

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne
po kop. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pis-
mem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Dr. Turkiewicz. Leczenie Massażem.

Hoża № 28 od godz. 4—6.

6—3

Do Zarządów lecznic, domów zdrowia, zakładów wód mineralnych i t. d.

Ponieważ osoby poszukujące porady w lecznicach wybierające się do wód lub pragnące
odbyć kurację w domu zdrowia, zwracają się po objaśnienie do aptek które w bardzo wielu przy-
padkach nie są w stanie zaspokoić żądania, Redakcyja **Wiadomości farmaceutycznych** postanowiła
ogłosić drukiem wszelkie informacje pozostające w związku z powyżej wymienionemi okoliczno-
ściami. Objaśnienia te wyjdą jako dodatek bezpłatny dla wszystkich prenumeratorów **Wiadomości**.
Cena za wiersz 10 kop. podobnie jak ogłoszenia zwykłe. Ogłoszenia przyjmowane będą tylko do
dnia 1 Kwietnia i oprócz powyżej wymienionych zawierać będą doniesienia o specjalności pp. le-
karzy, zmianie mieszkania i t. p.

Adres: 45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

2—2

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-^{ra} E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesar skim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia,
kału i t. d. (Chmielna 32).

0—3

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwno
**KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,
OCHRYPIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.**

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są

JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 12 pastylek jak różnie przepis dla użycia takowego

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAÏNTE-MENHOULD

wymagać Marki fabrykowanej

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się odycha przejmują się wzyewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecaną. Są one niezbędne dla palących tytoniu, dla osób nadciężających głos i dla tych których zatrudnienia wystarczają ich na skutki kurzu i szkodliwych rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczonej.

(Należy wymagać)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

ROCZNIK MEDYCyny KRAJOWEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza

Vice-prezesa Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Rok IX—1887, w dwóch częściach, z których

I. zawiera **Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego** za II-ie półrocze 1885 r.

II. (oprawna) **Rocznik lekarski**, którego treść stanowią: Przegląd ważniejszych i najnowszych leków: ich działanie, dawka i sposób użycia. Odrutki. Tabela porównawcza skali 3-eh ciepłomierzów. Dawkowanie ważniejszych leków dla dzieci. Największe dawki ważniejszych leków dla osób dorosłych. Leki podskórnie stosowane i ich dawkowanie. Mieszanki zniżające ciepłotę. Sposób pisania wagi dziesiętnej i porównanie jej z apteczną. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, cechujący ich skład chemiczny, wskazania do ich użycia z podaniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Ważniejsze kąpiele morskie, zakłady wodolecznicze i stacje klimatyczne. Ważniejsze zdrojowiska lecznicze, kąpiele morskie i stacje klimatyczne w Cesarstwie Rossyjskiem. Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia. Opatrunek przeciwniepalny dla lekarza praktykującego na prowincyi. Wzory opisu badania zwłok pod względem sądowo-lekarskim, a mianowicie: I. Wzór obdukcji dorosłego człowieka. II. Wzór obdukcji przy otruciu i III. Wzór obdukcji noworodka. Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. Dziennik z kalendarzem na r. 1887. Alfabet do zapisywania adresów. Tabela do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. Ogłoszenia. Cena obu części I rs. 20 kop. w mieście, z przesyłaniem pocztą I rs. 35 kop. Skład główny u D-ra J. Rogowicza, Nowogrodzka 26. Nabyć również można w Redakcyjach wszystkich czasopism lekarskich i w znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. REJCHMAN. O miejscowym wpływie chlorku sodu na wydzielanie soku żołądkowego. — II. W. CZUDOWSKI. Wytłaczanie płodu przy wydobywaniu go kleszczami. — III. BR. ZIEMIŃSKI. Podmiotowe oznaczanie statycznej refrakcji oka za pomocą retinoskioskopii. — Odcinek. Z. KRAMSZTYK. O pewności w leczeniu [Dokończenie]. — *Notatki lekarskie.* 4. ALEKSA. Ciekawy przypadek krwioplucia. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Komitet kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia D-ra MIANOWSKIEGO. — Odpowiedzi Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O MIEJSCOWYM WPŁYWIE CHLORKU SODU NA WYDZIELANIE SOKU ŻOŁĄDKOWEGO.

Przez

Mikołaja Rejchmana.

Powszechnie przyjęty pogląd, że chlorek sodu, przy miejscowym działaniu na żołądek, pobudza wydzielanie soku żołądkowego, zachęcił mnie do bliższego zbadania tej kwestyi. Dotychczas, o ile mi wiadomo, jeden tylko badacz, mianowicie LERESCHE wykazał, że sól kuchenna, w dawkach od 5—30 grm. zmniejsza kwaśność zawartości żołądka ¹⁾. LERESCHE badania swoje wykonywał na gastrotomizowanym człowieku, któremu przez przetokę wlewał przed śniadaniem rozmaitej mocy roztwory soli kuchennej i tą samą drogą zawartość z żołądka wyciągał.

Przedsięwzięte przezemnie w tej kwestyi doświadczalne badania wykonywałem u osób naczczo będących w sposób następujący. Przedewszystkiem przekonywałem się za pomocą zgłębnika, czy żołądek osoby, u której doświadczenie miało być wykonywane, jest zrana naczczo pusty, czy też nie. W pierwszym razie wprost do doświadczenia przystępowałem, w drugim zaś razie dokładnie przedtem żołądek czystą wodą przepłukiwałem i pozostałość wodną za pomocą aspiratora wyciągałem. Następnie, w celu przekonania się o natężeniu wydzielania soku żołądkowego u danej osoby, dawałem jej do wypicia 200 ctm. sze-

¹⁾ Patrz pracę HERZEN'a: *Altes und Neues über Pepsinbildung, Magenverdauung und Krankenkost.* 1885. str. 35.

ściennych wody przekroplonej ciepłoty pokojowej ¹⁾, pozostawiałem takową w żołądku przez 10—15 minut, poczem zawartość z żołądka wyciągałem i badałem ją pod względem ilości, odczynu, *resp.* stopnia kwaśności, siły trawiennej i t. p. Nazajutrz taż sama osoba wypijała mniej lub więcej stężony roztwór soli kuchennej, który w żołądku pozostawiałem również na 10—15 minut, poczem wyciągniętą za pomocą zgłębnika zawartość żołądkową w podobny sposób badałem. Wyniki moich badań przedstawiają następujące dane.

I. Ch. mężczyzna, 56 lat, *gastritis chronica c. dilatatione mod. gr.*, przed każdym doświadczeniem żołądek dokładnie przepłukiwano. Doświadczenia były wykonywane w porządku takim, w jakim tutaj są przedstawione.

1) Ch., wypił 200 ctm. sześciennych wody przekroplonej; po 15 minutach wyciągnąłem z żołądka sto kilkadziesiąt centymetrów sześciennych płynu żółtawego, wodnisto-śluzowego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,025%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie bez CIH słabe, z CIH dobre.

2) 200 ctm. sześciennych 10% roztworu soli kuchennej; po 15 minutach wydobyto 325 ctm. sześciennych płynu gęstego, trudno przesączającego się, bezbarwnego, lekko opalizującego, zawierającego dużo galaretowatego śluzu, odczyn kwaśny, stopień kwaśności 0,007%, kwasu solnego wykryć za pomocą odczynników nie można, sztuczne trawienie bez zakwaszenia bardzo słabe, z CIH znacznie lepsze.

3) 200 ctm. sześciennych 5% roztworu soli kuchennej; po upływie 15 minut wydobyto 210 ctm. sześciennych płynu gęstego, zawierającego dość dużo śluzu, lekko żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,007%, kwasu solnego za pomocą odczynników wykryć nie można, sztuczne trawienie bez CIH bardzo słabe, z CIH trochę lepsze.

1) W celu pobudzenia błony śluzowej żołądka do wydzielania soku, używa się w mej pracowni wody destylowanej, nie lodowej, lecz pokojowej ciepłoty. Przekonałem się bowiem, że wyniki zależące od ciepłoty wody bardzo mało pomiędzy sobą się różnią, a za używaniem wody ciepłoty pokojowej przemawiają względy praktyczne.

O PEWNOŚCI W LECZENIU.

V.

Wnioski, wyciągane z pojedynczych spostrzeżeń, z pojedynczych przypadków, jeszcze nie wyczerpują wszystkich danych, na których pewność działania naszego oprzeć możemy. I wnioski takie pojedyncze, odosobnione, mają ważne strony ujemne. Jeżeli długo wlokąca się choroba ustąpiła prędko, natychmiast po zastosowaniu lekarstwa, to wielkie jest prawdopodobieństwo, że ustąpiła i skutkiem lekarstwa, ale nie ma pewności. Poprawa czy wyzdrowienie mogły nastąpić z innych, nieznanych nam przyczyn, a przypadek mógł sprawić, że ten zwrot nastąpił jednocześnie z zadaniem lekarstwa. Napad jaskry może niewątpliwie ustąpić sam przez się, bez żadnego współdziałania lekarza; jeżeli w krótkim czasie po wkropleniu ezeryny zastanę oko wolnem od napadu, to jeszcze

4) 200 ctm. sześciennych 2,5% roztworu soli kuchennej; po 15 minutach wydobyto 155 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,02%, odczyn na kwas solny niewyraźny, sztuczne trawienie bez zakwaszenia i z ClH słabe.

5) 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 15 minutach wydobyto 100 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,0365%, odczyn na kwas solny wyraźny; sztuczne trawienie bez zakwaszenia słabe, z zakwaszeniem dobre.

6) 200 ctm. sześciennych 5% roztworu soli kuchennej; po 15 minutach wyciągnięto 220 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, gęstawego, opalizującego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,01%, odczyn na kwas solny niewyraźny, sztuczne trawienie bez zakwaszenia bardzo słabe, z zakwaszeniem znacznie energiczniejsze.

7) 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach wyciągnięto 155 ctm. sześciennych płynu wodnistego, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,0335%, odczyn na kwas solny wyraźny, peptonu 0; sztuczne trawienie bez zakwaszenia dość dobre, z zakwaszeniem bardzo dobre.

8) 200 ctm. sześciennych 1% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach wydobyto 100 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, bezbarwnego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,04%, odczyn na kwas solny wyraźny; sztuczne trawienie bez ClH słabe, z ClH lepsze.

9) 200 ctm. sześciennych 10% roztworu soli kuchennej, po 10 minutach wyciągnięto 250 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, żółtawego, odczynu obojętnego; przezroczysty przesącz nie mąci się od dodania kwasu octowego, lecz wyraźnie mętnieje po zagotowaniu, lub też dodaniu kwasu azotowego.

II. Sz. mężczyzna, 34 lat, *gastrosuccorrhoea*, przed każdym doświadczeniem żołądek dokładnie przelukiwano.

10) Wypił 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 15 minutach

nie mam pewności, czy te dwa zjawiska przypadkowo tylko się zbiegły, czy też jedno było skutkiem drugiego. Ale jeżeli chory będzie z przerwami, w pewnych odstępach czasu, wkraplał ezerynę; jeżeli po każdym wkropleniu napad ustąpi, a po pewnym czasie powróci, żeby zniknąć znowu jednocześnie z zastosowaniem środka, to mam prawo coraz bardziej wierzyć, że istotnie ezeryna jest przyczyną tych zmian pożądaných i ostatecznie zyskuję pewność zupełną.

Tak samo, gdy chory, długo trwającym katarem łącznicy dotknięty, po kilkorazowym użyciu cynku wyzdrowieje, to przypuszczam, że cynk go uleczył, ale pewności mieć jeszcze nie mogę. Gdy katar wraca, ilekroć chory zaniedba użyć lekarstwa, a po każdym użyciu nazajutrz oczy znowu się nie lepia, to po kilkakrotnych takich zmianach nabywam pewności zupełnej co do działania cynku u chorego.

Tę samą zupełną pewność zyskuję, jeżeli działanie stwierdzę wielokrotnie nie u jednego chorego, lecz w bardzo wielu przypadkach podobnych; im bardziej krytycznie oceniałem działanie środka w każdym pojedynczym przypadku, im więcej takich przypadków spostrzegałem, z tem większą o działaniu środka twierdzić mogę pewnością i tem śmielej mogę o swoich wnioskach zawiadamiać innych. Porównyując szczegółowo przypadki, w których środek okazał się bezwład-

wydobyto 110 ctm. sześciennych plynu gęstego, żółto-zielonego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,14%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie dobre.

11) 200 ctm. sześciennych 10% roztworu soli kuchennej; po 15 minutach wydobyto 240 ctm. sześciennych plynu wodnisto-śluzowego, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,03%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie bez ClH słabe, z ClH nieco lepsze.

12) [Po dwutygodniowym leczeniu przepłukiwaniami i dyjetą].

200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach wydobyto 235 ctm. sześciennych plynu wodnisteo, bezbarwnego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,025%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie bez dodania ClH dość dobre.

13) 200 ctm. sześciennych 10% roztworu chlorku sodu; po 10 minutach wydobyto 350 ctm. sześciennych plynu wodnisto-śluzowego, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,007%, sztuczne trawienie po zakwaszeniu bardzo słabe.

III. K. mężczyzna, 21 lat, *dyspepsia*?

14) 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach wydobyto 30 ctm. sześciennych plynu bezbarwnego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,08%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie dobre.

15) 200 ctm. sześciennych 5% roztworu soli kuchennej, po 10 minutach wyciągnięto 110 ctm. sześciennych plynu z lekka żółtawego, wodnisteo, kwaśnego, stopień kwaśności 0,05%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie bez dodania ClH dość dobre, z ClH energiczniejsze.

IV. O. mężczyzna, 58 lat, *gastritis chronica*.

16) Trzykrotnie w ciągu trzech z rzędu dni wypijał po 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach w każdym doświadczeniu wyciągano plyn wodnisty odczynu obojętnego, po zakwaszeniu sztuczne trawienie odbywało się, ale słabo.

17) 200 ctm. sześciennych 1% roztworu chlorku sodu; po 10 minutach wydobyto plyn śluzowo-wodnisty, odczynu obojętnego.

nym, albo gdzie wpływ swój wywarł tylko połowicznie, mogą zwolna dojść do wielkiej biegłości w stosowaniu danego lekarstwa i mogą już z góry przypuszczać, o ile mu wierzyć. Ponieważ nie zawsze te różnice w przypadkach dokładnie się dają uchwycić i zanotować, ale pewne niewyraźne wrażenie zostawiają w pamięci, więc w ten sposób wyrabia się rodzaj instynktu na własnym, nie łatwo udzielać się dającym, doświadczeniu opartego, który stanowi główną siłę starszych, a dobrze obserwować umięających, lekarzy.

Niedosyć więc zliczyć przypadki, w których środek podziałał i te, w obec których okazał się bezwładnym, bo w takim liczeniu znika cały tak urozmaicony obraz choroby, stan chorego przed zastosowaniem środka i stan jego ostateczny wyrażać się będą tylko przez jednostki. Jeżeli dwa równe czynniki działają na siebie, to wynik tego działania musi być zawsze jednakowym. Jeżeli więc wynik jest różny, to albo przypadki nie były identycznymi, albo zastosowanie środka odmiennem. W pamięci postrzegającego lekarza, albo w opisach dokładnych, możemy odnaleźć te różnice i zużytkować. W statystyce te wszystkie poboczne warunki znikają i dlatego korzystanie z niej bezporównania mniejszy przynosi pożytek. W najlepszym razie statystyka daćby mogła tylko matematycznie wyrażone prawdopodobieństwo działania środka. Taką formułą ani

V. G. kobieta, 60 lat, *gastritis chronica c. atonia ventriculi*, przed każdym doświadczeniem żołądek przepłukiwano.

18) Wypiła 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach wydobyto 60 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, bezbarwnego, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,007%, peptonu 0, sztuczne trawienie po zakwaszeniu dość dobre.

19) 200 ctm. sześciennych 1% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach wydobyto kilka ctm. sześciennych gęstego, śluzowego płynu, odczyn kwaśny, stopień kwaśności 0,005%.

20) 200 ctm. sześciennych 2% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach, wydobyto 120 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, z lekka żółtawego, kwaśnego stopień kwaśności 0,005%, kwas solny wykryć się nie daje, peptonu 0, sztuczne trawienie bez zakwaszenia nadzwyczaj słabe, z zakwaszeniem słabe.

21) 200 ctm. sześciennych 5% roztworu chlorku sodu; po 10 minutach wydobyto 220 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, żółtego, odczynu obojętnego, sztuczne trawienie po zakwaszeniu słabe.

VI. S. mężczyzna, 26 lat, *dyspepsia? coprostitis ex atonia intestinorum*.

22) Wypił 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach wydobyto 25 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,01%, kwasu solnego wykryć nie było można, peptonu minimalne ślady, sztuczne trawienie po zakwaszeniu dobre.

23) 200 ctm. sześciennych 1% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach wydobyto nieco płynu śluzowego, odczynu kwaśnego [?].

24) 200 ctm. sześciennych 5% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach wydobyto 15 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, żółtego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,005%.

VII. K. kobieta, 26 lat, *colitis chronica*.

25) Wypiła 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 10 minutach wydobyto 50 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, żółtawego, kwaśnego, stopień

w działalności swojej lekarz kierować się nie powinien, ani ona naukowych dążeń jego nie zadawała. Bo ostatecznem dążeniem naszym, gdy nad działaniem środków lekarskich rozmyślamy, jest zrozumienie tego działania i największą pewność co do działania środków mamy wtedy, gdy je rozumiemy.

Że ślepy po operacji katarakty widzi i że widzi skutkiem operacji, nie wątpię, przedewszystkiem dlatego, że tu działanie swoje zupełnie rozumiem. Jeżeli człowiek zdaleka nie widzi, a po włożeniu okularów wzrok mu się poprawia, to wiem, że tę poprawę zawdzięcza okularom, a wątpić o tem nie mogę przedewszystkiem dlatego, że całą sprawę rozumiem. I ile razy szukamy dla przykładu metod leczniczych, co do których mamy pewność zupełną, to nam zawsze nasuną się na pamięć te metody, które rozumiemy.

Rozumiemy metody leczenia, gdy one, jak w powyższych przykładach, mają wyłącznie mechaniczne, albo fizyczne, a więc w każdym razie zupełnie przez rozum objąć się dające, działanie. Ale rozumienie w postępowaniu lekarza nie tylko do takich kapitalnych metod się ogranicza. Po wpuszczeniu w oko atropiny źrenica się rozszerza. Działanie atropiny nie jest ani w części tak jasnem, jak działanie szkieł wklęsłych, ale ostateczny wynik jest aktem mechanicznym, którego znaczenie w przypadkach chorobowych będzie mi zrozumiałem. Jeżeli

kwaśności 0,06%, odczyn na kwas solny wyraźny, peptonu minimalne ślady, sztuczne trawienie bez dodania ClH dość dobre, z ClH dobre.

26) 200 ctm. sześciennych 5% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach wydobyto 250 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, żółtego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,014%, odczyn na kwas solny słaby, peptonu ślady, sztuczne trawienie bez zakwaszenia bardzo słabe, z zakwaszeniem lepsze, ale także słabe.

27) 200 ctm. sześciennych 10% roztworu soli kuchennej; po 10 minutach wydobyto 210 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, odczynu obojętnego. W przesączu po zagotowaniu lub też po dodaniu kwasu azotowego powstaje zmętnienie, po dodaniu zaś kwasu octowego płyn pozostaje przezroczystym.

VIII. R dwudziestokilkoletni zdrowy mężczyzna.

28) Wypił 200 ctm. sześciennych wody destylowanej; po 15 minutach wyciągnięto 105 ctm. sześciennych płynu wodnisteo, nieco żółtawego, kwaśnego, stopień kwaśności 0,0365%, odczyn na kwas solny wyraźny, sztuczne trawienie po dodaniu ClH dość energiczne.

29) 200 ctm. sześciennych 10% roztworu soli kuchennej; po 15 minutach wydobyto 220 ctm. sześciennych płynu wodnisto-śluzowego, żółtego, odczynu obojętnego, sztuczne trawienie po zakwaszeniu słabe.

Z powyższych doświadczeń wynika, że roztwory soli kuchennej zarówno w zdrowych jak i w chorych żołądkach powodują ważne zaburzenia w czynności wydzielniczej. Przedewszystkiem rzuca się w oczy fakt, że po wypiciu zarówno słabszych jak i mocniejszych roztworów soli kuchennej, zawartość żołądka posiada mniejszy stopień kwaśności, niż po wypiciu czystej destylowanej wody i to o tyle mniejszy, o ile roztwór był silniejszy, tak, iż używając roztworów coraz mocniejszych, dochodzimy do tego, że zawartość żołądka traci swój odczyn kwaśny, staje się obojętną [5—10% roztwory chlorku sodu]. Drugim ważnym faktem jest zwiększenie się w żołądku ilości płynnej zawartości po wypiciu mocniejszych roztworów soli kuchennej. To zwiększenie ilości płynu powstaje widocznie w mniejszej części wskutek zwiększonego wydzielania śluzu, a głównie

przy zapaleniu tęczy atropiną źrenicę rozszerzę i uniknę przyrostów, to wiem, jak dodatni wpływ wywarłem na wynik choroby, a wiem nie tylko przez porównanie z przypadkami nieleczonemi, zaniedbanemi, ale wiem przedewszystkiem dlatego, że rozumiem.

Tak samo pojmuję wpływ środków wymiotnych, przeczyszczających, wpływ pewnych leków na warunki krążenia; wogóle najlepiej rozumiemy te przypadki, których działanie jest mechaniczne.

Ale wcale nie zawsze farmakologiczne działanie środka rozwiąże mi zagadkę jego wpływu na chorobę, jeżeli nawet wpływ ten jest wyraźnym i wątpliwości nie ulega. Jeżeli zdrową łącznicę posmaruję roztworem azotanu srebra, łącznica brzmięje, czerwieni się i strupem pokrywa, oko boli i łzawi. Te wiadomości nie posłużą mi ani trochę do zrozumienia wpływu azotanu srebra na łącznicę, która sprawą zapalną jest dotkniętą.

Zrozumienie dokładne działania lekarstwa jest więc szczytem pewności i najlepszą wskazówką dla stosowania środka, jest wreszcie naturalnem i koniecznem dążeniem umysłu ludzkiego, który nie tylko chce mieć pewność faktyczną, zawsze pragnie jeszcze zrozumieć.

Ale na tym właśnie punkcie lekarz najbardziej musi być ostrożnym, bo bar-

wskutek domieszki cieczy zawierającej w swym składzie ciała białkowe. W tych doświadczeniach, w których ilość wydobytej z żołądka zawartości znacznie przewyższała ilość wypitego roztworu, można było się przekonać, że śluz, który swobodnie jako oddzielny kłęb w cieczy pływał, nieznaczną tylko część przewyżki stanowił. Po przesączeniu, w wodnistej cieczy, śluzu za pomocą kwatu octowego wykazać nie było można, a natomiast za pomocą gotowania, jak również przez dodanie kwasu azotnego, wykrywano w niej dość znaczne ilości białka. Trzecim faktem uwagi godnym jest to, że po wypiciu roztworu soli kuchennej zawartość żołądka przy odczynie bardzo słabo kwaśnym, a nawet obojętnym zawiera pepsynę, o czym przekonywa nas sztuczne trawienie po odpowiedniem zakwaszeniu płynu kwasem solnym, które, jakkolwiek [prawdopodobnie wskutek obecności znacznej ilości chlorku sodu] idzie bardzo opieszale, jednakże się powoli odbywa. Przytoczone fakty zniewalają do wniosku, że po wypiciu roztworów chlorku sodu, następuje w żołądku, jednocześnie z wydzielaniem soku żołądkowego, przesięg surowiczy, który posiadając odczyn ługowy zobojętnia kwas soku żołądkowego. O ile roztwór chlorku sodu jest mocniejszy, o tyle większy powstaje przesięg, o tyle również bardziej zobojętnia się sok żołądkowy.

Ostateczne więc wnioski, do jakich niniejsze wyniki upoważniają, są następujące:

1) Chlorek sodu przy działaniu miejscowem nie pobudza wydzielania soku żołądkowego.

2) Chlorek sodu przy działaniu miejscowem zmniejsza stopień kwaśności soku żołądkowego, a być może, że w pewnym stopniu ogranicza nawet wydzielanie tego soku. Skutek ten sprawiają nie tylko mocne [5%—10%], ale i słabsze roztwory [1%—2%].

3) To zmniejszenie kwaśności soku żołądkowego powstaje głównie wskutek przesięgu z naczyń błony śluzowej żołądka, a w mniejszej części, być może, wskutek zwiększonego wydzielania śluzu. To ostatnie jednak przypuszczenie

dzo łatwo ludzimy się, że rozumiemy ostatecznie chorobę i działanie środka, gdy dopiero z niepewną hipotezą mamy do czynienia.

Wiara w środki lekarskie, z teoretycznych wynikająca poglądów, jest z pewnością najważniejszym powodem złudzeń w leczeniu; największe, najgubniejsze błędy w terapii na tem polegały, że lekarze sądzili, iż działalność swoją rozumieją.

Przystępując do obserwacji jakiegokolwiek, a przede wszystkim chcąc ocenić działanie środka lekarskiego, musimy zawsze zapomnieć o teorii jego działania, jeżeli się ludzi nie chcemy. Teoryja ma prawo, ma nawet obowiązek polecać lekarzowi środki nowe. Lekarz je powinien oceniać, zapomniawszy o teorii, a skoro go środki zawiodą, teoryja przy ich stosowaniu opierać się nie może, chociażby skutkiem tego miała runąć zupełnie. Gdyby naprawdę teoryja obserwacji nie mąciła, to upusty krwi przy zapaleniu płuc albo oczu tak długo utrzymałyby się nie mogły. Jeżeli przekonam się, że jakiś środek działa z pewnością, to muszę do teorii udać się po objaśnienie, ale teoryja zoczy ze swego stanowiska, jeżeli działającego środka wyrzec mi się każe, dlatego, że go nie rozumie.

jest wątpliwe, bo nigdy w wyciąganej z żołądka zawartości nie znajdowaliśmy śluzu w rozpuszczeniu, lecz w postaci oddzielnego szklistego kłęba, który chyba w tym stanie nie mógł się przyczynić do zubożenia soku żołądkowego.

W niniejszej pracy przedstawiliśmy wyniki badań nad miejscowym, bezpośrednim wpływem roztworów chlorku sodu na wydzielanie błony śluzowej żołądka. Mówiąc jednak wogóle o wpływie soli kuchennej na wydzielanie soku żołądkowego, powinniśmy uwzględnić i działanie pośrednie, jakie wywiera chlorek sodu po dostaniu się do krwi na narząd wydzielniczy żołądka. Sądząc z doświadczeń САHN'a ¹⁾, z których wynika, że zawartość żołądka u zwierząt, karmionych pokarmem pozbawionym chlorków, posiada odczyn bardzo słabo kwaśny, a nawet obojętny, musimy przypuścić, że chlorek sodu po dostaniu się do krwi ważny dodatni wpływ wywiera na wydzielanie kwasu, *resp.* soku żołądkowego. Oprócz tego zbadać należy jak się zachowuje czynność wydzielnicza żołądka bezpośrednio po opuszczeniu tego narządu przez roztwory solne rozmaitej mocy i na koniec jakie zmiany w tej czynności nastąpią po długotrwałem przyjmowaniu przez chorych chlorku sodu, w rozmaitych dawkach i w różnem rozcieńczeniu. Te dwie ostatnie kwestyje będą stanowiły przedmiot dalszych moich badań. Tymczasem zaś, opierając się na wynikach przytoczonych w tej pracy doświadczeń, chciałbym zwrócić uwagę na to, że przy leczniczem stosowaniu roztworów chlorku sodu [*resp.* słonych wód mineralnych] przy chorobach żołądka, należałoby się nad tem zastanawiać, czy przepisywać mocniejsze czy słabsze roztwory, czy chorzy powinni je przyjmować naczczo czy po jedzeniu, czy wprowadzać je należy do żołądka, czy też do krwi przez odbytnicę i t. p..

¹⁾ Die Magenverdauung im Chlorhunger. Zeitschr. f. physiolog. Chemie. X. 6. 1883.

Zasada aseptyki, czystości bezwzględnej przy operacjach, zmieniła niewątpliwie chirurgię i ważną dla niej stanowi epokę, ale niezmierną, nieprzewyższoną prawie trudność dla lekarza przedstawia ocena ze stanowiska lekarskiego, klinicznego, środków pojedynczych, antyseptycznych.

Nie wszystkie operacje katarakty przed kilkunastu laty kończyły się ślepotą, owszem ogromna ich większość, może 90 na sto dawała pomyślne wyniki. Jeżeli więc dziś do operacji przystępuję, to nie wiem, czy mój pacjent, gdybym środków antyseptycznych zaniechał, należałby do 90 wybranych czy do 10 nieszczęśliwych. Z pomyślnego wyniku operacji nie mogę więc żadną miarą wnosić o tem, czy w danym przypadku środki antyseptyczne skutek swój sprowadziły, czy też były obojętne, to jest niepotrzebne. Przy ścisłem zastosowaniu metody także nieszczęśliwych przypadków dotychczas stanowczo nie unikamy, ale jest ich mniej, mniej o kilka odsetek. Teoryja pasorzytnicza zgodzić się musi, że samo usunięcie gąbek i szarpi wpływ na tę różnicę wywrzeć musiało, a więc część tej różnicy w odsetkach od działania właściwych środków antyseptycznych odpada. Pozostałe więc tylko 2 albo 3% przypadków na chwałę kwasu bornego, kwasu karbolowego, spirytusu, sublimatu i jodoformu. Każdy lekarz się zgodzi, że ani jego własna, choćby najrozleglejsza obserwacyja, ani statystyka dokładnie nie oce-

II. WYTŁACZANIE PŁODU PRZY WYDOBYWANIU GO KLESZCZAMI.

Podał

D-r Wacław Czudowski,

[Rzecz czytana w Smoleńskim Towarzystwie Lekarskiem dnia 28 Grudnia 1886 r.]

Wydobycie kleszczami główki płodu, przy sprzyjających zresztą warunkach, napotyka na trudności, jeżeli nie nastąpiło dostateczne pochylenie główki; pomimo kilku silnych pociągnięć, główka nie podaje się dlatego, że kleszcze przeszkadzając pochylaniu, utrudniają jej przystosowanie się. FRITSCH¹⁾ więcej niż inni autorowie zwraca uwagę na tę okoliczność; podług niego łyżki kleszczowe, leżąc na przedniej części główki i tem samem silniej na tę część działając, powodują obniżenie ciemienia, wtedy potylicca zostaje przyciśniętą do spojenia łonowego, lub do górnej części łuku łonowego, czoło zaś napotyka przeszkodę w końcu kości krzyżowej, lub w górnej, twardej części dna miednicy. Bez kwestyi, silnem pociąganiem w tych warunkach można wyprowadzić główkę, lecz zwykle zdarzają się przy tem znaczne rozdarcia krocza¹⁾. Rozumie się, że przy dostatecznie silnych bólach porodowych i dosta-

¹⁾ Klinik der geburtsbülflichen Operationen. str. 81

²⁾ L. c. str. 82. FRITSCH cytuje przypadek podobnego rodzaju, którego następstwem był nieulezalny ból ogonowy (*coccygodynia*).

ni, który z tych środków i w jakim stężeniu, jakim sposobem użyty, lepsze daje wyniki. A jednak żadna może metoda nie ma tak ścisłych przepisów, żadna może nie jest tak szematyczną, jak właśnie metoda antyseptyczna. Sama ta pewność dowodzi²⁾ najlepiej, że lekarze nie mają możności przeprowadzić ścisłych, porównawczych, klinicznych doświadczeń. Każda zmiana w metodzie antyseptycznej nie z kliniki wychodzi, lecz przez teoretyczne badanie została wyprowadzoną i kategorycznie zaleconą lekarzom. Ta pewność, jednostajność w postępowaniu, nadaje metodzie charakter kodeksowy, charakter nakazu; taka pewność dowodzi tylko, że albo lekarz stanowczo objął wszystkie warunki, które na zawiłą sprawę leczenia się składają, albo przynajmniej, że bezwzględnie pojęciem swym wierzy.

Wszystkie zasady, jakie podać można, ażeby klinicznemi sposobami ocenić pewność w działaniu lekarstw, mają tylko wartość przybliżoną; zastosowanie tych zasad w każdym przypadku napotkać musi, a przynajmniej może, na rozmaite trudności i w bardzo wielu przypadkach sąd nasz pozostanie chwiejnym. Ale taż sama chwiejność powtarza się na każdym polu ludzkiej wiedzy i ludzkiej działalności; pewność bezwzględna jest tylko ideałem, do którego na wszystkich tych polach ludzkość dąży i którego zapewne nigdy nie osiągnie. Lekarze stosować będą zawsze i stosować muszą środki, których działania nie są pewni, ale naukę prawdziwą budować można tylko na trwałym fundamencie, na pewnych wynikach.

Zygmunt Kramsztyk.

tecznej sile tłoczącej, działającej w kierunku osi płodu i wpływającej na pochylanie się główki, łatwo przemódz te trudności; wystarcza w przeciągu kilku bólów poczekać z rozluźnianiem kleszczami; okaże się iż wtedy małe ciemie, które pomimo pociągań skierowanych ku dołowi, nie obniżało się, stoi znacznie niżej i wtedy wyprowadzenie główki będzie łatwym. Lecz cóż robić, jeśli bóle są słabe, lub wcale ich nie ma i stosowanie wszelkich, w takich razach używanych środków, okaże się bezskutecznem?. Pozostaje wytłaczanie płodu. Nie raz przekonałem się o bezskuteczności wytłaczania, gdy takowe było robionem przez pomocników, bardzo zaś odpowiadającym celowi okazał się sposób, który po raz pierwszy niedawno zastosowałem w poniżej opisanym przypadku. Myśl tego sposobu nie jest nową, lecz o ile wiem, dotąd w tej postaci wytłaczanie nie było stosowanem.

Pani K. 32-lat. Badając ją przed pięciu laty, znalazłem małą pochyloną naprzód macię, z szyją stożkowato wydłużoną. Prof. A. KRASOWSKI, którego porady chora zasięgała z powodu niepłodności, nie radził jej leczyć się, jak twierdzi chora, bo wątpił o możliwości szczęśliwego porodu [prawdopodobnie, mając na względzie niedostateczny rozwój macicy].

W Marcu roku zeszłego K. zaszła w ciążę; wymiary miednicy: **Sp. I.** — 24 ctm., **Cr. I.** — 27 ctm., **Tr.** — 34 ctm., **C. ext.** — 22 ctm. Po ciąży prawidłowej, 3 Grudnia rozpoczął się poród. Okres otwarcia trwał 12 godzin przy względnie słabych bólach. Główka stała wysoko w miednicy w wymiarze poprzecznym z potylicą zwróconą na lewo. Tak przeszło 8 godzin bóle ciągle słabnące ustały zupełnie, rozcieranie dna macicy, wytłaczanie, ułożenie rodzącej na lewym boku nie doprowadzało do żadnego wyniku. Na trzy palce poniżej pępka wyczuć było można pierścień ściągnięcia (*Contractionsring*); pozostawało tylko założenie kleszczy. O 10-tej rano przy współudziale kolegów STROGANOWA i DASZKIEWICZA, przystąpiłem do wydobycia płodu za pomocą kleszczy. Nałożyłem kleszcze w lewym wymiarze ukośnym i skutecznie zwrot główki, dalej jednak główka nie posuwała się, pomimo tego, że szew strzałkowy zbliżał się do wymiaru prostego wyjścia miednicy i że starałem się obniżyć potylicę, robiąc trakcyjne ku dołowi. Zrobiłem 5 takich bezskutecznych pociągnięć. Wytłaczanie stosowane przez pomocników pozostało bez skutku. Wtedy położywszy lewą rękę od zewnątrz na pośladkach płodu i naciskając, czułem w prawej ręce, ściskającej lekko główkę w kleszczach, wyraźne obniżenie się główki, odpowiadające każdemu naciskaniu na pośladki, następnie, łącząc pociąganie kleszczami z jednoczesnym naciskaniem na pośladki, prędko i łatwo byłem w stanie wywiązać główkę. Rozmiary główki dziecka były następujące: **FO** — 12 ctm., **BP** — 10 ctm., **BT** — 9 ctm., **MO** — 13 ctm., *Circumfer.* 37. Łatwo zrozumieć, że w danym przypadku naciskanie na pośladki, działając w kierunku osi płodu, pomagało pochylaniu się główki, a tem samem i jej kształtowaniu się.

Oprócz tego w Styczniu w dwóch przypadkach zmuszony byłem nakładać kleszcze przy słabych bólach, w obu razach przy wymiarach prawidłowych miednicy. W jednym — główka płodu stała przez 3 godziny w wymiarze prostym wyjścia miednicy, w drugim — w jamie miednicy w lewym wymiarze ukośnym i od zupełnego otwarcia macicy przeszło 6 godzin. W obu razach zwykłem

wytłaczaniem nie byłem w stanie przyspieszyć porodu, bicie serca zaś płodu słabło tak, że trzeba się było obawiać zamarcia płodu. Stosując pociąganie kleszczami tylko jedną ręką przy jednoczesnem naciskaniu drugą na pośladki, jeszcze raz się przekonałem, że ilość siły potrzebnej do skutecznego pociągania podczas bólów, znacznie się zmniejsza, przy pociąganiu zaś w ten sposób, w czasie wolnym od bólów, nawet przy stosowaniu niewielkiej siły, główka posuwa się szybko naprzód, gdy przy zwykłym pociąganiu w tych warunkach nawet przy użyciu większej siły główka mało się podaje. We wszystkich trzech przypadkach używałem kleszczy SIMPSON'a. Powyżej opisany sposób daje się równie dobrze zastosować tak przy poprzecznem, jak i przy ukośnem położeniu rodzącej.

Zdania o wytłaczaniu płodu są podzielone. MARTIN ¹⁾, HUETER ²⁾, SCHROEDER ³⁾ i KLEINWÄCHTER ⁴⁾ widzą w niem sposób pobudzania bólów porodowych i dopomagania czynności tłoczni brzusznej. Inni zaś, jak FRITSCH ⁵⁾, SPIEGELBERG, a w szczególności BIDDER ⁶⁾ są zdania, że cała istota wytłaczania polega na sile działającej w kierunku osi płodu; ta pozorną różnicą, da się prawdopodobnie objaśnić tem, że pierwsi mówią o sposobie KRISTELLER'a, za pomocą którego można chyba tylko wzmocnić działanie tłoczni brzusznej, lub też, massując dno macicy, wywołać jej skurcze, drudzy zaś stosowali wytłaczanie inaczej, t. j., działając na jeden określony punkt płodu, gdzie tym sposobem siła tłocząca działa najłatwiej w kierunku osi. Do tego celu wystarcza zupełnie jedna ręka. FRITSCH proponuje wytłaczanie tylko przy pośladkowych położeniach, BIDDER zaś w wielu przypadkach, gdzie bóle były niedostateczne, był w stanie szybko ukończyć poród, używając wytłaczania jako samoistnego poród decydującego sposobu przy położeniach czaszkowych. O niepodlegającym kwestyi znaczeniu wytłaczania może się każdy z łatwością na pierwszej lepszej rodzącej przekonać: wystarcza przy czaszkowem położeniu i główce stojącej w jamie miednicy, naciskać jedną ręką w czasie wolnym od bólów na pośladki płodu, a palcem drugiej ręki śledzić za położeniem ciemiączka, wtedy zauważymy, że przy każdym naciskaniu ciemiączko się opuszcza; w niektórych przypadkach czułem pod palcem zwrót główki pod wpływem takiego wytłaczania.

Można by mi zarzucić, że mówię o rzeczy dawno wiadomej, ponieważ wytłaczanie było stosowane ze skutkiem jako samoistny sposób ukończenia porodu, więc powinno działać i na oddzielne momenty mechanizmu porodu, nie mogłem jednak znaleźć w literaturze wzmianki o tem, aby ktokolwiek wskazywał na to znaczenie wytłaczania płodu, mianowicie jako środka uzupełniającego brak w mechanice kleszczy, o którym na początku była mowa, nie widziałem również, żeby ktokolwiek stosował w praktyce ten sposób tak prosty, a tak skuteczny.

1) MARTIN. Leitfaden d. operat. Geburst. 1877, str. 64.

2) HÜTER. Compend. d. geburst. Oper. 1874. str. 135.

3) SCHRÖDER. Lehrbuch d. Geburtshülfe. 1884. str. 274.

4) KLEINWÄCHTER. Grundriss d. Geburtshülfe, str. 402.

5) FRITSCH. L. c. str. 122.

6) BIDDER. Priloženije k Med. otczotu Petersb. rodowspomagatielnawo Zawiedienja. 1880.

III. PODMIOTOWE OZNACZANIE STATYCZNEJ REFRAKCYI OKA ZA POMOCĄ RETINOSKIOSKOPII

Podał

D-r med. Br. Ziemiński,
szef kliniki ocznej prof. GAŁĘZOWSKIEGO w Paryżu.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 9].

Zkąd pochodzi, że cień, widziany przy naszym badaniu, jest o tyle wyraźniejszy, o tyle ciemniejszym, o ile stopień niemiarowości oka jest wyższym? Powiększenie obrazu urojonego [prostego] dna oka nadwzrocznego lub też obrazu rzeczywistego oka krótkowzrocznego jest o tyle słabsze o ile stopień nadwzroczności lub też stopień krótkowzroczności jest wyższy. Z powodu zaś, że taż samilość światła i cienia rozdziela się na obrazie o mniejszej powierzchni, część oświetlona jaśnieje, błyszczy silniej, a część zacieniona wydaje się ciemniejszą.

Nakoniec zauważyliśmy przy naszym badaniu, że ruch cieni o tyle jest powolniejszy, o ile stopień niemiarowości oka jest wyższy. Pochodzi to ztąd, że cały obraz dna oka przesuwają się również tem słabiej, im silniejsza jest niemiarowość. Czy mamy do czynienia z obrazem urojonym przy silnej nadwzroczności, czy też z obrazem rzeczywistym przy silnej krótkowzroczności, zjawisko będzie toż samo. Widzieć to można również, skoro oświetliwszy dno oka za pomocą wziernika i poruszając się na prawo lub lewo, zauważymy, w jaki sposób naczynia siatkówki przesuwać się będą przy różnych stopniach niemiarowości oczu badanych.

Dotąd mówiliśmy stale o zastosowaniu wziernika wklęsłego. Do badania naszego można jednak również użyć wziernika płaskiego lecz w takim razie cienie posuwają się będą w kierunku wręcz przeciwnym, niż jakto wyżej opisaliśmy, badając za pomocą wziernika wklęsłego. Przy badaniu oka nadwzrocznego cień dążyć będzie w kierunku odpowiadającym zwrotowi wziernika płaskiego, przy badaniu zaś oka krótkowzrocznego w kierunku odwrotnym. Pochodzi to ztąd, że obraz urojony wziernika płaskiego mieści się po za takowym i przesuwa się w kierunku przeciwnym zwrotowi powierzchni zwierciadlanej.

A teraz słów kilka w kwestyi nazwy, jaką należałoby dać temu badaniu. Na zasadzie faktów przytoczonych poprzednio, zrozumieć łatwo, że nazywanie tej metody keratioskopiją [CUIGNET] lub też pupilloskopiją [LANDOLT] nie jest zgodne z naturą zjawisk widzianych: ani rogówka, ani źrenica nie gra tu ważniejszej roli ¹⁾. Nazwa retinoskopii [PARENT] byłaby odpowiedniejsza, jest je-

¹⁾ Keratioskopiją, lepiej według nas keratioskioskopiją, mielibyśmy prawo nazwać metodą, polegającą na badaniu za pomocą wziernika zjawisk, występujących przy różnych stanach chorobowych rogówki [pryszczyki, wrzodziki i t. d.]. Cienie, jakie w tym razie spostrzegać się dają na

dnak zbyt ogólna: wszelkie badanie siatkówki podciągnąć można pod tę nazwę. Nazywamy też tę metodę retinoskijaskopiją; nazwa ta daje lepsze pojęcie o zjawiskach, spostrzegać się dających przy tem badaniu, badaniu cieni, przesuwających się na siatkówce, cieni które otaczają część siatkówki oświetloną wziernikiem.

Jak można zastosować klinicznie zjawiska wyżej podane?. Czy można za pomocą retinoskijaskopii oznaczyć dosyć dokładnie stan refrakcyi statycznej oraz stopień niemiarowości oka?. Na podstawie wyników, jakie otrzymaliśmy przy badaniu za pomocą tej metody przeszło tysiąca osób, odpowiedzieć możemy na ostatnie pytanie twierdząco.

Wiemy dotąd, że przy retinoskijaskopii za pomocą wziernika wklęsłego, oko miarowe i nadwzroczne dają cień, przesuwający się w kierunku przeciwnym do zwrotu wziernika, oko zaś krótkowzroczne daje cień, dążący w kierunku odpowiednim zwrotowi wziernika, zawsze skoro oko badające znajduje się w pewnej odległości [zależnej od siły akomodacyi tego oka] po za punktem dali oka badanego. Przy **M. 0,25 D.**, **M. 0,50 D.**, **M. 0,75 D.**, musieliśmy więc, chcąc rozpoznać stan refrakcyi w tym razie, badać te oczy z odległości przeszło 400 centymetrów, 200 centymetrów, 133 centymetrów. Przyznać trzeba, że badanie takie nie byłoby zbyt łatwe. Trzymamy się też zawsze w odległości 120 ctm., co nam pozwala oznaczyć krótkowzroczność, począwszy od **M 1,0 D.**. Wiemy, że skoro z tej odległości zauważymy w oku badanem cień, dążący w kierunku odpowiednim zwrotowi wziernika, mamy z pewnością do czynienia z krótkowzrocznością $> \mathbf{M. 0,75 D.}$. Widzimy ztąd, że przy odległości pomiędzy osobą badaną a badającą, wynoszącej 120 ctm., oko miarowe, nadwzroczne i słabo krótkowzroczne [**M. $< 1,0 D.$**], dają nam cienie, przesuwające się w tymże samym kierunku. Fakt ten nie pozwolił by nam więc oznaczyć zawsze ściśle stanu refrakcyi oka. Łatwo jednak temu zaradzić, pozostając zawsze w odległości 120 ctm., przy pomocy dwóch soczewek wypukłych $+ 1,0 \mathbf{D.}$ i $+ 0,50 \mathbf{D.}$. Jeśli

czerwonawem dnie oka, są to w rzeczy samej cienie rogówkowe. Badanie za pomocą keratoskijaskopii daje nam możność łatwego rozpoznawania t. zw. *fasetek*, co nieraz jest niezbyt łatwe przy użyciu innych w tym razie wskazanych sposobów rozpoznawczych. Porażenie mięśni obwodkowych (*paralys. m. orbicul.*) spowodowują zwykle lekkie cierpienie nabłonka rogówki, które jedynie za pomocą keratoskijaskopii zauważyć można, a które uchodzi naszej uwadze przy zastosowaniu wszelkich innych metod badania rogówki. Przy keratoskijaskopii posługiwać się trzeba wziernikiem płaskim lub lepiej pierwotnym wziernikiem płaskim i przezroczystym HELMHOLTZ'a. Objaśnienie tej metody jest następujące. Póki rogówka znajduje się w stanie fizjologicznym, większa część promieni światła, padających na takową, zostaje załamana, reszta zaś odbija się prawidłowo od jej powierzchni tak, jak od zwierciadła wypukłego. W stanie zaś chorobowym rogówki powierzchnia takowej staje się nieprawidłową, a przy tem występuje mniej lub więcej wyraźne zmętnienie tej błony, co wywołuje nieprawidłowe załamanie się oraz rozproszenie odbijających się promieni świetlnych; nadto, rzecz prosta, że części rogówki, które utraciły właściwą sobie zupełną przezroczystość, nie przepuszczają odpowiednich promieni świetlnych, wracających z dna oka. Ztąd gra najprzeróżniejszych cieni i światła widoczna podczas badania wziernikowego przy cierpieniach rogówki.

Nazwa pupiloskopii może być nadana badaniu, mającemu na celu rozpatrywanie samej źrenicy, jej umiejscowienia, jej średnicy, jej formy, różnego rodzaju wysięków źrenicznych i t. d.

cień nie zmienia przy tem kierunku swoich poruszeń, jesteśmy pewni, że mamy do czynienia z nadwzrocznością. Jeśli jednak cień zmieni kierunek i zacznie przesuwac się w kierunku odpowiednim zwrotowi wziernika, wtedy oko badane może być albo miarowe, lub też słabe krótkowzroczne — co w następujący sposób rozpoznać można. Umieścimy przed okiem badanem soczewkę $+0,50$ D. [lub też $+0,75$ D.]. Jeśli oko jest już słabo krótkowzroczne, to obecnie krótkowzroczność tegoż stanie się silniejszą i widoczną przy retinoskijaskopii: cień skieruje się odpowiednio do zwrotu wziernika. Jeśli zaś oko badane jest rzeczywiście miarowe lub też prawie miarowe, w takim razie przy użyciu soczewki $+0,50$ D. cień nie zmieni swego kierunku — posuwać się będzie w kierunku przeciwnym do zwrotu wziernika, przy użyciu zaś soczewki $+1,0$ D., kierunek cienia zmienia się nagle.

Ztąd wynika, że za pomocą wziernika wklęsłego i dwóch soczewek [$+0,50$ D. i $+1,0$ D.], możemy z odległości 120 centymetrów oznaczyć szybko stan refrakcyi oka.

Teraz łatwo zrozumieć, jak można oznaczyć stopień niemiarowości oka. Przykład jeden wystarczy. Badamy chorego i spostrzegamy cień bardzo wyraźny, mocno ciemny, posuwający się w tymże kierunku, w którym zwracamy wziernik. Rzecz prosta oko to jest silnie krótkowzroczne. Umieścimy przed tem okiem naprzód soczewkę $-4,0$ D., aby zmniejszyć krótkowzroczność tego oka, cień zachowuje ten sam kierunek, widoczne więc, że krótkowzroczność jest jeszcze wyższa w tym razie. Umieszczamy zatem soczewkę wklęsłą $-6,0$ D., cień zachowuje ten sam kierunek, jest jednak o wiele mniej wyraźny i porusza się w miarę zwrotów wziernika dosyć szybko. To nam wskazuje, że pozostała krótkowzroczność nie jest znaczną. Bierzemy soczewkę wklęsłą o $1,0$ D. silniejszą. Przy użyciu soczewki wklęsłej $-7,0$ D. zauważymy, że cień zacznie dążyć w kierunku odwrotnym. To wskazuje, że jeśli krótkowzroczność tego oka jest wyższa nad $-7,0$ D. musi być jednak niższa od $-8,0$ D., gdyby bowiem takowa wynosiła $-8,0$ D., to przy użyciu soczewki $-7,0$ D. pozostała krótkowzroczność oka równała by się $M. 1,0$ D., a zatem, znajdując się w odległości 120 ctm., zauważyli byśmy obraz rzeczywisty, odwrotny, części oświetlonej siatkówki, który powstałszy w odległości 100 ctm. od oka badanego, przesunąłby się w kierunku odpowiednim do zwrotu wziernika. Gdyby zaś krótkowzroczność tego oka była niższa od $-7,0$ D., równa np. $-6,0$ D., spostrzegalibyśmy w tym razie przy użyciu soczewki $-6,0$ D. cień odwrotny. Możemy więc powiedzieć stanowczo, że krótkowzroczność oka badanego wynosi w danym przypadku $-7,0$ do $-8,0$ D..

W takiż sam sposób oznaczamy refrakcyję oka nadwzrocznego przy pomocy soczewek wypukłych. Jeśli przy badaniu z odległości 120 ctm. spostrzeżemy, że cień zaczął posuwać się w kierunku, w którym zwracamy wziernik, jesteśmy pewni, że soczewka wypukła, jaką zastosowaliśmy, jest zbyt silna w przybliżeniu o $1,0$ D.—doprowadziliśmy oko nadwzroczne do krótkowzroczności.

Wtym względzie retinoskijaskopija jest nam bardzo przydatna do kontrolowania wyników, otrzymanych podczas przedmiotowego badania refrakcyi oka.

Nadto retinoskijaskopija jest najdokładniejszą i najprzystępniejszą ze wszystkich dotąd znanych metod podmiotowego oznaczania niezborności [astygmatyzmu] prawidłowej.

Skoro oko badane ma odmienną refrakcyję w różnych wymiarach, wtedy cienie, występujące w krążku źrenicy przy oświetleniu wziernikowem, są nie jednakowo wyraźne -- w jednym z dwu głównych wymiarów ciemniejsze niż w drugim — a nawet mogą przesuwać się w kierunkach wręcz przeciwnych w tych wymiarach.

Przy badaniu **E**, **H** i **M** cień, widziany w krążku źrenicy, przesuwa się stale w płaszczyźnie tej samej, w której odbywają się zwroty wziernika około osi pionowej — bez względu na nachylenie tej płaszczyzny. Przy badaniu zaś niezborności prawidłowej spostrzegamy nieraz, że cień zdaje się posuwać skośnie w stosunku do płaszczyzny, w której się porusza wziernik, zauważyliśmy to zawsze przy zwracaniu wziernika w jakim bądź wymiarze pośrednim pomiędzy głównymi. Objaśnia się to w następujący sposób. Przy badaniu niezborności za pomocą retinoskijaskopii spostrzegamy zawsze w krążku źrenicy nie krąg ale owal świetlny, skierowany odpowiednio do jednego z głównych wymiarów oka, linija graniczna pomiędzy światłem a cieniem ma tenże sam kierunek, kierunek ten jest stały i niezależny od nachylenia osi wziernika. Otóż badacz, nie widząc owalu świetlnego w całości, lecz tylko jeden brzeg takowego, sądzi, że linija wzdłuż której posuwa się część oświetlona źrenicy, oraz przyległy cień tworzy kąt pewien z płaszczyzną, w której odbywają się zwroty wziernika, wraże jeśli płaszczyzna ta nie odpowiada kierunkowi jednego z głównych wymiarów. Wydaje nam się, że w źrenicy przesuwa się światło, otoczone cieniem, skośnie leżącym, odpowiednio do kierunku jednego z wymiarów głównych. Cień ten dąży w tej samej płaszczyźnie, w której odbywają się zwroty wziernika, ale mniej szybko, aniżeli w chwili kiedy wziernik porusza się około osi, odpowiadającej jednemu z wymiarów głównych. Kierunek tychże wskazuje nam linija, odgraniczająca część oświetloną źrenicy od części zacienionej, oznaczyć też łatwo można wymiary główne, jeśli zauważymy, jaki kierunek nadać trzeba zwrotom wziernika, aby otrzymać zjawiska retinoskijaskopii, odpowiadające *maximum* i *minimum* refrakcyi danego oka (*Charnley, ophth. Hosp. Rep. X. III*). Widzimy więc, że oświetliwszy dno oka za pomocą wziernika, jesteśmy w stanie jednym zwrotem tego ostatniego rozpoznać istnienie niezborności oraz kierunek głównych wymiarów. Mając na uwadze to, co pomieściliśmy wyżej przy opisie sposobu rozpoznawania **E**, **H** i **M**, łatwo również oznaczyć rodzaj niezborności, poruszając wziernik około osi, odpowiadających kierunkowi głównych wymiarów oka.

4. Niezborność [astygmatyzm] prosta.

1. Krótkowzroczna. W wymiarze miarowym cień słaby, zaledwie widoczny, dąży w kierunku przeciwnym, w wymiarze zaś krótkowzrocznym cień [mniej lub więcej wyraźny stosownie do stopnia **M**.] dąży w kierunku odpowiednim zwrotowi wziernika.

2. Nadwzroczna. Cień dąży w tym samym kierunku w obu wymiarach z tą różnicą, że w miarowym jest mało, w nadwzrocznym zaś dosyć wyraźny, tem wyraźniejszy im wyższa **H**. Wraże najmniejszej wątpliwości, bierzemy pod

uwagę wskazówki wyżej podane dla rozpoznania E i H. Zastosowawszy soczewkę + 1,0 D., usuniemy wszelką wątpliwość.

B. Niezborność złożona.

1. Krótkowzroczna. Cień łączy w tym samym kierunku — odpowiednio zwrotowi wziernika — w obu wymiarach. Za pomocą właściwej soczewki wklęsłej, doprowadzamy oko do miarowości w wymiarze, w którym takowe jest słabiej krótkowzroczne, po czym mamy do czynienia z *As. m.* prostym, który łatwo oznaczyć umieszczając kolejno przed okiem chorego coraz to mocniejsze soczewki walcowe, dotąd póki cień nie zmienia kierunku.

2. Nadwzroczny. W tenże sam sposób postępujemy i w tym razie przy pomocy soczewek wypukłych.

C. Niezborność mieszana. Ruch cieni jest odwrotny w głównych wymiarach. Weźmy do badania chorego z *As. miot.*: w wymiarze pionowym vv' — 3,0 D., w wymiarze zaś poziomym hh' + 3,0 D.. Spostrzeżemy natychmiast, że cień posuwa się w wymiarze vv' odwrotnie niż w wymiarze hh' .

W pierwszym, który jest krótkowzroczny, cień łączy w kierunku odpowiednim, w drugim zaś, który jest nadwzroczny, w kierunku przeciwnym w stosunku do zwrotów wziernika. Przy użyciu soczewki kulistej + 4,0 D. oba wymiary stają się krótkowzrocznymi — cień łączy w tym samym kierunku w głównych wymiarach. Soczewka ta zbyt jest silna. Po umieszczeniu soczewki kulistej + 3,0 D. cień posuwa się w wymiarze poziomym w odwrotnym kierunku do zwrotu wziernika. Doprowadziliśmy wymiar hh' do miarowości. Dodajemy teraz soczewkę walcową wklęsłą — 4,0 D. [oś w kierunku poziomym]. Cień nie zmienia kierunku w wymiarze hh' . Zastąpmy go przez *cyl.* — 6,0 D., cień zmienia kierunek. W obu wymiarach teraz cienie mają jednakowy wygląd oraz kierunek. Niezborność została usunięta.

Przy oznaczaniu tem, jak wogóle zawsze przy retinoskijaskopii badamy z odległości 120 ctm.. Tym sposobem nie możemy nigdy omylić się nawet o jedną dyjoptryję.

Jaką wartość kliniczną ma retinoskijaskopija w stosunku do innych zwykłe używanych metod podmiotowego oznaczania statycznej refrakcyi oka?

Najdawniej znaną i dotąd jeszcze najwięcej w użyciu będącą jest metoda oznaczania refrakcyi oka przy wziernikowem rozpatrywaniu dna oka w obrazie prostym. Umieszczając tuż po za wziernikiem różne soczewki, znajdziemy nareszcie jedną, która doprowadza do równoległości promienie światła, opuszczające oko niemiarowe. Metoda ta więc opiera się na tej samej podstawie, co i metoda przedmiotowego oznaczania refrakcyi oka. Badanie to mimo niezaprzeczanej wartości nie zawsze może dawać wyniki dokładne, nie zawsze może być zalecane. Powody są następujące:

1. Nie każdy badacz jest w stanie uwolnić się od wpływu akomodacyi podczas wziernikowania; dodać przytem należy, że nawet u osób bardzo doświadczonych we wziernikowaniu akomodacyja zaczyna działać skoro tylko jest się zmuszonym dłuższy czas wziernikować [KLEIN].

2. Nie zawsze łatwo oznaczyć dokładnie soczewkę, pozwalającą widzieć naczynia siatkówki z największą dokładnością.

3. Często trudno, a czasem nawet nie podobna przy tem badaniu znaczyć wyższych stopni niemiarowości.

4. Sposób ten nie daje dokładniejszych wyników przy lekkich nawet drgawkach oczu, jakie często u chorych podczas badania wziernikowego występują, że nie wspomnę o badaniu osób dotkniętych właściwem drżeniem gałek ocznych (*nystagmus*).

5. Nareszcie zmuszeni jesteśmy badać możliwie z najbliższej odległości, o chorych, szczególnie dzieci, przeraża i uniemożliwia nieraz dokładniejsze oznaczenie refrakcyi, co ostatecznie dla lekarza jest utrudniającem, a czasem nader przykrem, szczególnie skoro się wydarza oznaczać refrakcyję oczu u chorych z owrzodzeniami w jamach nosowych (*ozæna*) i t. p.. LOISEAU, WARLOMONT ¹⁾ i SCHMIDT-RIMPLER ²⁾, mając na względzie te trudności, napotykaane przy oznaczaniu refrakcyi, przy rozpatrywaniu dna oka w obrazie prostym, opisali różne sposoby oznaczania refrakcyi oka przy badaniu wziernikowem dna oka w obrazie odwrotnym. Metody te, szczególnie metoda podana przez SCHMIDT-RIMPLER'a, znalazłaby szersze zastosowanie kliniczne, gdyby mogła być mniej złożoną, gdyby nie wymagała specjalnych przyrządów.

Obie główne metody podmiotowego oznaczania refrakcyi oka [przy badaniu obrazu prostego lub odwrotnego dna oka] nie dają dokładniejszych wyników przy lekkim nawet zmętnieniu rogówki lub innych środków oka, łamiących światło, lub też przy niektórych zmianach chorobowych, występujących na dnie oka.

Nareszcie obie te główne metody wymagają często znacznej wprawy we wziernikowaniu — warunek ten pozbawia nieraz lekarzy niespecjalistów możliwości podmiotowego oznaczania refrakcyi oka.

Z tych wszystkich względów metoda, której opis podajemy i którą nazwalimy retinoskijaskopiją, będzie pożądaną dla każdego lekarza. Metoda ta nie wymaga najmniejszej wprawy we wziernikowaniu. Jednym zwrotem wziernika możemy rozpoznać refrakcyję badanego oka z odległości 120 ctm.. Jednym zwrotem wziernika możemy skontrolować, o ile są odpowiednie szkła, dobrane za pomocą przedmiotowego badania. Tak trudne, a czasem niemożliwe oznaczenie refrakcyi u dzieci i osób nerwowych, staje się zupełnie łatwem przy pomocy retinoskijaskopii. Wartość jej nieoceniona przy rozpoznawaniu w jednej chwili niezborności (*As.*), rodzaju tejże, oraz kierunku głównych wymiarów. Retinoskijaskopija pozwala nam też oznaczać podmiotową refrakcyję oka przy lekkich zmętnieniach środków łamiących światło, oraz przy zmianach chorobowych naczyniówki i siatkówki w przypadkach, gdzie za pomocą innych metod jest to niemożliwe. Tym sposobem, badając stan refrakcyi oka przy częściowych zaćmach wrodzonych, przekonaliśmy się np., że przy zaćmie strefiastej (*cataracta zonularis*), oko jest najczęściej nadwzroczne podczas gdy wyniki innych badań przemiewiały za krótkowzrocznością tych oczu. Ostatecznie badanie za pomocą retinoskijaskopii daje dokładne wyniki nawet przy drżeniu gałek ocznych.

1) Ann. d'oc. 1879. 1880.

2) Zeitschrift für Instrumentenkunde. 1882.

Zarzucić by można tej metodzie, że badanie za pomocą takowej jest możliwe, skoro chcemy oznaczyć stopień niemiarowości. Przy pewnej wprawie jednak, do jakiej prędko dochodzi się przy częstszem stosowaniu retinoskijaskopii, możemy, jak wyżej wspomniano, sądzić z pewnem przybliżeniem, czy mamy do czynienia z niższym lub też z wyższym stopniem niemiarowości, biorąc pod uwagę, o ile cień jest wyraźny, o ile szybko posuwa się w stosunku do zwrotów wziernika, co nam często o wiele skraca badanie.

Rozumie się, że badanie za pomocą retinoskijaskopii jest łatwiejsze przy szerszej źrenicy, pożytecznem jest też w niektórych przypadkach, szczególnie u osób o oczach nadwzrocznych lub starszych wiekiem, u których źrenica zazwyczaj bywa zwężona, zalecić, aby oko badane skierowano lekko skośnie tak, aby promienie światła padały na siatkówkę na wewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego, której blask może być szkodliwy dla badania, na wewnątrz od *macula lutea*, której pobudliwość wywołuje silne zwężenie źrenicy. W razach wyjątkowych, szczególnie przy chorobowem zwężeniu źrenicy, można z pożytkiem zastosować kokainę, która, wywołując krótkotrwałe rozszerzenie źrenicy, może być zalecaną w wielu przypadkach przy wziernikowem badaniu oka tem bardziej, że działanie takowej, jako *mydriaticum*, jesteśmy w stanie usunąć za pomocą słabych roztworów ezeryny, jak to dawniej już podałem ¹⁾.

Powtarzamy jeszcze, że wzrok osoby badanej ma być zawsze skierowany w dal, o czem szczególnie pamiętać należy przy badaniu dzieci, u których działanie akomodacji tak łatwo występuje.

Nareszcie zastosowanie nieodpowiedniego wziernika może stać się źródłem pomyłek. Badając z odległości 120 ctm., używam wziernika wklęsłego o odległości ogniskowej 22—25 ctm.. Do rozpoznawania miarowości oraz bardzo niskich stopni krótkowzroczności, okazuje się pożytecznym wziernik o krótszej odległości ogniskowej [15 ctm.]. Przy tem nadmienić trzeba, że odległość ogniskowa wziernika musi być tem krótsza, im więcej zbliżeni jesteśmy do chorego, a to w celu, aby krąg świetlny, utworzony przez promienie rozbieżne rozproszone po skrzyżowaniu się w ognisku wziernika, był dostatecznie wielki i nie dawał zbyt silnego światła. Zauważyłem w kursach o refrakcyi i akomodacji oka, jakich udzielałem dla lekarzy, że osoby początkujące znajdują nieraz pewne trudności, chcąc oświetlić dno oka ze znacznej odległości; zalecam też w tym razie początkującym, aby przy badaniu oka za pomocą retinoskijaskopii z odległości 120 ctm. używali wziernika o większej odległości ogniskowej [30—33 ctm.]. Ułatwia to niekiedy badanie.

Tym sposobem skończyłem opis retinoskijaskopii, o której wartości mogłem przekonać się, mając sposobność badać bogaty materiał kliniki prof. GAŁĘZOWSKIEGO, który oceniwszy od pierwszej chwili wysokie znaczenie kliniczne tej metody, postawił ją odrazu w rzędzie najlepszych sposobów podmiotowego oznaczania statycznej refrakcyi oka. Zdanie to wystarczy.

¹⁾ ZIEMIŃSKI. Exp. u. klin. Beitr. z. Fr. über d. Anwendung des Cocains in der Ophth. Dorpat. 1884, oraz Przegl. Lek. Nr. 4. 1885.

NOTATKI LEKARSKIE.

4. Ciekawy przypadek krwioplucia.

Dnia 20 Lipca r. z. zgłosił się do mnie 26-letni izraelita Judilewicz Jodel, z profesji stolarz. Uskarżał się on na często powtarzające się krwioplucie, trwające już od lat trzech przeszło, na ściskanie oraz suchość w gardle i na ogólne osłabienie. Wygląd chorego był rzeczywiście nie pocieszający: niedokrwisty, mocno wyniszczony, zresztą zbudowany prawidłowo. Z anamnezy dowiedziałem się, że owo krwioplucie pokazało się nie nagle, lecz powoli z coraz obfitszym i częstszym odpływem krwi. Kilka razy krew spływała i nosem. Chory będąc w obawie suchot płucnych, radził się rozmaitych lekarzy w Kownie i Wilnie, lecz bezskutecznie. Nareszcie udał się do Królewca i tam zasięgał rady podobno u dwóch profesorów, lecz również bezskutecznie: krwotok wstrzymywał się nieco przy użyciu lekarstw, lecz później znowu powstawał z jednakową siłą. Jakie owi lekarze mieli zdanie o tem krwiopluciu nie mogłem się od chorego dowiedzieć, z kilku jednak zachowanych przez niego recept, w których zapisywali same środki wewnętrzne, sądzę, że traktowali je jako krwotok płucny. Po dokładnem zbadaniu płuc, nie mogłem znaleźć nic potwierdzającego owo przypuszczenie: jedynie między łopatkami był oddech nieokreślony, w innych zaś częściach płuc przy opukiwaniu i wysłuchiwaniu żadnych zboczeń wykryć nie mogłem. Oddech był zupełnie swobodny, nie przyspieszony.

Ponieważ chory uskarżał się na ściskanie w gardle, więc przystąpiłem do zbadania krtani za pomocą wziernika krtaniowego. Lecz i tu wynik badania był ujemny. Struny głosowe przedstawiały się prawidłowo, na chrząstkach także nie znalazłem żadnych zmian. Więc i krtan musiałem wyłączyć z udziału w krwotoku. Zato badanie jam nosowych dało wynik więcej dodatni: na błonie śluzowej miejscami były nadżarcia, świadczące o przewlekłej sprawie nieżytowej. Ale i owe zmiany nie mogły mi objaśnić krwioplucia, gdyż wraże krwawienia mogłyby raczej spowodować wypływ krwi z nosa, czego chory wcale nie zaznaczał. W tem, w chwili badania, chory kaszlnął i wyplnął nieco krwi, płynnej jasnoczerwonej. Zajrzałem do gardła i zagadka została rozwiązana: na tylnej ścianie gardzieli ujrzałem cieniutki strumień krwi, spływający z góry. Po chwili chory znowu kaszlnął i znowu wyplnął krew. A więc owo długotrwałe krwioplucie pochodziło nie z płuc, lecz z krwotoku umiejscowionego gdzieś w jamie nosogardzielowej, prawdopodobnie u podstawy czaszki, lub w górnej części tylnej ścianki jamy nosogardzielowej, może w tak zwanej *bursa pharyngea*. Ztamąd krew spuszczała się w dół, powodowała kaszel, poczem chory wyplnął ją, pomieszaną ze śliną i śluzem oskrzelowym.

Sprawy patologicznej, która spowodowała ów krwotok, nie mogę określić, gdyż niestety nie udało mi się zbadać miejsca będącego źródłem krwotoku, po części z powodu bardzo niespokojnego zachowywania się chorego przy badaniu. Zwróciwszy jednak uwagę na owrządzenia błony śluzowej nosa, zależne od wspomnianego wyżej przewlekłego nieżyty, przypuszczam, że i wyżej w jamie nosogardzielowej u podstawy czaszki będące zmiany, które spowodowały krwotok, były również zależne od owego nieżyty.

Dla wstrzymania krwotoku, na razie przestrzyknąłem nos kilka razy słabym roztworem półtorachlorku żelaza, poczem krew przestała spływać. Choremu zaleciłem spokój, unikanie ciężkiej pracy, regularne życie i miejscowe na czas dłuższy przestrzykiwania nosa roztworem sublimatu [3β : 5]jjjaq. ½ łyżeczki tego roztworu na szklanke wody przegotowanej]. Przy stosowaniu tego środka w ciągu dwu tygodni, krew pokazała się raz jeden tylko w bardzo małej ilości.

Przez następne dwa tygodnie chorego widziałem jeszcze dwa razy. Skarżył się na kaszel, spowodowany nieżytem oskrzeli i bicie serca.

Odtąd przez kilka miesięcy nie widziałem chorego. Dopiero w Styczniu r. b. przybył do mnie, pytając, czy ma nadal stosować przestrzykiwania nosa, które systematycznie robił dwa razy dziennie przez pół roku. Teraz wyglądał zupełnie inaczej, nabrał tuszy i sił. Krwioplucie w ciągu ubiegłych miesięcy nie powtórzyło się ani razu, kaszel zjawia się teraz bardzo rzadko, ściskanie i uczucie suchości w gardle ustąpiły.

Uważałem za pożyteczne podać krótki opis przypadku ze względu na przebieg cierpienia i obraz tegoż, symulujący krwioplucie pochodzenia płucnego, który wprowadził w błąd nie jednego lekarza, skutkiem czego leczenie przez czas tak długi nie dawało dobrych wyników.

Aleksa [z Janowa].

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Spółwłaściciel naszej Gazety D-r ROMAN JASIŃSKI zaproszony został przez zarząd warszawskiego szpitala dla dzieci [przy ulicy Aleksandryja] na drugiego ordynatora oddziału chirurgicznego tegoż szpitala.

— Wskutek prawa obowiązującego w rosyjskich uniwersytetach, profesorowie tutejszego wydziału lekarskiego dziekan BRODOWSKI i PŁASKOWSKI, po wysłużeniu 25 lat służby, poddani zostali balotowaniu, które zadecydowało pozostawienie na katedrze przez następne 5 lat prof. BRODOWSKIEGO, a udzielenie emerytury prof. PŁASKOWSKIEMU.

— W tutejszym szpitalu żydowskim, dla użytku miejscowego, otwartą została pracownia bakteryjologiczna, opatrzona we wszelkie potrzebne przyrządy. Kierownikiem jej jest kol. ELSENBERG, ordynator tegoż szpitala.

— Kto z Szanownych kolegów zechce, ażeby prace jego z dziedziny bakteryjologii i pasoryzmytologii były referowane w „*Centralblatt der Bacteriologie und Parasitenkunde*“ zechce przesyłać odbitki pod adresem:

O. Bujwid Wileza 12.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się d. 8 Marca 1887 o godz. 6½ wieczorem.

1) SZTEYNER. O zeszytciu żołądka.

2) JAKOWSKI. Odczytanie protokółów posiedzeń komitetu higieny publicznej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 9. TRZCIŃSKI. O leczeniu przymiotu za pomocą głębokich podskórnych wstrzykiwań żółtego tlenku rtęci. — MEYERSON. Zupełne błoniste zarośnięcie nozdrzy tylnych.

Kronika Lekarska Nr. 2. FUNK. Obecny stan leczenia syfilisu.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

O. WALTER. Experimentelle und klinische Beobachtungen über die Wirkung des Hyoscins in der Augenheilkunde. Dorpat. 1887

S. S. ZALESKI. Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza z ustroju zwierzęcego i do nauki o ilości tego metalu u głodzonych zwierząt. Kraków. 1887.

— Das Eisen und das Hämoglobin im blutfreien Muskel. [Odbitka z Centralblatt für die med. Wis. 1887].

J. HLAVA. O uplavieci. Předbžně sdělení. Praga. 1887.

BARĄCZ. Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej. Kraków. 1885.

— Wycięcie młotka wraz z błoną bębenkową w tak zwanem suchem zapaleniu jamy bębenkowej.

— Resekcja znacznej części jelita [36 ct.] w przypadku przepukliny uwięźniętej zgorzelą dotkniętej. Wyleczenie.

Komitet kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia D-ra Mianowskiego podaje do wiadomości, że w dalszym ciągu obecnie odbywających się odczytów, będą urządzone odczyty, stanowiące seryję II w sali Muzeum Przemysłu i Rolnictwa w godzinach od 7 do 8 wieczór w następujące dni:

Seryja II. Przyrodoznawstwo:

1. M. CIEMNIEWSKI: Meteorologija, jej środki i cele d. 12 Marca.

2. J. SIEMIRADZKI: Wulkanizm i jego rola w ogólnem gospodarstwie przyrody d. 16 Marca.

3. K. KOZŁOWSKI: Przemysł górniczy w dawnej Polsce d. 19 Marca.

4. B. ŻNATOWICZ: O tworzeniu się materji żywej z nieożywionych części składowych, dnia 23 Marca.

5. O. BUJWID: Bakteryje, jako fermenty i czynniki chorobotwórcze, d. 26 Marca.

6. A. ŚLÓSARSKI. Rośliny iglaste d. 30 Marca.

7. J. SZTOLZMAN: Obraz życia zwierzęcego w lasach południowej Ameryki.

Bilety na powyższe odczyty w cenie po rs. 1, po kop. 75, 50 i 30 oraz abonamentowe po rs. 5 kop. 50, rs. 4 kop. 25 i rs. 3 kop. — będą do nabycia od dnia 3 Marca r. b. w biurze kasy imienia MIANOWSKIEGO [ul. Mazowiecka dom W-go KRONENBERGA Nr. 22 od godz. 10 rano do 4 po południu]; w Redakcyi „Wszeczeńswiata” [ul. Krakowskie Przedmieście Nr. 66 dom Muzeum Przemysłu i Rolnictwa od godz. 5—7 wieczór]; w księgarni Wendego [ul. Krakowskie Przedmieście róg ulicy Królewskiej] oraz przy wejściu na salę przed rozpoczęciem każdego odczytu.

ODPOWIEDŹ REDAKCYI.

Pani Z. S. Wady jąkania się mniej lub więcej zupełnie pozbyć się można przez odpowiednie leczenie. Polecamy w Wiedniu D-ra R. COEN'a i jego dzieło: *Pathologie und Therapie der Sprachanomalien.* Wien. 1886. Czy u nas zajmuje się kto specjalnie leczeniem jąkania się — nie wiemy.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Prospekt na Gazetę Warszawską w r. 1887”.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—3

Zarząd wystawy higienicznej w Warszawie

podaje do wiadomości, że deklaracje osób pragnących przyjąć udział w wystawie, przyjmuje codziennie od godziny 10 do 3 i od 5 do 7-jej w biurze wystawy w gmachu Magistratu.

Regulamin, program i blankiety na deklaracje będą wysyłane na żądanie.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119. 0—4

Dr. M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonywa wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiórów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33. 0—4

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, **Dr. L. Nencki** i chemik **P. Rakowski** dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi mleka kobiecego i t. p., materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0—4

KRONIKA LEKARSKA.

Pismo poświęcone przeglądowi postępów
Umiejętności Lekarskich.

Wychodzi raz na miesiąc zeszytami zawierającymi od 3 do 5 arkuszy druku, pod redakcją, D-rów **Hewelkego** i **Krajewskiego**. Wydawca D-r **Sierpiński**.

Każdy numer zawiera: obszerniejszą pracę oryginalną, dającą dokładny pogląd na rozwój jednego z działów medycyny, referaty i streszczenia z najnowszych prac na polu medycyny międzynarodowej, oceny i wiadomości bibliograficzne i kronikę bieżącą.

Prenumerata wynosi: w Warszawie: na prowincyi, w Cesarstwie i Zagranicą:

rocznie rs. 5

rocznie rs. 6

półrocznie rs. 2 kop. 50

półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi Chmielna 44. Biuro Administracyi i Ekspedycyi Marszałkowska 116 6—5