tak prawdziwą odnieśli korzyść.

Kąpieli mineralnych nie znoszą zwykle dzieci zbyt osłabione, cierpiące na zółzy cretyczne w wysokim stopniu, a zwłaszcza jeżeli jeszcze skłonność do zimnic lub też katarów oskrzeli przedstawiają.

Oklady mułowe są nieodzowne w obrzmieniach i stwardnieniach gruczolów a osobliwie w obrzmieniach stawów, w których także i kąpiele mułowe często stosuję.

We wrzodach i próchnieniach kości, stanowią bardzo ważną część dodatkową wstrzykiwania z wody mineralnej lub też ługu buskiego.

W obrzmieniach gruczolów chłonnych stosowałem w kilku przypadkach wstrzykiwania podskórne jodku potassu. Skutek był dosyć pomyslnym; zupełnego jednak zniknięcia obrzmiń doczekać się nie mogłem. Wstrzykiwałem

naraz od 2 do 5 gr. jodku potassu, a w jednym przypadku, o którym później przy nowotworach pomówię, wstrzykiwałem na raz po 15 gr.

(Dalszy ciąg nastąpi).

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r.

Dra med. Józefa Talko (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie.

(Ciąg dalszy *).

D) Operacye na powiekach

Wyłuszczenie kaszaków na powiekach i sąsiednich okolicach oka, a także pojęczmiennych guzików (*chalaziae*) nie przedstawiało nic osobliwego. U pewnego kilkomiesięcznego dziecka operowałem torbiel na samym końcu nosa, cienkie ściany guza przeświceały, miał wielkość laskowego orzecha i zawierał płyn podobny do gęstej śmietany.

Epicanthus—był to rodzaj szramu, napiętego w kształcie żagla między wielkim kątem prawego oka i grzbietem nosa, zaczynając się od górnej, kończył się takowy w dolnej powiece. Rzecz prosta, że od strony nosa zakrywał oko i tym sposobem szpecąc twarz, upośledzał wzrok chorego żołnierza. Blizna ta powstała przed kilku laty w skutek wrzodu. Operacyę wykonaliśmy wraz z kol. Ch r z a n o w s k i m, która zależała na tem, że przecięliśmy napiętą bliznę niżej niezmienionego wielkiego kąta powiek w formie litery V, płat z dołu do góry odseparowano i przyszyto do nosowego brzegu górnej powieki; brzegi rany zbliżono szwem zwyczajnym. Tego dostatecznie było dla usunięcia defektu, chory swobodnie odkrywał powieki i wzrok się polepszył przez rozszerzenie pola widzenia od strony nosa. Druga podobną operacyję wykonałem z powodu niewielkiej blizny, przyciągającej zewnątrz połowę lewej górnej powieki do takowej dolnej (Antoni Fanicki); rezultat najlepszy.

Operacya *symblepharon* była dość łatwą i z dobrym rezultatem. Było to przyrośnięcie gałki ocznej, czyli raczej leukomatycznej rogówki do brzegu górnej powieki, w okolicy łzawego punkciku. Defekt ten powstał w skutek owrzodzenia rogówki i łącznicy, chory obwinia nawet silne przyżeganie oka siarczanem miedzi, któremu ulegał przed kilku laty. Oko nie miało najnniejszego poczucia światła. Pod przyrostem, grubym jak gęsie pióro i górną fałdą łącznicy przeprowadziłem sondę i takowy przecięciem nożyczkami.

Co do operacyj *trichiasis* i *distichiasis*, to takową robiłem sposobem G r a f e'go, J a s e h e'go, H e r z e n s t e i n'a i przez wycięcie fałdy skóry; amputacyi brzegu rzęsowego, ani razu nie używałem w celu usunięcia nieprawidłowego położenia czyli wzrostu rzęsów. Wycięcie skórnej fałdy zawsze bywa do-

*) Patrz Nr 15, 18 i 20 Gaz. Lek.

stateczne przy *trichiasis* dolnych powiek, na górnych potrzeba używać plastycznej operacji G r ä f e'go lub J ä s c h e'go, co zaś do użycia zawłoki, przeprowadzanej pod skórę na brzegu powiekowym (H e r z e n s t e i n), to próbowałem tego sposobu raz tylko przy *distichiasis partialis palp. sup.* i wcale mnie zawiódł. W podobnych przeto razach uciekam się do sposobu Arlt—J ä s c h e'go, który robiłem 2 razy z pomyślnym rezultatem. Jeżeli zaś nieprawidłowy wzrost rzęsów znajdujemy na znacznej przestrzeni górnej powieki lub na całej, w takim razie osiągniemy przepyszny rezultat sposobem G r ä f e'go, zależącym na oddaleniu brzegu rzęsowego od brzegu chrzastki na 2" do góry, co daje się uskutecznić przez dwa pionowe cięcia przez powiekę, dług. 1" od obu kąców oka do góry, następnie przez odseparowanie prostokątnego płata i wycięcia poziomej fałdy skóry pod brwiami. Operację takową wykonałem 5 razy: na obu górnych powiekach pewnej pani z hrubieszowskiego, u starozakonnej z Lubartowa, u starozakonnej z Piasek i u starozakonnego z Bychawy; u tego ostatniego operację zrobiłem na lewej dolnej powiece, a na prawej operację Arlt—J ä s c h e'go, po której, samo przez się zabliznienie rany kończy się daleko prędzej aniżeli po pierwszej. Po operacji G r ä f e'go zwracam szczególną uwagę na podniesiony rzęśowy brzeg skóry (którego kąt przyszywają się do środka pionowych cięć) i między niego i powiekową chrzastkę codziennie wprowadzam sondę lub koniec C o o p e r o w s k i e h nożyczek aby niedopuszczać przedkiego ich zrośnięcia, przez co rzęsy znówu przybliżają się do swobodnego brzegu powieki prędzej nim dobrze zabliznią się rany wyciętej z niej fałdy. W jednym wypadku tej operacji zamiast wycięcia poprzecznej fałdy w skórze górnej powieki, po podniesieniu i przyszyciu płata z rzęsami, przeprowadziłem prostopadle przez skórę i mięsień poniżej brwi 3 szpilki, wyciąłem obrzękłą po nad niemi skłódkę i połączyłem takowe szwem przeplatany, bacząc na to aby zbliżyć nieco boczne szpilki ze środkową. Nienowity ten sposób operacji *entropion* wraz z *trichiasis* niedawno był proponowany przez D u r a n d a (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 1870 p. 74). Nie możemy nic jeszcze o nim wyrzec, gdyż zejście i rezultat operacji był także pomyślny jak po wiadomym sposobie G r ä f e'go.

Muszę tu wspomnieć o pewnej pani Wrzosek z hrubieszowskiego, która od 15 lat cierpiała na oczy w skutek trachomatycznego zapalenia powiek: rezultatem tego ostatniego było: *trichiasis* wszystkich czterech powiek i zmętnienie rogówek (*pannus trachomatous*), szczególnie prawej, której tylko $\frac{1}{4}$ wewnętrzna dolna pozostała jeszcze przezroczysta, do tego uformował się *strabismus conv.* prawej gałki. Chora operowana była 3 razy: najprzód na obu górnych powiekach zrobiłem operację *trichiasis* sposobem G r ä f e'go, następnie usunięto zawrót dolnych powiek wycięciem poprzecznych w nich fałd, naostatek w prawem oku jednocześnie wykonałem irydektomię wraz z strabotomią. Rezultat operacji był jaknajlepszy, wzrok znakomicie się polepszył i nawet ogólny stan chorej, tyloletnie moralnie dręczącej się, znacznie się poprawił. Po przecięciu mięśnia prostego (*m. rect. interni*) zyz jednak nie zupełnie usuniętym został, lecz mogła być widzialną sztuczna źrenica, co było głównym zadaniem operacji. Recydywy nie widziałem do dziś dnia u żadnego z operowanych chorych.

Do liczby operacji dokonanych na powiekach, zaliczam usunięcie a przynajmniej znaczne zmniejszenie szpetności twarzy z powodu t. zw. *blepharoptosis congenitalis* (*blephaptosis*, C a r r o n) górnej powieki. W ciągu mej oftalmicznej praktyki obserwowałem tę wadę organiczną powiek 4 razy:—u pewnej kobiety w Szczerbinówce niedaleko miasta Ejska na Kaukazie, u żołnierza i felczera (W a s i l j e w) w tyfliskim szpitalu i obecnie u 27-letniego szeregowca (Łukasz Runow). Mam u siebie rysunek oka wyglądającego u podobnego indywiduum, lecz takową wadę organiczną dość żywo przedstawił w kilku rycinach A m m o n w swym atlasie, a więc tam odnoszę czytelnika. Pozwalam sobie wyrzec kilka słów, opierając się na widzianych przezemnie wypadkach. R o s a s twierdzi, iż podobna wada zależy od wielkiej długości skóry górnej powieki. Co do mnie to tylko u kobiety, u której wada była obustronna, skóra powiek tak była długa, iż zdawało się że takowe były obrzęknięte, skóra nawet wisiła nad oczami przykrywając rzęsy, co bardzo szpeciło tę niby ospałą przy podjętych do góry brwiach, która ciągle trzymała zarzuconą w tył głowę aby mózdz widzieć. U 3 mężczyzn, u których wada organiczna była tylko jednostronna, w lewej górnej powiece nie podobnego nie znalazłem, zmierzona długość obu górnych powiek okazała się jednakową. Zdaje mi się przeto sprawiedliwem twierdzenie B e g e r'a i A m m o n'a, iż tu musi istnieć brak rozwoju pewnych części powieki i bardzo być może, że to jest wadą organiczną *m. levatoris palp.*, C a f f e powiada, iż go zupełnie może brakować, gdyż przy największym staraniu takie indywidua zaledwo cokolwiek podnoszą powiekę, a i to jak przekonałem się za pomocą mięśnia czołowego. Sekcyj w podobnych razach nie było jeszcze robiono. Wiadomo już, iż podobne organiczne wady zdarzają się spadkowo u obu płci lub jednej, otóż i u kobiety stwierdziłem rzeczywistość tego, mówiła mi, że jej ojciec i dziad mieli także same powieki. Jednocześnie opisują przytem inne wady organiczne oka, jak *microphthalmos*, *strabismus etc.*, ja zaś tylko znalazłem pierwszego żołnierza na opadniętym powieku rodzimą fioletowego koloru plamkę (*teleang.*) tuż nad punktem łzowym, miała długości 1^{'''}, szerokości 1/2^{'''}, u ostatniego nadzwyczajnie małą była głowa (*microcephalia*¹⁾). Lecz u wszystkich podobnych subiektów przekonałem się o mniejszej ostrości wzroku w porównaniu z okiem zdrowym, oftalmoskopem nie wykryto żadnej różnicy w dnie oka, w dwóch tylko razach tarcza nerwu optycznego zdawała się być nieco zmniejszoną, a więc mniejsza ostrość wzroku przy zwiężonym polu widzenia pochodziła być może od jakiegoś niezupełnego rozwoju siatkówki (*amblyopia cong.*). U felczera naprzykład, który wieczorem wcale nie mógł pracować, *s. oc. dxt.* = 1/3 1/2, *s. oc. sin.* = 1/10 (*blepharoptosis*), u Runowa *s. oc. dxt.* = 1/1, *s. oc. sin.* = 1/2. Opadnięta powieka zakrywa górną połowę lub nawet 2/3 źrenicy, przeto tym okiem można tylko widzieć co się dzieje u dołu, źle się widzi przed sobą i nic zgoła u góry, chyba podnieść powiekę za pomocą palca przy staraniu bowiem podnieść takową muskułem oko zawraca się do góry. U wszystkich 3 mężczyzn w celu zmniejszenia zniepodobnia-

1) Głowa miała w obwodzie 50 cent., była najmniejszą ze wszystkich głów chorych leczonych w szpitalu. Chory z trudnością dobierał sobie czapkę.

jącego położenia powieki i odkrycia zakrywanej źrenicy wycinałem poprzeczną fałdę skóry w powiece na tyle szeroką aby odkryć dolne $\frac{2}{3}$ źrenicy, ma się rozumieć zamierzony cel osiągał się zawsze, lecz i tak skrócona powieka nie lepiej się podnosiła, coby miało miejsce, gdyby twierdzenie K o s a s a było sprawiedliwem. We wszystkich tych wypadkach opadnięcie powiek, jak powiedziałem, było niecałkowite, takowa bywa bardzo rzadko. odrysował go A m m o n w 3-im zeszytcie swego atlasu na pierwszej tablicy.

O d c i ę c i e m i ę s a k a g ó r n e j p o w i e k i (*sarcoma teleangiectodes palp. sup.*). Józef Olszewski, stolarz 26-letni. przybył 22 lutego z Ostrowa, prosząc o odcięcie guza rosnącego na górnej prawej powiece. Zbadaliśmy go wraz z kol. J a n i s z e w s k i m. Opowiada, iż przed 6 tygodniami pokazała się na samym brzegu powieki czerwona krostka „jak mak a później stała się podobna do porzeczki,” kilkakrotnie była zdzierana i pękała, przyczem oddzielała się krew, czasami w „ilości naparstka”. Pomimo to nowotwór rósł szybko, przybierając kształt i wielkość laskowego orzecha, szypułka nieco węższa od guza i wyrasta tuż nad rzęsami w zewnętrznej połowie górnej powieki. Różowo-fioletowego koloru guz był miękki, elastyczny i ruchomy: powierzchnia gładka, błyszcząca jakby pokryta błoną śluzową, a która po stwardnieniu preparatu w spirytusie okazała się zcieńczoną skórą powieki, na wierzchołku nowotworu strup w skutek częstego rozdrapywania. Guz nie zakrywa źrenicy, lecz wisząc nad gałką (przyczem zasłania zewnętrzną połowę białkówki). przeszkadza patrzeniu na zewnętrzną stronę. Wziąwszy powieki między palce, jednym cięciem C o o p e r o w s k i e h nożyczek odciąłem nowotwór; rana znacznie krwawiła pomimo posmarowania jej *liq. sesquichlor. ferri*, tak że musiałem podwiązać w niej tętniczkę. Oko opatrzone zostało opaską i chory natychmiast wyjechał do domu. Przyznam, iż nowotwór miał wygląd naczyńniaka (*teleangiectasiae*), a do tego dość często obficie krwawił, lecz po jego rozcięciu okazało się, iż był więcej mięsakiem, tkanka przezroczysto-miękka miejscami była białawą, miejscami szarawo-różowego koloru, w środku nowotworu znajdowało się jakby niewielkie apoplektyczne ognisko. Mikroskopiczne badanie (prof. B r o d o w s k i e g o) potwierdziło rozpoznanie (*sarcoma parri globocellulare*) z tą tylko różnicą, że w mięsaku znajdowali się liczne sploty naczyń (*teleangiectasiae*), z których tak często bywały krwotoki i które symulowały wynaczynienia krwi w nowotworze. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Termometr jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu i rokowaniu w chorobach.

Podług Prof. W u n d e r l i c h a.

Opracował Dr Mazurkiewicz.

Środki pomocnicze i metody różne być mogą do oznaczenia własnego ciepłika człowieka. Aby uniknąć błędów w obserwacjach należy znać wszechstronnie prawidłą i w badaniu takowe zachować. Nie zawsze jedna metoda wśród rozmaitych okoliczności jest

dobrą i stosowną. Jest rzeczą pewną, że bez dokładnych obserwacji żadnych użytecznych rezultatów osiągnąć nie można i przeciwnie byłoby błędem żądać we wszystkich wypadkach jednej metody niezachwianej doskonałości i takową zastosowywać. Zawsze należy mieć wzgląd na cel badania. Jeżeli jedynie idzie o prędkie wyśledzenie czy człowiek ma gorączkę lub nie, albo jeżeli ma gorączkę w jakim to jest stopniu, aby się w tym względzie zaspokoić dosyć poprzestać na powierzchownych spostrzeżeniach.

W celu zaś praktycznym, to jest dla oznaczenia stanu i przebiegu choroby, dalej dla oznaczenia diagnozy i prognozy to się wymaga większej staranności, jednak co się tyczy częstotliwości i dokładności mierzenia termometrem, te winny być zastosowane do szczególnych okoliczności chorego. Dokład o diagnozie oznaczonej nie ma żadnej wątpliwości, przebieg choroby regularny, to wtenczas wystarcza chociażby nie bardzo dokładne oznaczenie ciepłota. Omyłka pół stopnia nieprzechodząca jest bez znaczenia. Jeżeli się stosowne godziny wybiera, to dwurazowe mierzenie dziennie jest dostateczne.

Lecz w zwykłej praktyce kiedy termometr ma rozstrzygać wątpliwą diagnozę i prognozę, albo jeżeli ma stanowić kontrolę nad działaniem terapeutycznym, to się wymaga większej dokładności i częstotliwości w obserwacjach, jednak i tu nie zważa się na 1 lub 2 dziesiąte stopnia.

Ale jeszcze większej dokładności i częstotliwości mierzenia wymaga się wtenczas, kiedy z obserwacji mamy wyprowadzać ogólne prawa lub wyprowadzone krytykować. Odpowiedni nacisk winien być położony na częstotliwość dziennego powtarzania mierzenia jak i na zewnętrzną dokładność pojedynczych mierzeń. Małe błędy od 1 do $\frac{2}{10}$ a nawet i większe nie uważa się, jeżeli mamy sprawdzać wielkie liczby mierzenia i gdy w podobnych stanach choroby nie absolutną wysokość, lecz przebieg ciepłota za cel obserwacji obraliśmy.

Zbyt rzadkie mierzenia w pewnym wypadku pokażą niedokładny pogląd na przebieg temperatury.

Nasuwają się nakoniec pytania czysto naukowe, aby na nie dokładnie odpowiedzieć, należy unikać najmniejszego błędu w obserwacjach, gdyż najmniejsze zboczenie może być stanowczą chwilą.

Wprawdzie absolutna nieomyślność nie istnieje a najmniej można jej się spodziewać w poszukiwaniu praktycznym. Nie można żądać nieomyślności ale się kontentować tem co można osiągnąć.

Środki oznaczające ciepłota są różnego rodzaju i każdy według okoliczności może być użyty.

Oznaczenie ciepłota za pomocą ręki jest bardzo niepewne. Nawet wieloletnie za pomocą instrumentów kontrolowane ćwiczenie łatwo mylić może. Jeżeli ręka zimna to nie jest zbyt wrażliwą na ciepłota zwierzęcy a najwprawniejszy może się mylić o pół a nawet o cały stopień. Zawsze jednak potrzebne jest dotykaniem ręką skóry chorego, aby mieć wyobrażenie tą drogą powierzchowną o ciepłota własnym i ząd wnioskować czy potrzebne jest mierzenie. Jeżeli ręką badamy ciepłota, to nie przestawać na twarzy chorego, lecz wypada i okryte miejsca dotykać, gdzie podwyższony ciepłota dokładnie poznamy.

Najpewniejszy rezultat osiągniemy za pomocą narzędzi.

W praktycznym zawodzie lekarskim najlepszy termometr z żywym srebrem, lepszy aniżeli termometr ze spirytusem.

Warunki dobrego termometru z żywym srebrem dla badania chorób są:

Zbiornik (*reservoir*) metalu nie powinien być ani wielki, ani mały, jeżeli jest za wielki to cierpi na tem czułość, jeżeli za mały to nie przystaje dobrze do miejsc. Przekięciowo około 1 cent. zdaje się być najodpowiedniejszy. Forma kulista zdaje się być lepszą aniżeli cylinder. Forma półkulista z dnem płaskim jest wygodna dla badania powierzchni skóry, ale wydaje niedokładne i nieużyteczne rezultata. Szkło zbiornika nie powinno być zbyt cienkie aby się łatwo nie tłukło. Rurka narzędzia powinna mieć od góry do dołu równy kaliber, tak wązki ażeby odległość między $\frac{2}{5}$ stopniami jeszcze bez trudności oko mogło podzielić na połowy i ćwiartki. Długość rurki winna być tak wielka aby stopnie najmniej 12 centim. od zbiornika były oddalone by wygodnie na aplikowanym narzędziu mogły być wyczytane. Dla dogodności w podróży termometr nie powinien być długi. Długość rurki na ten cel dostateczna taka, aby cokolwiek wystawała nad umieszczeniem żywego srebra i aby tyle stopni obejmowała ile w żyjącym człowieku tydzień znajduje się. Może zatem nulpunkt znajdować się w zbiorniku. Dosyć będzie długości, jeżeli rurka odpowie stopniom 24—36 lub najwyższy 20—40 R. (= 30—45 vel 25—50 C.), a gdy przytem 28 R. stopień (= 35 C.) 12 centim. jest od zbiornika oddalony.

Tylko wymienione stopnie należy na skali oznaczać czy to według podziału Reaumura lub Celsiusza, zaś Fahrenheita podział dawniej używany dziś na stałym łądzie zapomnianym został.

Najważniejszy warunek aby narzędzie było dokładne. Dokładność termometru bywa niekiedy źle rozumiana. Dokładność zaś zależy na jednostajności kalibru rurki nie zaś na oznaczeniu. Zapewne potrzebne jest i markowanie dokładne, lecz błędy w oznaczeniu łatwo dają się poprawić. Należy więc narzędzie przy każdym stopniu ciepłika porównywać z tak zwanym termometrem normalnym i różnicę stopni ostatniego notować aby przy użyciu przedsięwziąć redukcję. Jeżeli różnica we wszystkich stopniach jest równa, to wiemy ile stopni mamy do narzędzia dodać lub odjąć, tym sposobem otrzymamy tak pewne rezultata, jak gdybyśmy samego termometru użyli. Na tej zasadzie można i tańszych termometrów używać. W takim tylko przypadku jeżeli rurka ma zły kaliber lub stopnie niejednostajnie oznaczone tak dalece, że omyłki przy każdym stopniu są wielkie, natenczas narzędzie będzie nieużyteczne. Zresztą najlepsze narzędzie z oznaczeniem najpoprawniejszym w pierwszych latach po wyjściu z fabryki musi być kilka razy próbowane a raczej należy je kiedy niekiedy próbować jak długo używany go w celu lekarskim. W szkłe powstają przez długi czas małe odmiany jego stanu skupienia aż nastąpi spoczynek, jeżeli kiedy być może. Przez to zmienia się kaliber, osobliwie zbiornika i stać się może, że termometr początkowo z dokładną skalą po pół roku różni się o wiele centygramów. Może przyczyniają się manipulacje do celów lekarskich, nacisk na kulę, że objętość zbiornika w biegu czasu ulega zmianie. Przynajmniej należy w klinikach używane termometra często na nowo regulować.

Skoro tylko miarzeniem nie otrzymano rzetelnej temperatury, to wypada na nowo wypróbować narzędzie, aby się przekonać czy niepostrzeżone uszkodzenie tegoż nie było powodem do niedokładnego pokazywania ciepłika. Raz użyty termometr u chorego powinien o ile można pozostać przez bieg choroby i w notach obserwacyjnych historii choroby numer użytego termometru należy zapisać. Tym sposobem będziemy pewni, jeżeli narzędzie okaże się dokładnym, że poczynione obserwacje są pewne.

Dlatego potrzeba więcej mieć termometrów dobrych. W praktyce prywatnej pozostawia się takowy u każdego chorego, u którego potrzeba robić ciągle obserwacje. W lazaretach ułatwia się obserwacje jeżeli tyle jest narzędzi, że wszystkim w sali będącym na raz narzędzie się pozakłada. Zaś jeden normalny termometr służy za kontrolę, jednak ten należałoby od czasu do czasu z innym pewnym normalnym termometrem porównać (z fizycznego gabinetu lub meteorologicznego instytutu). Jednak mając wprawę i niejaki doświadczenie, to przekonamy się łatwo z rezultatów czy mierzyliśmy złym lub dobrym termometrem.

Są jeszcze inne termometra w praktyce lekarskiej używane jako to: termometr metastatyczny *W a l f e r d i u a*. Dalej aparat termoelektryczny. *B e c q u e r e l* najprzód go używał w doświadczeniach fizyologicznych, a który *D u t r o c h e t* udoskonalił. Także termograf *M a r e y a*, lecz najlepszy termometr z żywym srebrem, co do praktyk lekarskiej.

Miejsce aplikowania narzędzia nie zawsze być może to samo. Lekarz może mieć zamiar zmierzyć ciepłik miejscowy lub całego ciała. Najstosowniejsze miejsce do mierzenia ciepłika jest pod pachą, tu wkłada się termometr bardzo łatwo i choremu nie robi żadnej przykrości. Jednak u osób wychudłych, jako też niespokojnych w tym miejscu mierzenie jest niepewne i temperatura pod pachą cokolwiek jest niższą aniżeli w wiełu innych miejscach.

Trzymanie w ręku termometru niepewne mierzenie. Także w ustach niepewne, mianowicie w cholerze, gdzie jest niższy stopień ciepłika aniżeli w innych miejscach. Przez oddech powietrze się w ustach oziębia, jednak są wypadki że tylko usta mogą być użyte do mierzenia ciepłika, np. kiedy chory jest w kąpieli lub obwinięty.

Mierzenie w odbytnicy przez niektórych zalecane jest nieprzyzwoite i połączone z wielu trudnościami, wyjąwszy nowonarodzone zbyt małe dzieci lub bardzo wychudłe indywidua w tych wypadkach mierzenie wspomniane miejsce mieć może. Tym mniej przyzwoite mierzenie w pochwie, jeżeli szczególne wypadki tego wymagają, natenczas i to miejsce używa się. *S e v i e r* mierzył w dole podkolanowym.

Sposób aplikowania termometru wiele stanowi co do zapewnienia rezultatów lub osłabienia ich z mierzenia odniesionych.

Jeżeli się pod pachą mierzy, to należy mieć na uwadze co następuje:

Najprzód pachę oczyścić z potu i wysuszyć, potem ściśniętą przez niejaki czas trzymać nim się narzędzie założy. Termometr najprzód w rękę się cokolwiek rozgrzewa, potem głęboko pod pachą kładzie i mocno ramieniem przyciska do klatki piersiowej (ramię skierowane być winno do brodawki piersi).

Jeżeli termometr nie leży dobrze i mocno, chory niespokojny, śpiący lub wychudnięty, to obserwator powinien sam trzymać termometr, a przynajmniej uważać aby narzędzie na miejscu pozostało nieporuszalne.

Można jednak na pewno wnioskować z prędkiego lub powolnego podnoszenia się żywego srebra, czy do znacznej wysokości się podniesie lub nie i już po kilku sekundach z przybliżenia wniesć czy jest gorączka i jakiego stopnia.

Punkt w którym żywe srebro pozostaje w spoczynku rzadko po 10 minutach, najczęściej dopiero w 15, niekiedy w 20 a niekiedy i później, dalej nie postępuje. Jeżeli obserwacja ma być dokładna, to termometr powinien jeszcze kilka minut dłużej pozostać w swoim miejscu. Można obserwację skrócić ale kosztem niepewności a to jeżeli narzędzie przed użyciem ogrzane do pewnego stopnia. W takim wypadku może być mierzenie w kilku minutach skończone, lecz rezultat z wielu przyczyn bywa niepewny. Pewniejszy w bardzo wysokiej temperaturze aniżeli w niskiej.

Jeżeli w odbytnicy lub w pochwie, to należy wprowadzić żywe srebro głęboko około dwóch cali.

Jeszcze niektóre ostrożności należy zachować przy mierzeniu. I tak: jeżeli bezpośrednio przed mierzeniem pacjent był pod wpływem niezwykłych wrażeń, miał wypróżnienie stolcowe, krwotok, wymioty, spożywał pokarmy lub pił zimną wodę w znacznej ilości, pocił się, na to wszystko uwagę zwrócić należy, gdyż te okoliczności zmniejszają temperaturę.

Temperatura zewnętrznego powietrza podczas mierzenia nie wiele znaczy, gdyż po największej części robi się w mało różniącej się powietrza temperaturze, to jest w pokoju chorego (15—18°). Tylko jeżeli podczas gorącego lata temperatura powietrza także i w pokoju znakomicie jest wysoka, to należy mieć na nią wzgląd. Także stan barometru przy obserwacjach temperatury chorego jest bez znaczenia.

Należy nie tylko dni miesiąca ale i godziny dnia w których się robi obserwację dokładnie notować, bez tych bowiem wszystkie obserwacje na nic się nie przydadzą.

Najstosowniej w biegu choroby o ile możności w tych samych godzinach mierzyć i to dwa razy dziennie, najlepiej rano między 7 a 9 godziną w czasie przypuszczalnej najwyższej temperatury. Jeżeli się zaś spostrzeże, że w innych porach dnia remisja i exacerbacja mają miejsce, to mierzenie w tę porę przenieść należy.

Jeżeli jest ważny wypadek lub specjalne wydarzenie, to w 2 lub 3 godziny mierzyć wypada mianowicie w ciężkich ostrych przebiegach choroby i to z początku codziennie, ażeby wynaleźć czas zmniejszenia i podwyższenia; dalej należy mierzyć każdego w razie jeżeli się na chorym ważne zjawiska pokażą.

Ażeby bieg temperatury w chorym dokładnie poznać, to dwurazowe dziennie mierzenia niewystarczają. Należy przynajmniej 6 a nawet i więcej dziennie robić mierzeń. Najstosowniejsze godziny 7—8, 9—10 rano i 12—1 w południe, 3—4, 6—7, 10—11 po południu, do których jeszcze noce obserwacje dodać należy, jeżeli gorączka jest wielka. Gdy zaś nagle zmiany temperatury w jakiej chorobie nastąpią, np. w czasie gwałtownej krysis, podczas febry przepuszczającej, to w poł godziny a nawet nieustanne obserwacje jedynie mogą przebieg objaśnić.

Takie wymagania w prywatnej praktyce rzadko dają się uskutecznić, lecz należy je robić jeżeli chcemy o prawie przebiegu choroby wyrokować.

Zadanie, kto ma mierzenie odbywać nie jest łatwe. Jakkolwiek mierzenie powinien lekarz chorego leczący lub zaufany jego pomocnik odbywać, aby dokładne rezultata osiągnąć, to jednak trudno zadaniu zadosyć uczynić, albowiem wiele czasu zajmuje, więc kilku dziennie obserwacji robić nie może. Jedynie w ciężkich ostrych wypadkach dwa razy dziennie może lekarz uskutecznić w prywatnej praktyce, a jeżeli na to czas mu nie pozwala, to nie powinien brać takiego chorego w kurację. Wymawianie się lekarza w podobnym wypadku na brak czasu byłoby to samo, jak gdyby akuszer dla braku czasu w ciężkich porodach końca nie chciał czekać.

To jest pewne, że żaden lekarz zbyt zajęty, w małych wypadkach dwa razy dziennie, tembardziej w ciężkich 6—8 razy dziennie mierzyć nie będzie i nie może.

Lecz powinien wiedzieć kto i jak mierzenie odbywa, aby miał wiadomość o patologicznej termonomii, by otrzymane rezultata mógł kontrolować.

Każdy pewny, poczciwy człowiek mający dobry i bystry wzrok może się w krótkim czasie nauczyć mierzenia. Zadaniem lekarza nie jest manipulacja, lecz nadzór nad leczeniem, kontrolowanie i sprawdzanie. Jak podawanie lekarstwa nie stanowi leczenia, tak czytanie stopni termometru nie robi diagnozy.

Na stacyach astronomicznych wykonywają się termometryczne i inne obserwacje przez takich, którzy żadnego interesu w tym nie mają. Człowiek uważny, dobrej woli bez wiadomości lekarskich mniej nieraz popełni błędów w mierzeniu aniżeli sam lekarz. Nieraz badacz lekarz widzi rzeczy jego planom odpowiednie, których nie ma. Dlatego pewni, dobrze wyuczeni posługacze przy chorych mogą być użytemi jak nierównie w prywatnej praktyce krewni rozsądni do mierzenia termometrem. Ztąd można widzieć krewnych z jaką troskliwością aplikują swym chorym termometr, nieraz aż do znudzenia. Zapewne wszyscy, którym się powierza mierzenie powinni być dobrze pouczeni. Każda opieszałość zaniedbanie spostrzeżone należy zaraz usunąć mierzyciela, sam nawet lekarz powinien być tak obeznanym z tem czego się spodziewać może, co się tyczy termometrycznych rezultatów, że każde zboczenie daje powód do podejrzenia i wymaga powtórnego mierzenia.

Metoda dla osiągnięcia użytecznych rezultatów jest różna według okoliczności i celów.

W prywatnej praktyce używa się zawsze do mierzenia miejsce pod pachą osuszoną i wolną od bielizny, gdzie lekarz sam zakłada narzędzie lub na kwardans przed przyjściem lekarza zaleca krewnym chorego aby termometr powyższym sposobem zaaplikowali. Skoro się włoży termometr pod pachę, w tej chwili należy na zegarek patrzeć a dopóki leży narzędzie lekarz egzaminuje chorego, sledzi puls, język i t. d. Po dwóch minutach ogląda termometr czy się szybko podniósł i czy jeszcze dobrze leży. Odtąd co trzy minuty ogląda znowu termometr, a jeżeli po trzech minutach żywe srebro się nie podnosi więcej, to można narzędzie wyjąć i obserwacja skończona. Ponieważ w prywatnej praktyce często nie uważa się na wysokość temperatury, to można bez wielkiej szkody obserwacje wcześniej skończyć, chociażby parę dziesiątych jeszcze wyżej podniosło się żywe srebro. Tak się ma jak i z pulsem czy chory 80 lub 84 kontrakcyi serca pokazuje na minutę, w praktycznym względzie zupełnie jest rzeczą obojętną, to samo czy 100 lub 104, 140 lub 150. Równie w prywatnej praktyce nie uważa się na kilka dziesiątych temperatury. Lekarz tylko powinien wiedzieć, gdzie i kiedy na tem zależy a gdzie nie. Ztąd zaleca się w prywatnej praktyce poprzednie ogrzanie termometru, które za pomocą zapalki prętko się osiąga. Przez to skróca się mierzenie do kilku minut, wprawdzie nie otrzymujemy dokładnych rezultatów, ale w prywatnej praktyce są zadawalujące. Gdzie sobie życzymy np. we wszystkich gorączkach, w przepuszczających febrach częstych mierzeń, których lekarz wykonać nie jest w stanie, to się zdaje to działanie posługaczom rozsądnym a w prywatnej praktyce krewnym. Jeżeli z manipulacjami są obeznani to kazać im parę razy pod kontrolą własną robić obserwacje. Kiedy lekarz sam robi mierzenie, które mu się niepewne zdaje, osobliwie kiedy się coś niezwykłego wydarzy, to powinien powtórnie mierzyć i za każdym razem rezultata zapisać i godzinę mierzenia zanotować jak i czas na mierzenie obrócony.

Podobne spostrzeżenia nie można jako prawidła termometryczne uważać, lecz są bardzo pomocne w praktyce. Gdyby nawet nie więcej z tego dowiedzieć się nie było można jak tylko w czasie, w którym remisya i egzacerbacja powstają i według tego dalsze odwiedzanie chorego odbywać to już wiele się zyskało. Z tych spostrzeżeń można następne wnioski wyprowadzać, przez nie wczesnie obrót uważać, którego poznanie wielkiej jest doniosłości.

W oddziałach wielkich szpitali metodyczne postępowanie dla oszczędzenia czasu jest droższe aniżeli w prywatnej praktyce. Najprzód dla regularnego mierzenia należy codziennie pewny czas oznaczyć. Nim lekarz wejdzie na salę powinny być termometry wszystkim chorym pozakładane. Lekarz winien się przekonać czy narzędzia są pozakładane, poprawić gdzie potrzeba. Tymczasem robi dalsze wizyty, a od czasu do czasu zwraca uwagę na położenie narzędzi. Jeżeli narzędzie leży wolno u którego chorego, to posługacz powinien go trzymać. Po 20 minutach pomocnik lub rozsądny posługacz ogląda szybko jeden po drugim termometry i stopień ciepła notuje. W tym czasie termometry pozostają w swem położeniu dopiero w 5 minut później lekarz sam kontroluje zrobione spostrzeżenia. Jeżeli rezultata się nie zgadzają z poprzednio podanemi, to narzędzie jeszcze

dłużej leżec winno dopóki się już dalej nie podniesie. Tym sposobem można na jednej sali więcej jak 20 łóżek mającej, z największą pewnością mierzenie u wszystkich chorych w pół a najdalej w trzy kwadransy ukończyć i inne obserwacje w tym czasie robić. Jeżeli o więcej nie chodzi jak o termometryczne obserwacje, to po skontrolowaniu położenia narzędzia, lekarz może przejść do innych sal i dopiero po odczytaniu stopni wrócić do pierwszej sali. Tym sposobem może w przeciągu godziny więcej jak 50 wypadków zmierzyć i obserwacje zanotować czy te były robione w celu praktycznym lub teoretycznym. Przytém cały przebieg choroby z wszelkimi zбочeniami i zmianami spisać, gdyż najwierniejsza pamięć żaden najżywszy obraz i opowiadanie jak najnaturalniejsze nie dają tak pewnego i jasnego wyobrażenia o rzeczy, jak opisanie, tembardziej obiega choroby, także wypowiedzieć czy mierzenie robiono według *Reaumur* a lub *Celsius* a.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Zeszyt 3-ci „Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej” wyszedł z druku i do dzisiejszego Nr Gazety P. Prenumeratorom dołączonym został. Zamyka on w sobie: 1) Medycyna sądowa, opracowana przez Dra med. St. Witkowskiego. 2) Choroby kobiet (Gynaekologia), przez Dra Grulla. 3) Dentystyka, przez Alexandra Schellera. 4) Ostre choroby zakaźne, przez Dra A. Fabiana (z Suchedniowa). 5) Fiziologia, przez Dra A. Stockmanna. Pismo to ma na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich jej gałęziach i we wszystkich krajach. Prenumerata na to pismo wciąż się przyjmuje w Redakcyi Gazety Lek. i we wszystkich księgarniach w Warszawie. Cena roczna: 1) dla prenumeratorów Bibli. Um. Lek. i Gazety Lek. rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gazety Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pismu powyższych rsr. 8.

— Apomorfin¹⁾. Apomorfin $C_{17}H_{17}NO_2$ (według analizy Schering'a) została otrzymana w roku 1869 przez Matthiesena i Wright'a z morfiny a później i z kodeiny przez traktowanie takowych kwasem siarczanym lub solnym. Nowy ten alkaloid przedstawia się jako biała, niekrystaliczna masa, która z kwasem solnym daje sól bezwodną $C_{17}H_{17}NO_2 HCl$, zdolną do krystalizacji. Rzeczona zasada wystawiona na działanie powietrza barwi się szybko na zielono przez przyjęcie tlenu i rozpuszcza się wtedy tylko częściowo w wodzie, której nadaje piękną barwę szmaragdową. Alkohol zabarwia zielono eter i benzol różowopurpurowo, chloroform fioletowo. W wyżej przytoczonym połączeniu z kwasem solnym apomorfin jest łatwo w wodzie rozpuszczalny. Od morfiny różni się większą rozpuszczalnością w wodzie, szczególnie zawierającej kwas węglany, dalej łatwą rozpuszczalnością w alkoholu, eterze i chloroformie. Gryzące alkalia w roztworach soli kwasu solnego dają biały osad, który w nadmiarze łatwo się rozpuszcza i przyjmuje barwę czarną. Pod działaniem chlorku żelaza powstaje zabarwienie ciemno ametystowe, azotan srebra szybko jest redukowanym, kwas azotny wywołuje zabarwienie krwiste, które przy ogrzaniu blednieje. Ten produkt rozkładu morfiny (*Berichte des deutsch. chem. Gesellsch. zu Berlin, Bd IV. N. 2*) posiada w wysokim stopniu własności wywołujące wymioty; dowiodły tego doświadczenia tak na psach i kotach (wstrzykiwanie podskórne) jak i na człowieku. Dawka jaką u ludzi stosowano wahała się pomiędzy 0,003 a 0,011 grmm. Podawana w większych dawkach apomorfin wywoływała ten sam skutek, nie okazując przytém takiego działania jak emetyk, wymiotnica i t. p. środki. Używanie środka w mowie będącego przedstawia tę korzyść, że nawet bardzo mała jego ilość podskórnie wstrzyknięta wywołuje pożądany skutek. Doświadczający nie widzieli przytém nigdy miejscowego podrażnienia lub innych nieprzyjemnych objawów w miejscu zastrzyknięcia. Wstrzykiwania dokonywane w najrozmaitszych częściach ciała wywoływały zawsze skutek.

¹⁾ W Gazecie lekarskiej z r. 1870, T. IX, Nr 6 pag. 96 podaliśmy w kilku słowach sposób otrzymywania i działania tej nowej zasady; obecnie pospieszamy przedstawić szanownym czytelnikom wyciąg z obszerniejszej pracy w tym przedmiocie.

Korzyść stosowania środka wymiotnego w postaci podskórnego wstrzykiwania jest widoczną w praktyce dziecięcej a nawet i u dorosłych w wypadkach otrucia, w stanie omdlenia, bezprzytomności i t. d., zwłaszcza, że apomorfina rozwija swą działalność po użyciu, często bez objawów zapowiadających, już po czterech a najdalej po 16 minutach. Po jedno lub kilkorazowych wymiotach następuje znowu zupełnie prawidłowy stan ustroju. Co się tyczy przewodu pokarmowego, który często w dosyć nieprzyjemny sposób wciągnięty bywa w współcierpienie przez inne środki wymiotne, w tym razie, pomijając sam akt wymiotów, pozostaje nietkniętym i niezauważono nigdy przytem boleści żołądka, biegunek, stanów gastrycznych i tym podobnych przypadłości. Przetwór angielski jest dotąd jeszcze najlepszy i najpewniej działający, pochodzi z fabryki J. F. Macfarlan w Edynburgu i nosi nazwę: *Hydrochlorate of Apomorphina*, $C_{17}H_{17}NO_2HCl$). Dawka apomorfiny w postaci podskórnego wstrzykiwania wynosi 0,02 na jedno wstrzyknięcie. Roztwór bierze się w stosunku 1 : 50, a z tego $\frac{1}{2}$ strzykawki, bacząc że strzykawka zawiera 1,0 roztworu. Wymioty następują już w 7 minutach po zastrzyknięciu.

(*Apotheker-Ztg.* N. 3 i 5, 1872).

— Nerwoból nerwu przeponowego. Pod tą nazwą wprowadza Dr Michel Peter do neuropatologii dotąd nieznaną a przynajmniej nieopisaną formę nerwobólu, która wcale nie rzadko występuje a symptomatologię swą zawdzięcza wielu znanym sprawom chorobowym jak: *angina pectoris*, *pleuritis diaphragmatica*, *pericarditis*, i *hepatitis*. Charakterystycznymi objawami tego cierpienia są: 1) bóle idiopatyczne, umiejscowione głównie w dolnej części klatki piersiowej, w barku, mniej już w szyi i karku a wzmagające się za naciskiem. 2) Punkta bolesne, odpowiadające przebiegowi nerwu przeponowego; przy przednim przyczepie przepony od 7 do 10 żebra, szczególnie przy 9, przy tylnym przyczepie głównie w kącie ostatniego żebra. Dalej punkta bolesne leżą na przedniej stronie mięśnia dźwigacza przedniego, w części bocznej 2 i 3 odstepu międzyżebrowego, szczególnie w miejscu połączenia trzeciego żebra z odpowiednią chrząstką, gdzie leżą rozgałęzienia nerwu. 3) Bóle promieniące. Przy cierpieniu splotu szyjowego ukazują się te bóle na powierzchni wewnętrznej części obojczykowej średniej i z boku szyi; przy cierpieniach splotu ramionowego, w barku, na powierzchni wewnętrznej ramienia, łokcia i paluszka. 4) Bóle w okolicy wyrostków ciernistych począwszy od 2 aż do 4 kręgu szyjowego. 5) Zaburzenia czynnościowe w oddechaniu, żuciu, połknięciu i poruszaniu lewego barku. Co się tyczy rozróżnienia tej sprawy chorobowej od innych, to przedewszystkiem zwraca autor uwagę na trudność odróżnienia od reumatyzmu przepny. *Pleuritis diaphragmatica* przebiega z gorączką a objawy jej są daleko groźniejsze. Ten sam stosunek zachodzi przy cierpieniach serca, tylko tutaj budzi podejrzenie ból w barku. Od dusznicy bolesnej możemy rzeczona sprawę chorobową odróżnić na zasadzie nieobecności bojaźni i miejscowych objawów serca. W końcu nerwoból międzyżebrowy, z którymbyśmy rzeczona sprawę zmieszać mogli, ma zwykle swe siedlisko w średnich odstępach międzyżebrowych. Co się tyczy etiologii, to zaznaczyć wypada, że nerwoból nerwu przeponowego występuje niekiedy sam, od czasu do czasu skomplikowany cierpieniami jak maciemietwem, padaczką, dusznicą bolesną, chorobą *Ba s e d o v'a*, cierpieniami śledziony, głównie zaś chorobami miazmatycznymi i wątroby. Odpowiednio tym stosunkom zmienia się i rokowanie, jest ono pomyślne, gdy nerwoból występuje samoistnie. Leczenie stosujemy jak w nerwobólach w ogóle: wezykatorye, morfina podskórną, gorczyczniki; gdy cierpienie jest tylko objawem, wtedy samo się przez się rozumie uwagę naszą winniśmy zwrócić na główną chorobę.

(*The Clinic*, N. 7, Vol. 2, 1872).

— Leczenie moczocięku w skutku rozszerzenia cewki moczowej u kobiet za pomocą kwasu chromnego. Tym sposobem udało się Dr. Kinnny wyleczyć dwa wypadki o których mowa, w trzecim zaś, który był skomplikowany guzem naczyniowym cewki, nastąpiło znaczne polepszenie. Roztwór kwasu chromnego w tym celu używany był zawsze silnie stężonym—1 część kwasu na 1 część wody. Sposób zastosowania jest następujący: po dostatecznym osuszeniu części i po namazaniu tkanek sąsiednich oliwą wprowadza się do cewki moczowej pędzelek z szarpni napojony rzeczonym roztworem i przyżęga. Po kilku dniach oddziela się słaby strup, poczem cewka szybko kurczy się poczyną. Skoro tylko cewka się zwężyła a zapalenie błony śluzowej w skutku przyżęgania ustąpiło możemy wypadek uważać za wyleczony, w każdym zaś razie stan chorób znacznie się polepsza.

(*The medical record*, Nr 126).

G. K.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1872 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z dniem 1 lipca 1872 r. zaczyna się tom trzynasty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każyty (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich. w półroczu przyszłym 1872 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, i b) ciągle śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich, rozpada się na trzy działy: Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieli tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873 r.) wynosi rsr. dziesięć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się bezpłatnie. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i oddzielnie sprzedaje się po rsr. 6.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

3) Przegląd Postępów Nauki Lekarskiej.

„Przegląd” prac za rok 1870 jest już na ukończeniu. Przegląd zaś za rok 1871 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziela mi wyżej wyliczonemi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1871 obejmuje również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1871 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1873. Cena rsr. 1.

Pod prasa:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczte pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W Redakcyi* półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie (XIV) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r. Przez Dra *Dymnickiego*, lekarza zdrojowego w Busku. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Termometr jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu i rokowaniu w chorobach. Podług prof. *Wunderlich'a*. Opracował Dr *Mazurkiewicz*. Wiadomości bieżące. Zeszyt 3-ci Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Apomorfiny. Nerwoból nerwu przeponowego. Leczenie moczocięku w skutku rozszerzenia cewki moczowej za pomocą kwasu chromowego. Od Redakcyi. Dodatek Syfilidologii ark. 10. Pediatrii ark. 24. Patologii Ogólnej ark. 7. Dla PP. Prenumeratorów Przeglądu Postępów Nauki lekarskiej dołącza się Zeszyt 3-ci. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii *Heitzmanna* dołącza się ark. 33.

Sprawozdanie (XIV-te) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r.

Przez Dra *Dymnickiego*, lekarza zdrojowego w Busku.

Część I-sza.

Gości zdrojowych było w ogóle 957, pomiędzy temi leczących się było 679, z tych leczących się własnym kosztem i za reskryptem Rządu gubernialnego kieleckiego, 526, a kosztem szpitala miejscowego św. Mikołaja osób 153.

Pomiędzy nieleczącymi się było dla towarzystwa chorych i zwiedzających zakład kąpielowy, razem osób 142, dla usługi 136.

Powiększa liczba osób stanowiła 377 stron, nie licząc w to leczących się kosztem szpitala św. Mikołaja.

W r. 1870 było gości zdrojowych w ogóle 1003 osób, pomiędzy temi leczących się było 730. Liczba ta osób stanowiła 414 stron.

Na 679 leczących się w roku zeszłym było: mężczyzn 301, kobiet 201, dzieci 177.

Z 679 osób leczących się było: chrześcian 499, starozakonnych 180.

Z ostatnich leczyło się kosztem szpitala św. Mikołaja osób 74, własnym zaś kosztem 106. Starozakonni leczący się własnym kosztem stanowili 87 stron.

W roku 1870 było starozakonnych leczących się 164. Z tych leczyło się własnym kosztem 86, którzy 66 stron stanowili. Kosztem szpitala leczyło się natenczas 78.

Pod względem stanu pojedynczych stron, podzielić można gości zdrojowych w następujący sposób: właścicieli ziemskich i dzierżawców 104, duchownych 8, rabinów 3, właścicieli miejskich 16, stron lekarskich leczących się 11, aptekarz 1, wojskowych wyższej rangi 24, urzędników 86, oficyalistów prywatnych 6, artysta 1, nauczycieli gimnazjalnych 5, nauczycieli prywatnych 7, professor uniwersytetu 1, studentów uniwersytetu 4, uczni gimnazjalnych 7, kapitalistów 5, właścicieli fabryk 2, rękodzielników 13, trudniących się handlem i przemysłem 73.

Chorzy leczący się w szpitalu św. Mikołaja, składali się po większej części z włościan, wyrobników, wojskowych rang niższych, tudzież niezamożnych przemysłowców starozakonnych.

Do lekarzy leczących się należą: Dr Dobrzycki z Mieni, Dr Ignacyusz lekarz pułkowy z Radomia, Dr Majkowski, lekarz powiatu grójeckiego, Dr Kamiński, lekarz pułkowy z Andrejewa, Dr Vogt z Warszawy, Dr Staniszewski z Radomia.

Do zwiedzających zakład kąpielowy i czas krótszy lub dłuższy w Busku pozostających należą: Inspektor gubernialny kielecki, radca stanu Dr Sokółowski, Dr Zajdowski z Chmielnika, trudniący się przeważnie praktyką lekarską, Dr Sulicki, lekarz powiatu stopnickiego, Dr Gawroński, lekarz powiatu pińczowskiego, Dr Jeleński z Działoszyc, Dr Wokulski z Kielec, Dr Targowski z Warki, Dr Pielaszewski z Kutna.

Pod względem pochodzenia stron zauważyliśmy następujący stosunek: z gubernii warszawskiej przybyło stron 59, pomiędzy temi z samej Warszawy 47, z gub. petrokowskiej 57, pomiędzy temi z m. Petrokowa 9, z m. Łodzi 5, z gub. radomskiej 70, pomiędzy temi z m. Radomia 28, z gub. kieleckiej 93, pomiędzy temi z m. Kielec 30, z gub. lubelskiej 24, pomiędzy temi z m. Lublina 9, z gub. kaliskiej 13, pomiędzy temi z m. Kalisza 5, z m. Sieradza 2, z gub. płockiej 10, z gub. siedleckiej 11, z gub. łomżyńskiej 7, pomiędzy temi z m. Łomży 2, z gub. suwałskiej 5, z Petersburga 5, z gub. grodzieńskiej 7, z gub. mińskiej 2, z gub. wołyńskiej 5, z m. Wilna 4, z gubernii kowieńskiej 2, z gub. kijowskiej 1, z m. Tweru 1, z W. Ks. Finlandzkiego 1.

Z 377 stron przybyło do Buska po 1-szy raz stron 247, po 2-gi raz 86, po 3-ci raz 29, po 4-ty raz 11, po 5-ty raz 4.

Chorym powyższym zalecili zdrojbuski następujący pp. Drowie z Warszawy: Baranowski, Boelke, Chałubiński, Chmielewski, Chwat, Dariuszewski, Dobrzański, Estrejcher, Fonberg, Girsztowt, Groer,

Hartmann, Hertz, Hirszfeld, Kaczkowski, Karwowski, Kosiewicz, Kosiński, Löwenglück, Lubelski, Majewski, Miler, Nathansohn, Podowski, Portner, Rogowicz, Rozenzweig, Rosenfeld, Sommer, Swietlicki, Szancer, Szyszło, Sztumer, Taczanowski, Tyrchowski.

Z innych miejscowości: Szancer, Wyrzywański, Strzyżewski, Rontaler z Petrokowa; Kulski z Radomska; Erlicki i Muliewicz z Częstochowy; Biliński z Nowego Miasta; Sikorski z Zduńskiej Woli; Stanisławski i Węgrowski z Sieradza; Pielaszewski z Kutna; Boese, Cytwic i Weiss z Kalisza; Lohrer z Łodzi, Bartkiewicz z Pabianic; Żyliński, Koperski, Tetz, Jentys, Chrzanowski i Talko z Lublina; Braun z Kraśnika; Wokulski, Łuszczkiewicz i Andrzejewski z Kielc; Gosławski, Ignacyusz, Lewandowski, Gładkowski, Klecki i Babiński z Radomia; Rot ze Staszowa; Gawroński z Pińczowa, Florkiewicz z Koniecpola; Kieffer z Opoczna; Zdański z Kocka, Kulesza i Zołotnicki z Suwałk; Londyński z Łomży; Dobrzelewski z Pułtusa; Jędrzejewicz z Płońska; Stępniewski z Sierpca; Kontkiewicz z Wielunia; Orkisz z Rawy; Jakubowski z Szadku; Biegański z Słomnik; Rompalski z Pilicy; Jeliński i Sztenermarski z Działoszyc, Michniewicz z Miechowa; Olsiewicz z Andrejewa; Zajdowski z Chmielnika; Szpot i Chodakowski z Sandomierza; Pawłowski z Tomaszowa; Pasiutewicz z Puław; Gruszczyński z Widawy; Kozłowski z Końskich; Rozenzweig z Proszowic; Moździeński ze Skalbmierza; Rosicki ze Sterdyni; Woźniakowski z Wąchocka; Matulewicz ze Zwolenia, Cwiklicz z Tuczyzna w gub. wołyńskiej; Lachowicz z Berdyczowa; Makowski i Sperber z Pińska; Bieniecki z Ciechanowca w gub. grodzieńskiej; Adamowicz i Kozłowski z Wilna; Warszauer i Madurowicz z Krakowa.

Choroby jakie na osobach leczących się w Busku zauważyłem, dadzą się odnieść do następujących głównych działów:

1. Zołzy.

Tego działu chorób było w ogóle 260 przypadków. Pojedyncze ich odmiany jako też wypadki z leczenia przedstawiły następujący stosunek:

1) Obrzmienia ust, nosa, policzków, tudzież obrzmienia gruczołów przyusznych, podszczękowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych, było razem 87 przypadków; z tych uleczyło się 49, doznało polepszenia 34, pozostało bez ulgi 4.

2) Obrzmienia i przerostu migdałów 7 przypadków; z tych uleczyło się 4, doznało polepszenia 3.

3) Obrzmienia gruczołu tarczowego (wola) 9 przypadków; z tych uleczyło się 2, doznało polepszenia 5, pozostało bez ulgi 2.

4) Ropienia gruczołów 25 przypadków; z tych uleczyło się 17, doznało polepszenia 6, pozostało bez ulgi 2.

5) Zapalenia stawów z następnem obrzmieniem tychże 19 przypadków; z tych uleczyło się 9, doznało polepszenia 9, pozostał bez ulgi 1.

6) Ropienia stawów 8 przypadków; z tych uleczyło się 2, doznało polepszenia 5, pozostał bez ulgi 1.

7) Wrzodów 16 przypadków; z tych uleczyło się 12, doznało polepszenia 4.

8) Owrzodzenia błony śluzowej nosa 17 przypadków; z tych uleczyło się 10, doznało polepszenia 7.

9) Owrzodzenia i śluzotoku pochwy 3 przypadki; z tych uleczył się 1, doznało polepszenia 2.

10) Zapalenia łącznicy oka 21 przypadków; z tych uleczyło się 12, doznało polepszenia 8, pozostał bez ulgi 1.

11) Próchnienia kości 33 przypadki; z tych uleczyło się 15, doznało polepszenia 16, pozostało bez ulgi 2.

12) Krzywicy 5 przypadków; doznało polepszenia 5.

13) Ropienia usznego z następną częściową lub całkowitą głuchotą 10 przypadków; z tych uleczyło się 3, doznało polepszenia 5, pozostało bez ulgi 2.

Z 260 chorych zołzowych uleczyło się 136, doznało polepszenia 109, pozostało bez ulgi 15.

Z tych leczyło się kosztem szpitala św. Mikołaja 68 chorych.

W r. 1870 było zołzowych 276; z tych uleczyło się 138, doznało polepszenia 117, pozostało bez ulgi 21.

Wypadek z leczenia w roku zeszłym można śmiało nazwać bardzo szczęśliwym.

W r. 1870 uleczyła się połowa zołzowych, w roku zaś zeszłym liczba uleczonych przewyższyła nawet połowę.

Wypadek ten zasługuje tem więcej jeszcze na uwagę, że w roku zeszłym ciężkie przypadki zołzowe, do których ropienie stawów i próchnienie kości policzę, dosyć w znacznej liczbie przedstawione były.

Rok zeszły odznaczył się szczególnie ilością próchnienia kości. W czasie mego pobytu w Busku nie doszło jeszcze ani razu to zboczenie do tak wysokiej liczby (33). W r. 1870, w którym to ogólna liczba zołzowych 276 wynosiła, zanotowałem próchnienia kości tylko 25 przypadków.

Skuteczność wód buskich w zołzach od najdawniejszych czasów na tysiącach chorych stwierdzona, nie powinna nas zadziwiać, gdyż źródło buskie posiada wszystkie prawie składniki, jakich w tym celu umiejętność lekarska słusznie wymaga, a których znowu istotną pomoc balneoterapenci dostatecznie stwierdzili.

W zołzach, mających za podstawę nieprawidłowe odżywianie, w skutek którego bardzo prawdopodobnie nadmiar białka a brak soli w ogóle w ustroju powstaje, uznano na mocy gruntownych doświadczeń następujące środki za skuteczne: sól kuchenną, jod, brom, żelazo, wapno a nareszeie i siarkę.

Sól kuchenna odgrywa tutaj prawie najważniejszą rolę. Ona przyczyniając się bezpośrednio do tworzenia się komórek, wpływa także za pomocą wymiany pierwiastków, którą bezprzecnie przyśpiesza, na prawidłową odnowę ustroju, o czem z powiększonej ilości mocznika, z przybytku kulek krwi, włóknika i soli, jak niemniej z równoczesnego ubytku białka słusznie wnioskować można.

Jod i brom odznaczają się znowu niezaprzeczoną wpływem dobroczynnym na gruczoły, które w zółzach prawie bez wyjątku zboczeniom ulegają. Dwa te czynniki są także nieodzowne w zółzowych zmianach skóry i kości. Według wiarygodnych twierdzeń wielu balneoterapeutów, byłoby prawie niepodobną rzeczą obejść się w leczeniu próchnienia kości bez jodu i bromu.

Zółzy wikłają się bardzo często z niedokrwistością, a prawdopodobnie wywołują one to ostatnie zboczenie, więc też nie dziwnego, że i żelazo w leczeniu zółzów ważną usługę wyświadczyć nam może.

Nad działaniem wapna zastanawiał się jeszcze przed dwudziestu laty Bencke. Jemu to zawdzięczamy następujące pełne ważności prawdy:

Wapno jest nieodzowne przy tworzeniu się komórek. Na tej zasadzie wpływ jego jest nieoceniony na gojenie się obszernych wrzodów zółzowych a nawet syfilitycznych.

Dzieci zółzowe podlegają często upartym biegunkom, w skutek których ogólny ubytek ciała a nawet i śmierć nastąpić może. Otóż wapno według wszelkich doświadczeń poczytuje się tutaj za pierwszorzędny prawie lek.

Wapno stanowi także w krzywicy środek bardzo ważny, co nie tylko lekarzom w szczególe, ale i publiczności nielekarskiej w ogóle oddawna już wiadomo.

Astricemu zawdzięczamy znowu bliższe zapoznanie się z działaniem siarki w zółzach.

Zród buski posiada wszystkie te czynniki w obfitości. Dawne rozbiory chemiczne dowiodły tego; a ostatni wykonany przez prof. Cichockiego wykazał w zdroju buskim oprócz obecności siarków alkalicznych także i żelazo.

Sposobu leczenia nie zmieniałem w roku zeszłym w niczem. Główne leczenie w zółzach polega na wewnętrznym zastosowaniu zdroju, z którego w przypadkach zółzów cretycznych (polegających na nadmiernej wymianie pierwiastków) w umiarkowanej tylko ilości podawałem, pozwalając sobie za to w kształcie 2-gim (zółzy gnuśne) trzech a nawet i czterech sporych kubków, zadawanych naczczo.

Kąpiele mineralne należą tutaj także do środków, istotę leczenia stanowiących, chociaż w kilkunastu wypadkach li tylko na samem piciu wody buskiej porzuciłem, a z czego chorzy ci i tak prawdziwą odnieśli korzyść.

Kąpieli mineralnych nie znoszą zwykle dzieci zbyt osłabione, cierpiące na zółzy cretyczne w wysokim stopniu, a zwłaszcza jeżeli jeszcze skłonność do zimnic lub też katarów oskrzeli przedstawiają.

Oklady mułowe są nieodzowne w obrzmieniach i stwardnieniach gruczołów a osobliwie w obrzmieniach stawów, w których także i kąpiele mułowe często stosuję.

We wrzodach i próchnieniach kości, stanowią bardzo ważną część dodatkową wstrzykiwania z wody mineralnej lub też ługu buskiego.

W obrzmieniach gruczołów chłonnych stosowałem w kilku przypadkach wstrzykiwania podskórne jodku potassu. Skutek był dosyć pomyslnym; zupełnego jednak zniknięcia obrzmiń doczekać się nie mogłem. Wstrzykiwałem

naraz od 2 do 5 gr. jodku potassu, a w jednym przypadku, o którym później przy nowotworach pomówię, wstrzykiwałem na raz po 15 gr.

(Dalszy ciąg nastąpi).

ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r.

Dra med. Józefa Talko (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie.

(Ciąg dalszy *).

D) Operacye na powiekach

Wyłuszczenie kaszaków na powiekach i sąsiednich okolicach oka, a także pojęczmiennych guzików (*chalaziae*) nie przedstawiało nic osobliwego. U pewnego kilkomiesięcznego dziecka operowałem torbiel na samym końcu nosa, cienkie ściany guza przeświceały, miał wielkość laskowego orzecha i zawierał płyn podobny do gęstej śmietany.

Epicanthus—był to rodzaj szramu, napiętego w kształcie żagla między wielkim kątem prawego oka i grzbietem nosa, zaczynając się od górnej, kończył się takowy w dolnej powiece. Rzecz prosta, że od strony nosa zakrywał oko i tym sposobem szpecąc twarz, upośledzał wzrok chorego żołnierza. Blizna ta powstała przed kilku laty w skutek wrzodu. Operacyę wykonaliśmy wraz z kol. Ch r z a n o w s k i m, która zależała na tem, że przecięliśmy napiętą bliznę niżej niezmienionego wielkiego kąta powiek w formie litery V, płąt z dołu do góry odseparowano i przyszyto do nosowego brzegu górnej powieki; brzegi rany zbliżono szwem zwyczajnym. Tego dostatecznie było dla usunięcia defektu, chory swobodnie odkrywał powieki i wzrok się polepszył przez rozszerzenie pola widzenia od strony nosa. Druga podobną operacyję wykonałem z powodu niewielkiej blizny, przyciągającej zewnątrz połowę lewej górnej powieki do takowej dolnej (Antoni Fanicki); rezultat najlepszy.

Operacya *symblepharon* była dość łatwą i z dobrym rezultatem. Było to przyrośnięcie gałki ocznej, czyli raczej leukomatycznej rogówki do brzegu górnej powieki, w okolicy łzawego punkciku. Defekt ten powstał w skutek owrzodzenia rogówki i łącznicy, chory obwinia nawet silne przyżeganie oka siarczanem miedzi, któremu ulegał przed kilku laty. Oko nie miało najnniejszego poczucia światła. Pod przyrostem, grubym jak gęsie pióro i górną fałdą łącznicy przeprowadziłem sondę i takowy przeciąłem nożyczkami.

Co do operacyj *trichiasis* i *distichiasis*, to takową robiłem sposobem G r a f e'go, J a s e h e'go, H e r z e n s t e i n'a i przez wycięcie fałdy skóry; amputacyi brzegu rzęsowego, ani razu nie używałem w celu usunięcia nieprawidłowego położenia czyli wzrostu rzęsów. Wycięcie skórnej fałdy zawsze bywa do-

*) Patrz Nr 15, 18 i 20 Gaz. Lek.

stateczne przy *trichiasis* dolnych powiek, na górnych potrzeba używać plastycznej operacji G r ä f e'go lub J ä s c h e'go, co zaś do użycia zawłoki, przeprowadzanej pod skórę na brzegu powiekowym (H e r z e n s t e i n), to próbowałem tego sposobu raz tylko przy *distichiasis partialis palp. sup.* i wcale mnie zawiódł. W podobnych przeto razach uciekam się do sposobu Arlt—J ä s c h e'go, który robiłem 2 razy z pomyślnym rezultatem. Jeżeli zaś nieprawidłowy wzrost rzęsów znajdujemy na znacznej przestrzeni górnej powieki lub na całej, w takim razie osiągniemy przepyszny rezultat sposobem G r ä f e'go, zależącym na oddaleniu brzegu rzęsowego od brzegu chrzastki na 2" do góry, co daje się uskutecznić przez dwa pionowe cięcia przez powiekę, dług. 1" od obu kąców oka do góry, następnie przez odseparowanie prostokątnego płata i wycięcia poziomej fałdy skóry pod brwiami. Operację takową wykonałem 5 razy: na obu górnych powiekach pewnej pani z hrubieszowskiego, u starozakonnej z Lubartowa, u starozakonnej z Piasek i u starozakonnego z Bychawy; u tego ostatniego operację zrobiłem na lewej dolnej powiece, a na prawej operację Arlt—J ä s c h e'go, po której, samo przez się zabliznienie rany kończy się daleko prędzej aniżeli po pierwszej. Po operacji G r ä f e'go zwracam szczególną uwagę na podniesiony rzęśowy brzeg skóry (którego kąt przyszywają się do środka pionowych cięć) i między niego i powiekową chrzastkę codziennie wprowadzam sondę lub koniec C o o p e r o w s k i e h nożyczek aby niedopuszczać przedkiego ich zrośnięcia, przez co rzęsy znówu przybliżają się do swobodnego brzegu powieki prędzej nim dobrze zabliznią się rany wyciętej z niej fałdy. W jednym wypadku tej operacji zamiast wycięcia poprzecznej fałdy w skórze górnej powieki, po podniesieniu i przyszyciu płata z rzęsami, przeprowadziłem prostopadle przez skórę i mięsień poniżej brwi 3 szpilki, wyciąłem obrzękłą po nad nimi skłódkę i połączyłem takowe szwem przeplatany, bacząc na to aby zbliżyć nieco boczne szpilki ze środkową. Nienowity ten sposób operacji *entropion* wraz z *trichiasis* niedawno był proponowany przez D u r a n d'a (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 1870 p. 74). Nie możemy nic jeszcze o nim wyrzec, gdyż zejście i rezultat operacji był także pomyślny jak po wiadomym sposobie G r ä f e'go.

Muszę tu wspomnieć o pewnej pani Wrzosek z hrubieszowskiego, która od 15 lat cierpiała na oczy w skutek trachomatycznego zapalenia powiek: rezultatem tego ostatniego było: *trichiasis* wszystkich czterech powiek i zmętnienie rogówek (*pannus trachomatous*), szczególnie prawej, której tylko $\frac{1}{4}$ wewnętrzna dolna pozostała jeszcze przezroczysta, do tego uformował się *strabismus conv.* prawej gałki. Chora operowana była 3 razy: najprzód na obu górnych powiekach zrobiłem operację *trichiasis* sposobem G r ä f e'go, następnie usunięto zawrót dolnych powiek wycięciem poprzecznych w nich fałd, naostatek w prawym oku jednocześnie wykonałem irydektomię wraz z strabotomią. Rezultat operacji był jaknajlepszy, wzrok znakomicie się polepszył i nawet ogólny stan chorej, tyloletnie moralnie dręczacej się, znacznie się poprawił. Po przecięciu mięśnia prostego (*m. rect. interni*) zyz jednak nie zupełnie usuniętym został, lecz mogła być widzialną sztuczna źrenica, co było głównym zadaniem operacji. Recydywy nie widziałem do dziś dnia u żadnego z operowanych chorych.

Do liczby operacji dokonanych na powiekach, zaliczam usunięcie a przynajmniej znaczne zmniejszenie szpetności twarzy z powodu t. zw. *blepharoptosis congenitalis* (*blephaptosis*, C a r r o n) górnej powieki. W ciągu mej oftalmicznej praktyki obserwowałem tę wadę organiczną powiek 4 razy:—u pewnej kobiety w Szczerbinówce niedaleko miasta Ejska na Kaukazie, u żołnierza i felczera (W a s i l j e w) w tyfliskim szpitalu i obecnie u 27-letniego szeregowca (Łukasz Runow). Mam u siebie rysunek oka wyglądającego u podobnego indywiduum, lecz takową wadę organiczną dość żywo przedstawił w kilku rycinach A m m o n w swym atlasie, a więc tam odnoszę czytelnika. Pozwalam sobie wyrzec kilka słów, opierając się na widzianych przezemnie wypadkach. R o s a s twierdzi, iż podobna wada zależy od wielkiej długości skóry górnej powieki. Co do mnie to tylko u kobiety, u której wada była obustronna, skóra powiek tak była długa, iż zdawało się że takowe były obrzęknięte, skóra nawet wisiła nad oczami przykrywając rzęsy, co bardzo szpeciło tę niby ospałą przy podjętych do góry brwiach, która ciągle trzymała zarzuconą w tył głowę aby mózdz widzieć. U 3 mężczyzn, u których wada organiczna była tylko jednostronna, w lewej górnej powiece nie podobnego nie znalazłem, zmierzona długość obu górnych powiek okazała się jednakową. Zdaje mi się przeto sprawiedliwem twierdzenie B e g e r'a i A m m o n'a, iż tu musi istnieć brak rozwoju pewnych części powieki i bardzo być może, że to jest wadą organiczną *m. levatoris palp.*, C a f f e powiada, iż go zupełnie może brakować, gdyż przy największym staraniu takie indywidua zaledwo cokolwiek podnoszą powiekę, a i to jak przekonałem się za pomocą mięśnia czołowego. Sekcyj w podobnych razach nie było jeszcze robiono. Wiadomo już, iż podobne organiczne wady zdarzają się spadkowo u obu płci lub jednej, otóż i u kobiety stwierdziłem rzeczywistość tego, mówiła mi, że jej ojciec i dziad mieli także same powieki. Jednocześnie opisują przytem inne wady organiczne oka, jak *microphthalmos*, *strabismus etc.*, ja zaś tylko znalazłem pierwszego żołnierza na opadniętym powieku rodzimą fioletowego koloru plamkę (*teleang.*) tuż nad punktem łzowym, miała długości 1^{'''}, szerokości 1/2^{'''}, u ostatniego nadzwyczajnie małą była głowa (*microcephalia*¹⁾). Lecz u wszystkich podobnych subiektów przekonałem się o mniejszej ostrości wzroku w porównaniu z okiem zdrowym, oftalmoskopem nie wykryto żadnej różnicy w dnie oka, w dwóch tylko razach tarcza nerwu optycznego zdawała się być nieco zmniejszoną, a więc mniejsza ostrość wzroku przy zwiężonym polu widzenia pochodziła być może od jakiegoś niezupełnego rozwoju siatkówki (*amblyopia cong.*). U felczera naprzykład, który wieczorem wcale nie mógł pracować, *s. oc. dxt.* = 1/3 1/2, *s. oc. sin.* = 1/10 (*blepharoptosis*), u Runowa *s. oc. dxt.* = 1/1, *s. oc. sin.* = 1/2. Opadnięta powieka zakrywa górną połowę lub nawet 2/3 źrenicy, przeto tym okiem można tylko widzieć co się dzieje u dołu, źle się widzi przed sobą i nic zgoła u góry, chyba podnieść powiekę za pomocą palca przy staraniu bowiem podnieść takową muskułem oko zawraca się do góry. U wszystkich 3 mężczyzn w celu zmniejszenia zniepodobnia-

1) Głowa miała w obwodzie 50 cent., była najmniejszą ze wszystkich głów chorych leczonych w szpitalu. Chory z trudnością dobierał sobie czapkę.

jącego położenia powieki i odkrycia zakrywanej źrenicy wycinałem poprzeczną fałdę skóry w powiece na tyle szeroką aby odkryć dolne $\frac{2}{3}$ źrenicy, ma się rozumieć zamierzony cel osiągał się zawsze, lecz i tak skrócona powieka nie lepiej się podnosiła, coby miało miejsce, gdyby twierdzenie K o s a s a było sprawiedliwem. We wszystkich tych wypadkach opadnięcie powiek, jak powiedziałem, było niecałkowite, takowa bywa bardzo rzadko. odrysował go A m m o n w 3-im zeszytcie swego atlasu na pierwszej tablicy.

O d c i ę c i e m i ę s a k a g ó r n e j p o w i e k i (*sarcoma teleangiectodes palp. sup.*). Józef Olszewski, stolarz 26-letni. przybył 22 lutego z Ostrowa, prosząc o odcięcie guza rosnącego na górnej prawej powiece. Zbadaliśmy go wraz z kol. J a n i s z e w s k i m. Opowiada, iż przed 6 tygodniami pokazała się na samym brzegu powieki czerwona krostka „jak mak a później stała się podobna do porzeczki,” kilkakrotnie była zdzierana i pękała, przyczem oddzielała się krew, czasami w „ilości naparstka”. Pomimo to nowotwór rósł szybko, przybierając kształt i wielkość laskowego orzecha, szypułka nieco węższa od guza i wyrasta tuż nad rzęsami w zewnętrznej połowie górnej powieki. Różowo-fioletowego koloru guz był miękki, elastyczny i ruchomy: powierzchnia gładka, błyszcząca jakby pokryta błoną śluzową, a która po stwardnieniu preparatu w spirytusie okazała się zcieńczoną skórą powieki, na wierzchołku nowotworu strup w skutek częstego rozdrapywania. Guz nie zakrywa źrenicy, lecz wisząc nad gałką (przyczem zasłania zewnętrzną połowę białkówki), przeszkadza patrzeniu na zewnętrzną stronę. Wziąwszy powieki między palce, jednym cięciem C o o p e r o w s k i e h nożyczek odciąłem nowotwór; rana znacznie krwawiła pomimo posmarowania jej *liq. sesquichlor. ferri*, tak że musiałem podwiązać w niej tętniczkę. Oko opatrzone zostało opaską i chory natychmiast wyjechał do domu. Przyznam, iż nowotwór miał wygląd naczyńniaka (*teleangiectasiae*), a do tego dość często obficie krwawił, lecz po jego rozcięciu okazało się, iż był więcej mięsakiem, tkanka przezroczysto-miękka miejscami była białawą, miejscami szarawo-różowego koloru, w środku nowotworu znajdowało się jakby niewielkie apoplektyczne ognisko. Mikroskopiczne badanie (prof. B r o d o w s k i e g o) potwierdziło rozpoznanie (*sarcoma parri globocellulare*) z tą tylko różnicą, że w mięsaku znajdowali się liczne sploty naczyń (*teleangiectasiae*), z których tak często bywały krwotoki i które symulowały wynaczynienia krwi w nowotworze. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Termometr jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu i rokowaniu w chorobach.

Podług Prof. W u n d e r l i c h a.

Opracował Dr Mazurkiewicz.

Środki pomocnicze i metody różne być mogą do oznaczenia własnego ciepłika człowieka. Aby uniknąć błędów w obserwacjach należy znać wszechstronnie prawidłą i w badaniu takowe zachować. Nie zawsze jedna metoda wśród rozmaitych okoliczności jest

dobrą i stosowną. Jest rzeczą pewną, że bez dokładnych obserwacji żadnych użytecznych rezultatów osiągnąć nie można i przeciwnie byłoby błędem żądać we wszystkich wypadkach jednej metody niezachwianej doskonałości i takową zastosowywać. Zawsze należy mieć wzgląd na cel badania. Jeżeli jedynie idzie o prędkie wyśledzenie czy człowiek ma gorączkę lub nie, albo jeżeli ma gorączkę w jakim to jest stopniu, aby się w tym względzie zaspokoić dosyć poprzestać na powierzchownych spostrzeżeniach.

W celu zaś praktycznym, to jest dla oznaczenia stanu i przebiegu choroby, dalej dla oznaczenia diagnozy i prognozy to się wymaga większej staranności, jednak co się tyczy częstotliwości i dokładności mierzenia termometrem, te winny być zastosowane do szczególnych okoliczności chorego. Dokład o diagnozie oznaczonej nie ma żadnej wątpliwości, przebieg choroby regularny, to wtenczas wystarcza chociażby nie bardzo dokładne oznaczenie ciepłota. Omyłka pół stopnia nieprzechodząca jest bez znaczenia. Jeżeli się stosowne godziny obiera, to dwurazowe mierzenie dziennie jest dostateczne.

Lecz w zwykłej praktyce kiedy termometr ma rozstrzygać wątpliwą diagnozę i prognozę, albo jeżeli ma stanowić kontrolę nad działaniem terapeutycznym, to się wymaga większej dokładności i częstotliwości w obserwacjach, jednak i tu nie zważa się na 1 lub 2 dziesiąte stopnia.

Ale jeszcze większej dokładności i częstotliwości mierzenia wymaga się wtenczas, kiedy z obserwacji mamy wyprowadzać ogólne prawa lub wyprowadzone krytykować. Odpowiedni nacisk winien być położony na częstotliwość dziennego powtarzania mierzenia jak i na zewnętrzną dokładność pojedynczych mierzeń. Małe błędy od 1 do $\frac{2}{10}$ a nawet i większe nie uważa się, jeżeli mamy sprawdzać wielkie liczby mierzenia i gdy w podobnych stanach choroby nie absolutną wysokość, lecz przebieg ciepłota za cel obserwacji obraliśmy.

Zbyt rzadkie mierzenia w pewnym wypadku pokażą niedokładny pogląd na przebieg temperatury.

Nasuwają się nakoniec pytania czysto naukowe, aby na nie dokładnie odpowiedzieć, należy unikać najmniejszego błędu w obserwacjach, gdyż najmniejsze zboczenie może być stanowczą chwilą.

Wprawdzie absolutna nieomyślność nie istnieje a najmniej można jej się spodziewać w poszukiwaniu praktycznym. Nie można żądać nieomyślności ale się kontentować tem co można osiągnąć.

Środki oznaczające ciepłota są różnego rodzaju i każdy według okoliczności może być użyty.

Oznaczenie ciepłota za pomocą ręki jest bardzo niepewne. Nawet wieloletnie za pomocą instrumentów kontrolowane ćwiczenie łatwo mylić może. Jeżeli ręka zimna to nie jest zbyt wrażliwą na ciepłota zwierzęcy a najwprawniejszy może się mylić o pół a nawet o cały stopień. Zawsze jednak potrzebne jest dotykaniem ręką skóry chorego, aby mieć wyobrażenie tą drogą powierzchowną o ciepłota własnym i ząd wnioskować czy potrzebne jest mierzenie. Jeżeli ręką badamy ciepłota, to nie przestawać na twarzy chorego, lecz wypada i okryte miejsca dotykać, gdzie podwyższony ciepłota dokładnie poznamy.

Najpewniejszy rezultat osiągniemy za pomocą narzędzi.

W praktycznym zawodzie lekarskim najlepszy termometr z żywem srebrem, lepszy aniżeli termometr ze spirytusem.

Warunki dobrego termometru z żywem srebrem dla badania chorób są:

Zbiornik (*reservoir*) metalu nie powinien być ani wielki, ani mały, jeżeli jest za wielki to cierpi na tem czułość, jeżeli za mały to nie przystaje dobrze do miejsc. Przekięciowo około 1 cent. zdaje się być najodpowiedniejszy. Forma kulista zdaje się być lepszą aniżeli cylinder. Forma półkulista z dnem płaskim jest wygodna dla badania powierzchni skóry, ale wydaje niedokładne i nieużyteczne rezultata. Szkło zbiornika nie powinno być zbyt cienkie aby się łatwo nie tłukło. Rurka narzędzia powinna mieć od góry do dołu równy kaliber, tak wązki ażeby odległość między $\frac{2}{5}$ stopniami jeszcze bez trudności oko mogło podzielić na połowy i ćwiartki. Długość rurki winna być tak wielka aby stopnie najmniej 12 centim. od zbiornika były oddalone by wygodnie na aplikowanym narzędziu mogły być wyczytane. Dla dogodności w podróży termometr nie powinien być długi. Długość rurki na ten cel dostateczna taka, aby cokolwiek wystawała nad umieszczeniem żywego srebra i aby tyle stopni obejmowała ile w żyjącym człowieku tychże znajduje się. Może zatem nulpunkt znajdować się w zbiorniku. Dosyć będzie długości, jeżeli rurka odpowie stopniom 24—36 lub najwyższy 20—40 R. (= 30—45 vel 25—50 C.), a gdy przytem 28 R. stopień (= 35 C.) 12 centim. jest od zbiornika oddalony.

Tylko wymienione stopnie należy na skali oznaczać czy to według podziału Reaumura lub Celsiusza, zaś Fahrenheita podział dawniej używany dziś na stałym łądzie zapomnianym został.

Najważniejszy warunek aby narzędzie było dokładne. Dokładność termometru bywa niekiedy źle zrozumiana. Dokładność zaś zależy na jednostajności kalibru rurki nie zaś na oznaczeniu. Zapewne potrzebne jest i markowanie dokładne, lecz błędy w oznaczeniu łatwo dają się poprawić. Należy więc narzędzie przy każdym stopniu ciepłika porównywać z tak zwanym termometrem normalnym i różnicę stopni ostatniego notować aby przy użyciu przedsięwziąć redukcję. Jeżeli różnica we wszystkich stopniach jest równa, to wiemy ile stopni mamy do narzędzia dodać lub odjąć, tym sposobem otrzymamy tak pewne rezultata, jak gdybyśmy samego termometru użyli. Na tej zasadzie można i tańszych termometrów używać. W takim tylko przypadku jeżeli rurka ma zły kaliber lub stopnie niejednostajnie oznaczone tak dalece, że omyłki przy każdym stopniu są wielkie, natenczas narzędzie będzie nieużyteczne. Zresztą najlepsze narzędzie z oznaczeniem najpoprawniejszym w pierwszych latach po wyjściu z fabryki musi być kilka razy próbowane a raczej należy je kiedy niekiedy próbować jak długo używamy go w celu lekarskim. W szkłe powstają przez długi czas małe odmiany jego stanu skupienia aż nastąpi spoczynek, jeżeli kiedy być może. Przez to zmienia się kaliber, osobliwie zbiornika i stać się może, że termometr początkowo z dokładną skalą po pół roku różni się o wiele centygramów. Może przyczyniają się manipulacje do celów lekarskich, nacisk na kulę, że objętość zbiornika w biegu czasu ulega zmianie. Przynajmniej należy w klinikach używane termometra często na nowo regulować.

Skoro tylko miarzeniem nie otrzymano rzetelnej temperatury, to wypada na nowo wypróbować narzędzie, aby się przekonać czy niepostrzeżone uszkodzenie tegoż nie było powodem do niedokładnego pokazywania ciepłika. Raz użyty termometr u chorego powinien o ile można pozostać przez bieg choroby i w notach obserwacyjnych historii choroby numer użytego termometru należy zapisać. Tym sposobem będziemy pewni, jeżeli narzędzie okaże się dokładnym, że poczynione obserwacje są pewne.

Dlatego potrzeba więcej mieć termometrów dobrych. W praktyce prywatnej pozostawia się takowy u każdego chorego, u którego potrzeba robić ciągle obserwacje. W lazaretach ułatwia się obserwacje jeżeli tyle jest narzędzi, że wszystkim w sali będącym na raz narzędzie się pozakłada. Zaś jeden normalny termometr służy za kontrolę, jednak ten należałoby od czasu do czasu z innym pewnym normalnym termometrem porównać (z fizycznego gabinetu lub meteorologicznego instytutu). Jednak mając wprawę i niejaki doświadczenie, to przekonamy się łatwo z rezultatów czy mierzyliśmy złym lub dobrym termometrem.

Są jeszcze inne termometra w praktyce lekarskiej używane jako to: termometr metastatyczny *W a l f e r d i u a*. Dalej aparat termoelektryczny. *B e c q u e r e l* najprzód go używał w doświadczeniach fizyologicznych, a który *D u t r o c h e t* udoskonalił. Także termograf *M a r e y a*, lecz najlepszy termometr z żywym srebrem, co do praktyk lekarskiej.

Miejsce aplikowania narzędzia nie zawsze być może to samo. Lekarz może mieć zamiar zmierzyć ciepłik miejscowy lub całego ciała. Najstosowniejsze miejsce do mierzenia ciepłika jest pod pachą, tu wkłada się termometr bardzo łatwo i choremu nie robi żadnej przykrości. Jednak u osób wychudłych, jako też niespokojnych w tym miejscu mierzenie jest niepewne i temperatura pod pachą cokolwiek jest niższą aniżeli w wie'u innych miejscach.

Trzymanie w ręku termometru niepewne mierzenie. Także w ustach niepewne, mianowicie w cholerze, gdzie jest niższy stopień ciepłika aniżeli w innych miejscach. Przez oddech powietrze się w ustach oziębia, jednak są wypadki że tylko usta mogą być użyte do mierzenia ciepłika, np. kiedy chory jest w kąpieli lub obwinięty.

Mierzenie w odbytnicy przez niektórych zalecane jest nieprzyzwoite i połączone z wielu trudnościami, wyjąwszy nowonarodzone zbyt małe dzieci lub bardzo wychudłe indywidua w tych wypadkach mierzenie wspomniane miejsce mieć może. Tęm mniej przyzwoite mierzenie w pochwie, jeżeli szczególne wypadki tego wymagają, natenczas i to miejsce używa się. *S e v i e r* mierzył w dole podkolanowym.

Sposób aplikowania termometru wiele stanowi co do zapewnienia rezultatów lub osłabienia ich z mierzenia odniesionych.

Jeżeli się pod pachą mierzy, to należy mieć na uwadze co następuje:

Najprzód pachę oczyścić z potu i wysuszyć, potem ściśniętą przez niejaki czas trzymać nim się narzędzie założy. Termometr najprzód w rękę się cokolwiek rozgrzewa, potem głęboko pod pachą kładzie i mocno ramieniem przyciska do klatki piersiowej (ramię skierowane być winno do brodawki piersi).

Jeżeli termometr nie leży dobrze i mocno, chory niespokojny, śpiący lub wychudnięty, to obserwator powinien sam trzymać termometr, a przynajmniej uważać aby narzędzie na miejscu pozostało nieporuszone.

Można jednak na pewno wnioskować z prędkiego lub powolnego podnoszenia się żywego srebra, czy do znacznej wysokości się podniesie lub nie i już po kilku sekundach z przybliżenia wniesć czy jest gorączka i jakiego stopnia.

Punkt w którym żywe srebro pozostaje w spoczynku rzadko po 10 minutach, najczęściej dopiero w 15, niekiedy w 20 a niekiedy i później, dalej nie postępuje. Jeżeli obserwacja ma być dokładna, to termometr powinien jeszcze kilka minut dłużej pozostać w swoim miejscu. Można obserwację skrócić ale kosztem niepewności a to jeżeli narzędzie przed użyciem ogrzane do pewnego stopnia. W takim wypadku może być mierzenie w kilku minutach skończone, lecz rezultat z wielu przyczyn bywa niepewny. Pewniejszy w bardzo wysokiej temperaturze aniżeli w niskiej.

Jeżeli w odbytnicy lub w pochwie, to należy wprowadzić żywe srebro głęboko około dwóch cali.

Jeszcze niektóre ostrożności należy zachować przy mierzeniu. I tak: jeżeli bezpośrednio przed mierzeniem pacjent był pod wpływem niezwykłych wrażeń, miał wypróżnienie stolcowe, krwotok, wymioty, spożywał pokarmy lub pił zimną wodę w znacznej ilości, pocił się, na to wszystko uwagę zwrócić należy, gdyż te okoliczności zmniejszają temperaturę.

Temperatura zewnętrznego powietrza podczas mierzenia nie wiele znaczy, gdyż po największej części robi się w mało różniącej się powietrza temperaturze, to jest w pokoju chorego (15—18°). Tylko jeżeli podczas gorącego lata temperatura powietrza także i w pokoju znakomicie jest wysoka, to należy mieć na nią wzgląd. Także stan barometru przy obserwacjach temperatury chorego jest bez znaczenia.

Należy nie tylko dni miesiąca ale i godziny dnia w których się robi obserwację dokładnie notować, bez tych bowiem wszystkie obserwacje na nic się nie przydadzą.

Najstosowniej w biegu choroby o ile możności w tych samych godzinach mierzyć i to dwa razy dziennie, najlepiej rano między 7 a 9 godziną w czasie przypuszczalnej najwyższej temperatury. Jeżeli się zaś spostrzeże, że w innych porach dnia remisja i exacerbacja mają miejsce, to mierzenie w tę porę przenieść należy.

Jeżeli jest ważny wypadek lub specjalne wydarzenie, to w 2 lub 3 godziny mierzyć wypada mianowicie w ciężkich ostrych przebiegach choroby i to z początku codziennie, ażeby wynaleźć czas zmniejszenia i podwyższenia; dalej należy mierzyć każdego w razie jeżeli się na chorym ważne zjawiska pokażą.

Ażeby bieg temperatury w chorym dokładnie poznać, to dwurazowe dziennie mierzenia niewystarczają. Należy przynajmniej 6 a nawet i więcej dziennie robić mierzeń. Najstosowniejsze godziny 7—8, 9—10 rano i 12—1 w południe, 3—4, 6—7, 10—11 po południu, do których jeszcze nocne obserwacje dodać należy, jeżeli gorączka jest wielka. Gdy zaś nagle zmiany temperatury w jakiej chorobie nastąpią, np. w czasie gwałtownej krysis, podczas febry przepuszczającej, to w poł godziny a nawet nieustanne obserwacje jedynie mogą przebieg objaśnić.

Takie wymagania w prywatnej praktyce rzadko dają się uskutecznić, lecz należy je robić jeżeli chcemy o prawie przebiegu choroby wyrokować.

Zadanie, kto ma mierzenie odbywać nie jest łatwe. Jakkolwiek mierzenie powinien lekarz chorego leczący lub zaufany jego pomocnik odbywać, aby dokładne rezultata osiągnąć, to jednak trudno zadaniu zadosyć uczynić, albowiem wiele czasu zajmuje, więc kilku dziennie obserwacji robić nie może. Jedynie w ciężkich ostrych wypadkach dwa razy dziennie może lekarz uskutecznić w prywatnej praktyce, a jeżeli na to czas mu nie pozwala, to nie powinien brać takiego chorego w kurację. Wymawianie się lekarza w podobnym wypadku na brak czasu byłoby to samo, jak gdyby akuszer dla braku czasu w ciężkich porodach końca nie chciał czekać.

To jest pewne, że żaden lekarz zbyt zajęty, w małych wypadkach dwa razy dziennie, tembardziej w ciężkich 6—8 razy dziennie mierzyć nie będzie i nie może.

Lecz powinien wiedzieć kto i jak mierzenie odbywa, aby miał wiadomość o patologicznej termonomii, by otrzymane rezultata mógł kontrolować.

Każdy pewny, poczciwy człowiek mający dobry i bystry wzrok może się w krótkim czasie nauczyć mierzenia. Zadaniem lekarza nie jest manipulacja, lecz nadzór nad leczeniem, kontrolowanie i sprawdzanie. Jak podawanie lekarstwa nie stanowi leczenia, tak czytanie stopni termometru nie robi diagnozy.

Na stacyach astronomicznych wykonywają się termometryczne i inne obserwacje przez takich, którzy żadnego interesu w tym nie mają. Człowiek uważny, dobrej woli bez wiadomości lekarskich mniej nieraz popełni błędów w mierzeniu aniżeli sam lekarz. Nieraz badacz lekarz widzi rzeczy jego planom odpowiednie, których nie ma. Dlatego pewni, dobrze wyuczeni posługacze przy chorych mogą być użytemi jak nierównie w prywatnej praktyce krewni rozsądni do mierzenia termometrem. Ztąd można widzieć krewnych z jaką troskliwością aplikują swym chorym termometr, nieraz aż do znudzenia. Zapewne wszyscy, którym się powierza mierzenie powinni być dobrze pouczeni. Każda opieszałość zaniedbanie spostrzeżone należy zaraz usunąć mierzyciela, sam nawet lekarz powinien być tak obeznanym z tem czego się spodziewać może, co się tyczy termometrycznych rezultatów, że każde zboczenie daje powód do podejrzenia i wymaga powtórnego mierzenia.

Metoda dla osiągnięcia użytecznych rezultatów jest różna według okoliczności i celów.

W prywatnej praktyce używa się zawsze do mierzenia miejsce pod pachą osuszoną i wolną od bielizny, gdzie lekarz sam zakłada narzędzie lub na kwardans przed przyjściem lekarza zaleca krewnym chorego aby termometr powyższym sposobem zaaplikowali. Skoro się włoży termometr pod pachę, w tej chwili należy na zegarek patrzeć a dopóki leży narzędzie lekarz egzaminuje chorego, sledzi puls, język i t. d. Po dwóch minutach ogląda termometr czy się szybko podniósł i czy jeszcze dobrze leży. Odtąd co trzy minuty ogląda znowu termometr, a jeżeli po trzech minutach żywe srebro się nie podnosi więcej, to można narzędzie wyjąć i obserwacja skończona. Ponieważ w prywatnej praktyce często nie uważa się na wysokość temperatury, to można bez wielkiej szkody obserwacje wcześniej skończyć, chociażby parę dziesiątych jeszcze wyżej podniosło się żywe srebro. Tak się ma jak i z pulsem czy chory 80 lub 84 kontrakcyi serca pokazuje na minutę, w praktycznym względzie zupełnie jest rzeczą obojętną, to samo czy 100 lub 104, 140 lub 150. Równie w prywatnej praktyce nie uważa się na kilka dziesiątych temperatury. Lekarz tylko powinien wiedzieć, gdzie i kiedy na tem zależy a gdzie nie. Ztąd zaleca się w prywatnej praktyce poprzednie ogrzanie termometru, które za pomocą zapalki prętko się osiąga. Przez to skróca się mierzenie do kilku minut, wprawdzie nie otrzymujemy dokładnych rezultatów, ale w prywatnej praktyce są zadawalujące. Gdzie sobie życzymy np. we wszystkich gorączkach, w przepuszczających febrach częstych mierzeń, których lekarz wykonać nie jest w stanie, to się zdaje to działanie posługaczom rozsądnym a w prywatnej praktyce krewnym. Jeżeli z manipulacjami są obeznani to kazać im parę razy pod kontrolą własną robić obserwacje. Kiedy lekarz sam robi mierzenie, które mu się niepewne zdaje, osobliwie kiedy się coś niezwykłego wydarzy, to powinien powtórnie mierzyć i za każdym razem rezultata zapisać i godzinę mierzenia zanotować jak i czas na mierzenie obrócony.

Podobne spostrzeżenia nie można jako prawidła termometryczne uważać, lecz są bardzo pomocne w praktyce. Gdyby nawet nie więcej z tego dowiedzieć się nie było można jak tylko w czasie, w którym remisya i egzacerbacja powstają i według tego dalsze odwiedzanie chorego odbywać to już wiele się zyskało. Z tych spostrzeżeń można następne wnioski wyprowadzać, przez nie wczesnie obrót uważać, którego poznanie wielkiej jest doniosłości.

W oddziałach wielkich szpitali metodyczne postępowanie dla oszczędzenia czasu jest droższe aniżeli w prywatnej praktyce. Najprzód dla regularnego mierzenia należy codziennie pewny czas oznaczyć. Nim lekarz wejdzie na salę powinny być termometry wszystkim chorym pozakładane. Lekarz winien się przekonać czy narzędzia są pozakładane, poprawić gdzie potrzeba. Tymczasem robi dalsze wizyty, a od czasu do czasu zwraca uwagę na położenie narzędzi. Jeżeli narzędzie leży wolno u którego chorego, to posługacz powinien go trzymać. Po 20 minutach pomocnik lub rozsądny posługacz ogląda szybko jeden po drugim termometry i stopień ciepła notuje. W tym czasie termometry pozostają w swem położeniu dopiero w 5 minut później lekarz sam kontroluje zrobione spostrzeżenia. Jeżeli rezultata się nie zgadzają z poprzednio podanemi, to narzędzie jeszcze

dłużej leżec winno dopóki się już dalej nie podniesie. Tym sposobem można na jednej sali więcej jak 20 łóżek mającej, z największą pewnością mierzenie u wszystkich chorych w pół a najdalej w trzy kwadransy ukończyć i inne obserwacje w tym czasie robić. Jeżeli o więcej nie chodzi jak o termometryczne obserwacje, to po skontrolowaniu położenia narzędzia, lekarz może przejść do innych sal i dopiero po odczytaniu stopni wrócić do pierwszej sali. Tym sposobem może w przeciągu godziny więcej jak 50 wypadków zmierzyć i obserwacje zanotować czy te były robione w celu praktycznym lub teoretycznym. Przytém cały przebieg choroby z wszelkimi zбочeniami i zmianami spisać, gdyż najwierniejsza pamięć żaden najżywszy obraz i opowiadanie jak najnaturalniejsze nie dają tak pewnego i jasnego wyobrażenia o rzeczy, jak opisanie, tembardziej obiega choroby, także wypowiedzieć czy mierzenie robiono według *Reaumur* a lub *Celsius* a.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Zeszyt 3-ci „Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej” wyszedł z druku i do dzisiejszego Nr-u Gazety 1^oP. Prenumeratorom dołączonym został. Zamyka on w sobie: 1) Medycyna sądowa, opracowana przez Dra med. St. Witkowskiego. 2) Choroby kobiet (Gynaekologia), przez Dra Grulla. 3) Dentystyka, przez Alexandra Schellera. 4) Ostre choroby zakaźne, przez Dra A. Fabiana (z Suchedniowa). 5) Fiziologia, przez Dra A. Stockmanna. Pismo to ma na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich jej gałęziach i we wszystkich krajach. Prenumerata na to pismo wciąż się przyjmuje w Redakcyi Gazety Lek. i we wszystkich księgarniach w Warszawie. Cena roczna: 1) dla prenumeratorów Bibli. Um. Lek. i Gazety Lek. rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gazety Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pismu powyższych rsr. 8.

— Apomorfin¹⁾. Apomorfin $C_{17}H_{17}NO_2$ (według analizy Schering'a) została otrzymana w roku 1869 przez Matthiesena i Wright'a z morfiny a później i z kodeiny przez traktowanie takowych kwasem siarczanym lub solnym. Nowy ten alkaloid przedstawia się jako biała, niekrystaliczna masa, która z kwasem solnym daje sól bezwodną $C_{17}H_{17}NO_2 HCl$, zdolną do krystalizacji. Rzeczona zasada wystawiona na działanie powietrza barwi się szybko na zielono przez przyjęcie tlenu i rozpuszcza się wtedy tylko częściowo w wodzie, której nadaje piękną barwę szmaragdową. Alkohol zabarwia zielono eter i benzol różowopurpurowo, chloroform fioletowo. W wyżej przytoczonym połączeniu z kwasem solnym apomorfin jest łatwo w wodzie rozpuszczalny. Od morfiny różni się większą rozpuszczalnością w wodzie, szczególnie zawierającej kwas węglany, dalej łatwą rozpuszczalnością w alkoholu, eterze i chloroformie. Gryzące alkalia w roztworach soli kwasu solnego dają biały osad, który w nadmiarze łatwo się rozpuszcza i przyjmuje barwę czarną. Pod działaniem chlorku zelaza powstaje zabarwienie ciemno ametystowe, azotan srebra szybko jest redukowanym, kwas azotny wywołuje zabarwienie krwiste, które przy ogrzaniu blednieje. Ten produkt rozkładu morfiny (*Berichte des deutsch. chem. Gesellsch. zu Berlin, Bd IV. N. 2*) posiada w wysokim stopniu własności wywołujące wymioty; dowiodły tego doświadczenia tak na psach i kotach (wstrzykiwanie podskórne) jak i na człowieku. Dawka jaką u ludzi stosowano wahała się pomiędzy 0,003 a 0,011 grmm. Podawana w większych dawkach apomorfin wywoływała ten sam skutek, nie okazując przytém takiego działania jak emetyk, wymiotnica i t. p. środki. Używanie środka w mowie będącego przedstawia tę korzyść, że nawet bardzo mała jego ilość podskórnie wstrzyknięta wywołuje pożądany skutek. Doświadczający nie widzieli przytém nigdy miejscowego podrażnienia lub innych nieprzyjemnych objawów w miejscu zastrzyknięcia. Wstrzykiwania dokonywane w najrozmaitszych częściach ciała wywoływały zawsze skutek.

¹⁾ W Gazecie lekarskiej z r. 1870, T. IX, Nr 6 pag. 96 podaliśmy w kilku słowach sposób otrzymywania i działania tej nowej zasady; obecnie pospieszamy przedstawić szanownym czytelnikom wyciąg z obszerniejszej pracy w tym przedmiocie.

Korzyść stosowania środka wymiotnego w postaci podskórnego wstrzykiwania jest widoczną w praktyce dziecięcej a nawet i u dorosłych w wypadkach otrucia, w stanie omdlenia, bezprzytomności i t. d., zwłaszcza, że apomorfina rozwija swą działalność po użyciu, często bez objawów zapowiadających, już po czterech a najdalej po 16 minutach. Po jedno lub kilkorazowych wymiotach następuje znowu zupełnie prawidłowy stan ustroju. Co się tyczy przewodu pokarmowego, który często w dosyć nieprzyjemny sposób wciągnięty bywa w współcierpienie przez inne środki wymiotne, w tym razie, pomijając sam akt wymiotów, pozostaje nietkniętym i niezauważono nigdy przytem boleści żołądka, biegunek, stanów gastrycznych i tym podobnych przypadłości. Przetwór angielski jest dotąd jeszcze najlepszy i najpewniej działający, pochodzi z fabryki J. F. Macfarlan w Edynburgu i nosi nazwę: *Hydrochlorate of Apomorphina*, $C_{17}H_{17}NO_2HCl$). Dawka apomorfiny w postaci podskórnego wstrzykiwania wynosi 0,02 na jedno wstrzyknięcie. Roztwór bierze się w stosunku 1 : 50, a z tego $\frac{1}{2}$ strzykawki, bacząc że strzykawka zawiera 1,0 roztworu. Wymioty następują już w 7 minutach po zastrzyknięciu.

(*Apotheker-Ztg.* N. 3 i 5, 1872).

— Nerwoból nerwu przeponowego. Pod tą nazwą wprowadza Dr Michel Peter do neuropatologii dotąd nieznaną a przynajmniej nieopisaną formę nerwobólu, która wcale nie rzadko występuje a symptomatologię swą zawdzięcza wielu znanym sprawom chorobowym jak: *angina pectoris*, *pleuritis diaphragmatica*, *pericarditis*, i *hepatitis*. Charakterystycznymi objawami tego cierpienia są: 1) bóle idiopatyczne, umiejscowione głównie w dolnej części klatki piersiowej, w barku, mniej już w szyi i karku a wzmagające się za naciskiem. 2) Punkta bolesne, odpowiadające przebiegowi nerwu przeponowego; przy przednim przyczepie przepony od 7 do 10 żebra, szczególnie przy 9, przy tylnym przyczepie głównie w kącie ostatniego żebra. Dalej punkta bolesne leżą na przedniej stronie mięśnia dźwigacza przedniego, w części bocznej 2 i 3 odstępów międzyżebrowego, szczególnie w miejscu połączenia trzeciego żebra z odpowiednią chrząstką, gdzie leżą rozgałęzienia nerwu. 3) Bóle promieniące. Przy cierpieniu spletu szyjowego ukazują się te bóle na powierzchni wewnętrznej części obojczykowej średniej i z boku szyi; przy cierpieniach spletu ramionowego, w barku, na powierzchni wewnętrznej ramienia, łokcia i paluszka. 4) Bóle w okolicy wyrostków ciernistych począwszy od 2 aż do 4 kręgu szyjowego. 5) Zaburzenia czynnościowe w oddechaniu, żuciu, połknięciu i poruszaniu lewego barku. Co się tyczy rozróżnienia tej sprawy chorobowej od innych, to przedewszystkiem zwraca autor uwagę na trudność odróżnienia od reumatyzmu przepny. *Pleuritis diaphragmatica* przebiega z gorączką a objawy jej są daleko groźniejsze. Ten sam stosunek zachodzi przy cierpieniach serca, tylko tutaj budzi podejrzenie ból w barku. Od dusznicy bolesnej możemy rzeczoną sprawę chorobową odróżnić na zasadzie nieobecności bojaźni i miejscowych objawów serca. W końcu nerwoból międzyżebrowy, z którymbyśmy rzeczoną sprawę zmieszać mogli, ma zwykle swe siedlisko w średnich odstępach międzyżebrowych. Co się tyczy etiologii, to zaznaczyć wypada, że nerwoból nerwu przeponowego występuje niekiedy sam, od czasu do czasu skomplikowany cierpieniami jak maciemietwem, padaczką, dusznicą bolesną, chorobą *Ba s e d o v'a*, cierpieniami śledziony, głównie zaś chorobami miazmatycznymi i wątroby. Odpowiednio tym stosunkom zmienia się i rokowanie, jest ono pomyślne, gdy nerwoból występuje samoistnie. Leczenie stosujemy jak w nerwobólach w ogóle: wezykatorye, morfina podskórną, gorczyczniki; gdy cierpienie jest tylko objawem, wtedy samo się przez się rozumie uwagę naszą winniśmy zwrócić na główną chorobę.

(*The Clinic*, N. 7, Vol. 2, 1872).

— Leczenie moczocięku w skutku rozszerzenia cewki moczowej u kobiet za pomocą kwasu chromnego. Tym sposobem udało się Dr. Kinnny wyleczyć dwa wypadki o których mowa, w trzecim zaś, który był skomplikowany guzem naczyniowym cewki, nastąpiło znaczne polepszenie. Roztwór kwasu chromnego w tym celu używany był zawsze silnie stężonym—1 część kwasu na 1 część wody. Sposób zastosowania jest następujący: po dostatecznym osuszeniu części i po namazaniu tkanek sąsiednich oliwą wprowadza się do cewki moczowej pędzelek z szarpia napojony rzeczonym roztworem i przyżęga. Po kilku dniach oddziela się słaby strup, poczem cewka szybko kurczy się poczyną. Skoro tylko cewka się zwężyła a zapalenie błony śluzowej w skutku przyżęgania ustąpiło możemy wypadek uważać za wyleczony, w każdym zaś razie stan chorób znacznie się polepsza.

(*The medical record*, Nr 126).

G. K.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1872 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ściśle naukowym kierunku. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z dniem 1 lipca 1872 r. zaczyna się tom trzynasty. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośnieniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każyty (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich. w półroczu przyszłym 1872 wydawaną będzie.

Pismo to ma na celu: a) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, i b) ciągle śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich, rozpada się na trzy działy: Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieli tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873 r.) wynosi rsr. dziesięć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się bezpłatnie. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i oddzielnie sprzedaje się po rsr. 6.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

3) Przegląd Postępów Nauki Lekarskiej.

„Przegląd” prac za rok 1870 jest już na ukończeniu. Przegląd zaś za rok 1871 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziela mi wyżej wyliczonemi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1871 obejmuje również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1871 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1873. Cena rsr. 1.

Pod prassą:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bezpośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczte pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.
