

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: **Rozprawy.** O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych. III. O t. z. suchotach krtaniowych (gardlanych). Podał dr. Alfred Sokolowski, z Goerbersdorfu.—Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia. Skreślił dr. St. Kościński; (Ciąg dalszy.)—**Ódinek.** Uwagi nad wnioskami komisji sanitarnej. VIII. Stare kanały miejskie.—**PETERSEN'A:** Rozwój historyczny terapii lekarskiej. [Podał dr. G. FRITSONE. (c. d.)—**Streszczenia i wyciągi.** O wstrzykiwaniach podskórnych pilokarpiny przy porażeniu nerwu twarzewego.—**Ogłoszenia.**

## O NIEKTÓRYCH WAŻNYCH POWIKŁANIACH SUCHOT PŁUCNYCH.

### III. O tak zwanych suchotach krtaniowych (gardlanych)

(*Phthisis laryngea*).

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

Przedewszystkiem na wstępie niniejszej pracy muszę nadmienić to co uczyniłem w poprzednim dziale <sup>1)</sup>, że jest ona przeznaczoną nie dla specjalistów lecz dla ogółu lekarzy praktycznych, stanowi wynik moich własnych kilkoletnich spostrzeżeń, a celem jej głównym jest udzielenie pewnych praktycznych wskazówek przy rozpoznawaniu i leczeniu tego najcięższego powikłania suchot płucnych.

Pod nazwą suchot gardlanych, właściwiej nazywać je krtaniowemi, rozumiemy rozwój sprawy niszczącej (destrukcyjnej) w jamie krtani, towarzyszącej jednocześnie zazwyczaj rozwiniętej sprawie destrukcyjnej płuc i kończącej się najczęściej niepomysłnie.

O właściwej anatomiczno-patologicznej istocie sprawy destrukcyjnej krtani nie mam zamiaru bliżej się rozwodzić, nadmienię tylko pokrótce, że kwestyja ta oddawna sporna, do dziś dnia jeszcze stanowczo roztrzygniętą nie została; gdy bowiem jedni patologowie widzą w niej rozwój istotnej sprawy gruźliczej, inni przeciwnie widzą w niej tylko sprawę niezbytową z następowem zserowaceniem jej wytworów. Inni wreszcie przyjmują drogę pośrednią; przyjmując nawet kilka oddzielnych postaci anatomiczno-patologicznych owrzodzeń krtani. Najnowsze na tem polu prace znowu powracają do pewnych poglądów, podług których suchoty krtanio-

<sup>1)</sup> O chorobach krtani i gardzieli wklajających suchoty płucne. MEDYCYNA Nr. 7, 8, 9 i 10 z r. b.

we przedstawiają sprawę czysto gruźliczej przyrody. HEINZE <sup>1)</sup> bowiem w swej pięknej monografii anatomiczno-patologicznej wyraża się w tej kwestyi następującemi słowy: W każdym razie należy przyjąć jako prawidło, że owrzodzenia krtani wikłające suchoty płucne posiadają charakter i właściwości gruźlicze (*Tuberculöse Beschaffenheit*).

Drugim również spornym punktem jest związek suchot krtaniowych z płucnemi o ile pierwsze zależne są od drugich i czy możebne są tak zwane suchoty krtaniowe pierwotne? Większość dzisiejszych spostrzegaczy zgadza się stanowczo pod tym względem na to, że suchoty krtaniowe stanowią powikłanie już rozwiniętych w różnym stopniu suchot płucnych, w nowszych bowiem czasach wyjąwszy jednego autora (MACKENZIE) nie mamy ani jednego wiarogodnego opisu pierwotnych suchot krtaniowych. Dawniejsze bowiem opisy datują czasów przedlaryngoskopowych, łatwo więc wówczas było o błąd rozpoznawczy. Zdarza się jednakże, chociaż bardzo rzadko, że obok daleko posuniętych suchot krtaniowych istnieją bardzo nieznaczne zmiany w płucach np. zgęszczenia ich szczytów. Takowe to postacie łatwo mogą wprowadzić w błąd co do istotnego stanu rzeczy; jeśli bowiem z jednej strony za pomocą wziernika krtaniowego możemy rozpoznawać z wszelką stanowczością nawet najdrobniejsze i początkowe owrzodzenia krtani, to z drugiej strony na drodze badania fizykalnego nie zawsze jesteśmy w stanie rozpoznawać dokładnie pierwotne zmiany miąższu płucnego, każdy bowiem lekarz, a nawet najbogiejsi w rozpoznawaniu chorób przypominają sobie przypadki gdzie dopiero nóż sekejny wykrywał obecność jam, których istnienia za życia bynajmniej nie przypuszczano. Cóż dopiero mówić o drobnych, rozsianych ogniskach zapalnych. Takowe jeśli jeszcze leżą w głębi, otoczone zdrowym miąższem płucnym, są bezwarunkowo niedostępne dla rozpoznania. Istnieje jeszcze jedna okoliczność utrudniająca w takowych razach rozpoznanie: Jeśli owrzodzenie zajmuje obie struny głosowe i jeśli jednocześnie istnieje znaczne zbrzęknięcie tychże oraz sąsiednich części, wówczas w skutek zwężenia głośni powstaje oddech świszczący, a takowy bezwarunkowo przeszkadza dokładnemu osłuchaniu szczytów płucnych, sąsiedztwo bowiem tychże z krtanią wpływa na to że przy osłuchiwanii szczytów słyszy się tylko bezustannie ów charakterystyczny świst, wywołany zwężeniem głośni. Przed kilku laty miałem w leczeniu następujący przypadek który mnie utwierdził w wyżej przytoczonym zdaniu.

18-letnia panna F. przybyła do Zakładu tutejszego z powodu daleko posuniętej sprawy suchotniczej krtani (znaczne owrzodzenie obu strun prawdziwych i fałszywych—nasięć nagłośni).

Stan ogólny przedstawiał się wcale nieźle, oprócz lekkiego odchrząchiwania kaszel nie istniał wcale. Badanie fizykalne płuc nie wykazało

<sup>1)</sup> *Die Kehlkopfsschwindsucht nach Untersuchungen im Pathologischen Institute der Universität Leipzig.* Von O. HEINZE. Leipzig 1879 str. 46.

zmian żadnych, chociaż dokładne osłuchanie szczytów z powodu świszczącego wdychania wywołanego zwężeniem krtani, z całą dokładnością wykonać się nie dawało. Sądziłem że w danym przypadku mam do czynienia z pierwotną postacią suchot krtaniowych i tegoż zdania był prof. S. z Wiednia, który chorą do tutejszego zakładu przysłał. W kilka tygodni objawy zwężenia krtani nieco się zmniejszyły i świst charakterystyczny ustąpił; wówczas badając chorą znalazłem wyraźnie objawy zgęszczenia prawego szczytu płucnego. W jakiś czas potem wystąpił znowu ów oddech świszczący, a wówczas osłuchiwanie szczytu znowu było o tyle utrudnione, że dawało wynik ujemny. W dalszym przebiegu oczywiście wystąpiły objawy płucne wyraźniejsze, stale pozostające. Zresztą opis przebiegu tego przypadku nie należy do rzeczy, chciałem bowiem tylko danym charakterystycznym przypadkiem dowieść, z jaką ostrożnością należy zapatrywać się na tak zwane pierwotne suchoty krtaniowe, które dla mnie są zawsze tylko wcześniejszem lub późniejszym powikłaniem suchot płucnych.

Przechodząc do opisu już rozwiniętej choroby należy jeszcze zastanowić się na kwestyję w jakim stosunku przyczynowym znajduje się przewlekły nieżyt krtani suchotników do właściwej sprawy suchotniczej krtani. W pierwszej części niniejszej pracy mówiąc o nieżycie przewlekłym wikłającym suchoty płucne powiedziałem, że jest on jednym z najpospolitszych powikłań suchot płucnych i że istotnie przyczyna jego leży w chorobie zasadniczej danego osobnika t. j. w suchotach płucnych. Choroba ta przyczynia się prawdopodobnie do zwątlenia błony śluzowej krtani, przez co staje się ona niezmiernie wrażliwą na wszelkie szkodliwości zewnętrzne. Z tego też względu sądzę, że na nieżyt przewlekły suchotników należy się zapatrywać nie jako na zwykły zaniedbany nieżyt, lecz jako na cierpienie *sui generis*, które najwłaściwiej byłoby nazwać nieżytem krtani suchotników. Wychodząc z powyższego założenia zdawałoby się, że owrzodzenia krtani suchotnicze *resp.* suchoty krtaniowe są istotnem następstwem owego nieżytu; że powinny one być również częstem powikłaniem suchot płucnych jak ów nieżyt przewlekły. W istocie zaś rzecz ma się inaczej, spostrzeganie bowiem kliniczne przekonywa nas, że o ile nieżyt krtani jest powikłaniem b. częstem, o tyle suchoty krtaniowe są powikłaniem stosunkowo rzadszem i tak: jeśli zazwyczaj u większej połowy suchotników za życia spotykamy objawy nieżytu większego lub mniejszego natężenia, to suchoty krtaniowe *resp.* owrzodzenia gruźlicze spotykamy bezporównania rzadziej. Według statystyki WILLIGK'A (*Prager Vierteljahrschrift* 1856 XIII 2) na 1317 gruźliczych trupów tylko u 237 *resp.* 13,8% znaleziono owrzodzenia krtani. Fakta przytoczone upoważniają do wniosku, że tylko w znacznej mniejszości przypadków nieżyt krtani suchotników pociąga za sobą rozwój jej owrzodzeń. Zresztą spostrzegalem bardzo wielu suchotników ze znacznym nieżytem krtani, u których do samej śmierci takowy jedynie do objawów nieżytowych się ograniczył i przeciwnie: u innych widzialem bardzo szybko rozwijające się suchoty krtaniowe, podczas gdy długo przedtem objawy

nieżytu były dosyć ograniczone; wreszcie miałem sposobność spostrzegania przez wiele lat zrzędu chronicznych suchotników z nieżytem różnego stopnia natężenia, u których zmiany krtaniowe ograniczają się tylko do nieżytu. Dane te zdaje mi się że upoważniają do wniosku, że istnieją nadto jakieś bliższe warunki w skutek których w danym razie nieżyt przewlekły suchotników przechodzi w owrzodzenia *resp.* suchoty krtaniowe. Warunki te dotychczas nie są nam bliżej dokładnie znane, sądzę jednakże, że jednym z najbardziej wpływowych warunków jest usposobienie dziedziczne suchotnicze.

Twierdzenie to opieram na następującej okoliczności. Ostatniemi czasy spostrzegałem dokładnie 30 przypadków suchot krtaniowo-płucnych; z tych 30 chorych u 15, a zatem u połowy dawało się wyraźnie wykazać usposobienie dziedziczne. Z tych 30 przypadków mieliśmy do czynienia w 17-stu z postacią ciężką suchot krtaniowych (o czem niżej) i u tych to 17-stu chorych 11-stu dotkniętych było usposobieniem dziedzicznym.

Z drugiej gromady 15-stu chorych u których usposobienie dziedziczne nie dało się wykazać, spostrzegaliśmy tylko u 4-ch cięższą postać, a u pozostałych 11-stu suchoty krtaniowe przedstawiały objawy i przebieg łagodniejszy (postać lżejsza). U jednego z chorych dotkniętych cięższą postacią suchot krtaniowych, a nie przedstawiającego usposobienia dziedzicznego zanotowaliśmy w wywiadach nadmierne nadużycia *in Baccho et Venere*, u dwóch innych, nadużycie *in Baccho*, a u jednego tylko trudno było wykryć bliższą przyczynę.

Jedną z przyczyn która, podług mego zdania, również wpływa na rozwój suchot ustrojowych, a tem samem i pośrednio na rozwój suchot krtaniowych jest długotrwały onanizm, takowy szczególnie, jak to zazwyczaj ma miejsce, rozpoczęty w bardzo młodych latach rozstraja ustrój w zupełności, wywołując najczęściej w latach między 16-ym a 20-ym rokiem życia rozwój suchot płucnych szybko przebiegających, posiadających wszystkie cechy suchot ustrojowych (dziedzicznych) i bardzo często wiązanych suchotami krtaniowemi.

Niekiedy autorowie opisują tak zwane objawy zapowiednie (prodromalne) suchot krtaniowych. Objawy owe mają być następujące: łatwość występowania chrypki przy długotrwałym mówieniu, występowanie od czasu do czasu zupełnego bezgłosu, nieżytu ograniczonego do pewnych tylko punktów jak to: wyrostków głosowych krtani, tylnej jej ścianki i t. p. znaczny stopień niedokrwiistości tylnej ścianki gardzieli (SEMELEDER), gromadzenie się w tylnej ściance białawej lepkiej wydzieliny, obecność fałd i nierówności w okolicy między-nalewkowej (*roughness of the interarythenoid fold*—MACKENZIE) i t. p. Wszystkie te objawy, podług moich spostrzeżeń, nie mogą nigdy stanowić cech patognomicznych porozynających się suchot krtaniowych, występują one bowiem również często przy zwykłym nieżycie suchotników, trwają długo, zmniejszają się w natężeniu lub ustępują nieraz w zupełności, nie pociągając za sobą rozwoju

sprawy wrzodzenia. Z przytoczonych wyżej objawów zapowiednich, tylko dwa zasługują na bliższą uwagę i tak: zdarzało mi się kilkakrotnie spostrzegać u osób dotkniętych nieżytem przewlekłym krtani przyrody suchotniczej obecność płynu białawego lepkiego na tylnej ścianie krtani, głównie w okolicy międzynaławkowej; — najdokładniejsze zaś badanie nie wykazywało obecności nawet poczynających się owrzodzeń. Śluz ten napotykałem stale przy każdym badaniu i w jakiś czas potem (mniej więcej w kilka tygodni) odkrywałem obecność poczynających się owrzodzeń na przedniej powierzchni tylnej ścianki krtani. Wprawdzie w innych przypadkach pomimo obecności owego śluzu do owrzodzeń nie dochodziło, pomimo długiego spostrzegania, — w każdym razie zwracam baczność uwagę praktyków na wymieniony objaw; — przy obecności bowiem jego należy być bardzo ostrożnym w rokowaniu, i dopiero po dłuższem spostrzeganiu (najmniej kilkotygodniowem) możemy wypowiedzieć stanowcze rozpoznanie. Przypadek przeze mnie w tych czasach spostrzegany, stanowi najlepsze do wyżej powiedzianego objaśnienie. U pani W. 20 lat mającej, od dwóch przeszło tygodni wystąpiła dosyć uparta chrypka w połączeniu z suchym męczącym kaszlem; do tego czasu głos chorej był zupełnie czystym. Lekarz domowy rozpoznał lekki nieżyt krtaniowy obok porażenia (*paresis*) głosni. Zalecono wziewania oraz prąd galwaniczny przerywany. Pomimo to, cierpienie pozostało *in statu quo*. W skutek tego wezwany byłem na poradę, chodziło bowiem o to, co dalej robić z chorą. Przy badaniu laryngoskopowem znalazłem struny głosowe prawdziwie nieznacznie zmętniałe, zaczerwienienie dosyć silne w przednim kącie głosni i na obu wyrostkach głosowych, oraz umiarkowane porażenie (*paresis*) głosni. Wzmiankowane co dopiero objawy, obok istniejącej niezbyt daleko posuniętej sprawy suchotniczej w płucach, dawały obraz jedynie nieżytku przewlekłego miernego nateżenia, obok lekkiego porażenia głosni. Od takowego rozpoznania choroby powstrzymywała tylko jedna okoliczność, a mianowicie obecność na tylnej ścianie płynu ciągnącego się białawej barwy; ta to jedyna okoliczność zmusiła mnie do zawieszenia stanowczego rozpoznania aż do dalszego spostrzegania. I w istocie ostrożność moja w rozpoznaniu nie była bez słuszności, gdyż już w dwa tygodnie później widziałem dokładnie występujące owrzodzenie na wewnętrznej powierzchni tylnej ścianki krtani, a tem samem mieliśmy do czynienia z rozpoczynającą się sprawą suchotniczą w krtani z wszystkimi jej następstwami, a przede wszystkim z zupełnie złem rokowaniem.

Obecność fałd i nierówności na tylnej ścianie krtani jest uważaną przez niektórych autorów, a szczególnie przez MACKENZIE'GO, jako ważny objaw rozpoznawczy poczynającej się sprawy suchotniczej w krtani. Objaw ten występuje również często przy zwykłym nieżycie przewlekłym krtani, a nierówności napotykanne na tylnej ścianie, poprzedzające jakoby rozwój suchot krtaniowych, są po większej części niezem innem, jak tylko brzegami wyniosłemi głęboko jeszcze siedzącego wrzodu na wewnętrznej stronie tylnej ścianki krtani. Tutaj zwracam tylko baczność uwagę

praktyków na ów fałdzisty wygląd tylnej ścianki, zalecając przy obecności takowego dokładne, kilkakrotne badanie szczególnie przy głębokiem wdechu (*inspiratio*) tem bardziej, jeśli nadto istnieją wyraźne objawy suchot płucnych obok upartej, chociażby niezbyt wielkiego natężenia, chrypki; wówczas należy być bardzo ostrożnym w wygłaszaniu rozpoznania choroby i takowe bezwarunkowo lepiej uczynić zależnem od dalszego spostrzegania, aniżeli stanowcze czynić rozpoznanie, mogące dawać rokowanie zupełnie sprzeczne z istotą właściwą cierpienia.

Kilka lat temu prof. SCHRÖTTER z Wiednia (*Laryngologische Mittheilungen*. Wien 1875 str. 73) twierdził, jakoby obecność małych, żółtawych, wielkości główki od szpilki nasięków (*infiltratio*) spotykanych na błonie śluzowej krtani, była cechą bardzo charakterystyczną dla poczynających się suchot krtaniowych, albowiem owe drobne nasięki mają powoli przechodzić w owrzodzenia. Podobne nasięki widziałem wielokrotnie; w dwóch przypadkach nawet miałem sposobność bardzo długo takowe dokładnie spostrzegać (jeden przypadek przeszło rok, drugi przeszło trzy miesiące), jednakże w dwóch tych przypadkach punkciki owe nie uległy najmniejszej zmianie, a u osobników danych pozostały tylko objawy niezytu przewlekłego suchotników. Nie twierdzę, aby w innych przypadkach nie przychodziło do rozpadu, sędzę tylko że dwa moje dokładne i długo prowadzone spostrzeżenia upoważniają mnie do przypuszczenia, że twierdzenia SCHRÖTTER'A nie należy uważać jako bezwarunkowo dokładne, w każdym jednak razie praktyk przy tego rodzaju objawie winien pamiętać o tej możliwości na którą SCHRÖTTER wskazuje. (c. d. n.)

### Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyją, akomodacyją i ostrość widzenia.

Podług E. LANDOLT'A, skreślił dr. Stanisław **Kośmiński**.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 40 i 45).

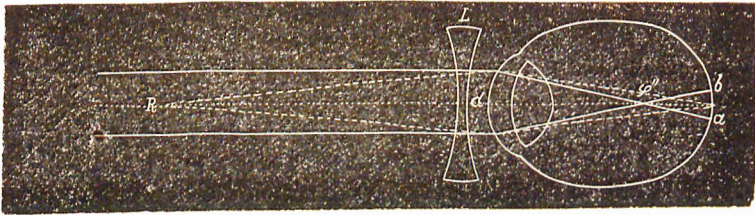
#### Krótkowzroczność (*myopia*).

W oku krótkowzrocznem siatkówka znajduje się po za ogniskiem głównem środków łamiących; układ dioptryczny takiego oka jest za silny względnie do jego długości.

W naszym przykładzie (Fig. II), aby promienie płomienia świecy mogły się połączyć na émém dnie, należałoby albo nadać im kierunek rozbieżny, przybliżając świecę do soczewki; albo też pozostawwszy świecę w odległości nieskończonej potrzebaby zmniejszyć łamalność soczewki.

Również, aby oko krótkowzroczne mogło się nastawić do odległości nieskończonej, a tém samém upodobnić oku prawidłowowzrocznemu, jego łamalność musi się zmniejszyć. Zmniejszenie łamalności osiągamy za pomocą soczewek wklęsłych; numer soczewki wklęsłej która umożliwia widzenie w odległości nieskończonej daje nam miarę krótkowzroczności; taka bowiem soczewka wskazuje, o ile dioptryj łamalność oka krótkowzrocznego jest większa od łamalności oka prawidłowowzrocznego

Rozpatrując działanie soczewki wklęsłej poprawczej, łatwo można się przekonać, że jej ognisko przypada na punkt dali oka krótkowzrocznego. Oko krótkowzroczne w stanie spoczynku nastawione jest do punktu dali, położonego w pewnej odległości przed okiem; aby oko takie wyraźnie widziało, potrzeba aby do niego dochodziły promienie świetlne rozbieżne (Fig. IV). Soczewka wklęsła zamienia promienie równoległe na roz-



bieżne tak, jakby takowe wychodziły z jej ogniska głównego. Soczewka więc wklęsła nastawiająca oko do widzenia w dali, musi nadawać promieniom równoległym kierunek rozbieżny taki, że zdaje się jakby promienie te pochodziły z punktu dali danego oka. Stąd wypada, że ognisko soczewki poprawczej i punkt dali oka krótkowzrocznego znajduje się w jednym i témsamém miejscu. Jeżeli soczewka wklęsła poprawcza umieszczona tuż przed rogówką wynosi 6 D., to punkt dali takiego oka leży w odległości 16 ctm. przed rogówką, odległość bowiem ogniskowa tej soczewki równa się  $\frac{100}{6} = 16$  ctm.

Jeżeli umieścimy soczewkę poprawczą w odległości 2 ctm. przed rogówką ( $d = 2$  ctm.), to odległość ogniskowa LR (fig. IV) musi być krótszą o 2 ctm., czyli powinna wynosić 14, a łamalność danej soczewki nie może być 6 ale 7 dioptryj ( $\frac{100}{14} = 7$  D.)

Nie jest więc rzeczą obojętną, w jakiej odległości przed okiem ustawiamy soczewkę poprawczą: im ją więcej oddalamy od oka krótkowzrocznego, tém łamalność jej musi być większa i odwrotnie. Kto używa szkieł wklęsłych, łatwo przekonać się może, że przez przysunięcie okularów do oczu, działalność ich się zwiększa.

Ponieważ dosyć jest wymierzyć odległość punktu dali od oka dla oznaczenia stopnia krótkowzroczności; dla poznania więc tej wadliwości refrakcyjnej możemy się obejść i bez pomocy szkieł.

Zaleciwszy danej osobie czytać dobry druk w największej możliwej odległości, znajdujemy punkt dali, a odstęp jego od oka stanowi odległość ogniskową soczewki, służącej za miarę krótkowzroczności. I tak np. wadliwość krótkowidza czytającego drobny druk bez nateżenia akomodacyi w odległości 9 ctm., wynosi 11 D., gdyż 9 ctm. stanowi odległość ogniskową soczewki 11 D. ( $\frac{100}{9} = 11$  D.)

Przy oznaczaniu stopnia krótkowzroczności należy mieć wzgląd na

akomodacją, która zwiększając łamalność oka, doprowadzić może do błędnego wniosku, do wykazania krótkowzroczności większej niż jest rzeczywistość. I dla tego to jako soczewkę poprawczą należy brać najsłabszą z tych które umożliwiają widzenie w dal. A przy oznaczaniu krótkowzroczności bezpośrednio, jako odległość ogniskową przyjmować należy odstęp najdalszy, w jakim dana osoba czytać może drobny druk.

**Przyczyny.** Podobnie jak nadwzroczność tak i krótkowzroczność może zależeć od rozmaitych przyczyn.

1) Oko może być za długie, chociaż układ dioptryczny jest taki jak w oku prawidłowowzrocznym.

2) Układ dioptryczny jest za silny, gdy tymczasem długość oka jest prawidłowa.

3) Spółczynnik załamania środków łamiących jest zwiększony.

Najczęściej krótkowzroczność bywa następstwem przedłużenia gałki ocznej. Oczy takie są znacznie wystające, jakby z oczodołu wysadzone. Często przedłużenie bywa tak znaczne, że ruchy oczu są utrudnione. Jeżeli wydłużenie gałki odrazu dostrzedz się nie daje, zalecamy skierować choremu oko mocno na wewnątrz, a wówczas przekonamy się że okolica równikowa jest jakby spłaszczona. *Staphyloma posterius*, wypuklenie w okolicy plamki żółtej, tak częsta przyczyna krótkowzroczności, powoduje przedłużenie osi przednio-tylnej gałki.

Rzadszą jest krótkowzroczność w następstwie zwiększonej krzywizny środków łamiących. Rogówka w oku krótkowzrocznym nie różni się od błony rogowej oka prawidłowowzrocznego, a nawet niekiedy promień jej krzywizny bywa dłuższy. Choroby powodujące tę postać krótkowzroczności są: *cornea conica* i *staphyloma corneae*.

Zdarza się często, że krótkowzroczność pozorną bywa następstwem zwiększonej krzywizny soczewki w skutku skurczu mięśnia nastawczego. Taka myopia ustępuje pod wpływem atropinu.—Wyraźna krótkowzroczność występuje przy niezupełnem zwiechnieniu soczewki, gdy część tego środka dioptrycznego pozostaje w polu źrenicznym. Soczewka wówczas uwolniona z pod wpływu *zonulae Zinni*, ulega prawom własnej sprężystości, wypukła się i tem powoduje krótkowzroczność.

Niekiedy w początkowym okresie rozwoju zaćmy dostrzegano krótkowzroczność, która poprzednio nie istniała. Ta postać krótkowzroczności prawdopodobnie zależy od zwiększenia się współczynnika załamania soczewki.

**Porównanie dawnego sposobu oznaczania zdrożnowzroczności z nowym.**

Kres dali oka i jego obraz na siatkówce stanowią ogniska sprzężone oka w stanie spoczynku; odległość kresu dali od oka i długość samego oka są zatem odległościami ogniskowymi sprzężonymi oka w stanie spoczynku.

Kres bliży i jego obraz na siatkówce są ogniskami sprzężonymi oka przy największem napięciu siły akomodacyjnej. Odstęp punktu bliży



i długość gałki stanowią zatem odległości ogniskowe sprzężone przy największym nateżeniu siły nastawczej.

Pierwsza odległość ogniskowa sprzężona, a właściwie jej odwrotność daje nam miarę łamalności oka. I tak, w stanie spoczynku pierwsza odległość ogniskowa sprzężona t. j. odległość punktu dali od oka wynosi  $R$ , refrakcyjja więc danego oka jest  $r = \frac{1}{R}$ .

Przy największym nateżeniu siły nastawczej, pierwsza odległość ogniskowa sprzężona t. j. odstęp punktu bliży od oka wynosi  $P$ , refrakcyjja więc danego oka w takim razie jest  $p = \frac{1}{P}$ .

Poprawić oko zdrożnowzroczne znaczy nastawić je do promieni równoległych, a raczej nadać promieniom równoległym taki kierunek jakby one pochodziły z punktu dali danego oka.

Przypuszczając, że promień krzywizny i odległość ogniskowa szkieł okularowych dawnego układu są sobie równe, oznaczono pierwszą odległość ogniskową sprzężoną oka  $R$ . Odległość ta wyrażona w calach dawała odległość ogniskową, a zarazem numer szkła poprawczego i odwrotnie numer szkła poprawczego był prawie równy pierwszej odległości sprzężonej oka zdrożnowzrocznego: gdyż aby promieniom równoległym był nadany taki kierunek, jak gdyby one pochodziły z punktu dali, na tenże punkt dali powinno przypadać ognisko soczewki poprawczej. I dla tego przy oznaczaniu krótkowzroczności dosyć było odszukać największą odległość (*punctum remotum*) w jakiej dana osoba mogła odczytać drobny druk i odstęp ten wyrażony w calach dawał bezpośrednio odległość ogniskową szkła poprawczego. Jeżeli odstęp ten wynosił 6", to krótkowzroczność była  $\frac{1}{6}$  i dla jej zobojętnienia potrzebne było szkło wklęsłe o odległości ogniskowej 6 calowej t. j. prawie Nr. 6.

Odwrotnie przy nadwzroczności. Tu punkt dali znajduje się po za okiem, odległość ogniskowa  $R$  jest domniemaną (urojoną) i bezpośrednio nie daje się oznaczyć; ale odległość ogniskowa soczewki wypukłej, zobojętniającej nadwzroczność równa się pierwszej odległości sprzężonej danego oka, dla powodów jakie wyłożyliśmy już wyżej. Przy nadwzroczności  $\frac{1}{36}$  *punctum remotum* znajduje się w odległości 36 cali.

Nazywając odstęp między punktem dali a okiem  $R$ , dla oznaczenia zdrożnowzroczności używano ogólnego wzoru  $\frac{1}{R}$ , który równocześnie wyrażał i siłę soczewki poprawczej;  $R$  stanowiło odległość ogniskową takiej soczewki i w przybliżeniu jej numer. Soczewka taka była wypukła lub wklęsła, stosownie do tego, czy odległość ogniskowa oka była ujemną ( $H$ ) lub dodatnią ( $M$ ).

Przy nowym układzie szkieł ostatecznie robimy to samo, tylko nieco inaczej zapatrujemy się na całą sprawę.

Oko prawidłowowzroczne cechuje się tem, że jego siatkówka znajduje się w ognisku promieni równoległych.

W oku zdrożnowzrocznem siatkówka nie przypada na ognisko układu dioptrycznego, ale znajduje się przed lub po za niem. Zdrożnowzroczność polega na braku lub na nadmiarze łamalności układu dioptrycznego oka względnie do jego długości i daje się wyrazić liczbą dioptryj (jednostek refrakcyjnych), jakie trzeba dodać lub odjąć od oka, aby promienie równoległe mogły się jednoczyć na siatkówce, czyli aby oko zdrożnowzroczne zamienić na prawidłowowzroczne.

Gdy dawniej oznaczaliśmy odległość ogniskową sprzężoną oka zdrożnowzrocznego R, dziś wymierzamy brak lub nadmiar łamalności ( $r$ ) i wyrażamy go w dioptryjach. Nadwzroczność (H) polega na względnym braku łamalności oka; stopień jej oznacza liczba dioptryj, którą należałoby dodać do danego oka, aby je nastawić do promieni równoległych t. j. aby je zamienić na prawidłowowzroczne. I tak mówimy że oko jest dotknięte nadwzrocznością = 6 D, jeżeli jest o 6 D. słabsze od oka prawidłowowzrocznego, jeżeli trzeba dodać szkło Nr. 6, aby je zamienić na prawidłowowzroczne.

Zupełnie przeciwnie dzieje się przy krótkowzroczności (M). Tu ma miejsce względny nadmiar refrakcyi. Myopię oznaczamy liczbą dioptryj, które należy odjąć od siły załamującej oka, aby je zastosować do odległości nieskończonej. Soczewka poprawcza musi być ujemna, a jej siła (liczba dioptryj) równa się nadmiarowi refrakcyi oka krótkowzrocznego. Oko potrzebujące soczewki wklęsłej 8 D, dotknięte jest krótkowzrocznością  $M=8 D$ .

(c. d. n.)

## ODCINEK.

### Uwagi nad Wnioskami Komissyj Sanitarnej.

#### VIII.

##### Stare kanały miejskie.

Tu Komisyja Sanitarna postawiła następujące wymagania:

1) Odprowadzanie nieczystości kloaczych kanałami miejskimi winno być bezwzględnie wstrzymanem, a kloaki na kanałach dotychczas istniejących muszą jak można najprędzej być higienicznie urządzone.

2) Dopilnować należy wydanego przez władzę policyjną zakazu wrzucania błota ulicznego, śniegu, lodu, pyłu ulicznego i jakich bądź śmieci do kanałów.

3) Wszystkie otwory kanałów winny być zaopatrzone syfonami, syfony te winny być strzeżone od zamulenia, a w porze suchej od wyschnięcia.

4) Wielce pożądanem jest zaprowadzenie stałej wentylacji dzisiejszych kanałów miejskich, czy to przez połączenie ich z wysokimi kominami sąsiednich zakładów przemysłowych, czy też przez zbudowanie choćby paru wysokich kominów stałe opalanych, a służących wyłącznie do odprowadzania gazów kanałowych. Przyczem zwraca się uwagę na wentylacyjne kminy według PETTENKOFER'A ze stałe utrzymywanym płomieniem gazowym w górnej części kominu.

Pierwsze z pomiędzy 4-ch powyższych wymagań zostało przez Podkomitet Obywatelski z pobudek *opportunitatis* zmienione. Liczba miejsc ustępowych na kanałach miejskich jest w Warszawie bardzo znaczna. Prócę wielu wychodków dawnych, w ostatnich czasach, w niektórych nowych domach wbrew istniejącym przepisom pozwolono urządzać wszystkie waterklozety z ujściem do kanału miejskiego. Zachodzi przedewszystkiem pytanie jakie mogą być pobudki sanitarne któreby zakaz urządzania miejsc ustępowych na starych kanałach Warszawskich koniecznym czyniły. Otóż pobudki te mogą być dwojakie: stare kanały są źle zbudowane, konstrukcyja ich nietrwala, ściany przepuszczalne, spadek nieodpowiedni, stagnacyja nieczystości niemi odprowadzanych niemal ciągła, a tem samem i ilość gazowych, zakażających wytworów rozkładu bardzo znaczna. Otóż umieszczając miejsca ustępowe zwyczajnej budowy (budki, komórki) na otworach w ścianach kanału, dajemy przez otwory sedesowe ujście dla owych niebezpiecznych gazów do wnętrza domów mieszkalnych. To względ pierwszy i niezawodnie pod względem sanitarnym ważniejszy. Ze z drugiej strony wprowadzanie mass kloaczych do takich wadliwie zbudowanych kanałów wpływa na pogorszenie powietrza kanałowego i infekcyi gruntu zanieczyszczonego w skutek ich przepuszczalności, to rzeczą jest pewną. Jednakże źle o którym tu mowa jako pochodzące z umieszczenia kilkuset zaledwie miejsc ustępowych na kanałach, w porównaniu z tem złem jakie wynika ze stagnacyi kolosalnych ilości ścieków domowych, błota ulicznego i t. p. w tychże kanałach jest niezawodnie malej wagi. Tak więc jeżelibyśmy zakazywali wprowadzania mass kloaczych do kanałów to jedynie ze względu na interes zdrowia mieszkańców domu posiadającego wychodek o jakim tu mowa. Złemu o które tu chodzi zaradza w zupełności urządzenie waterklozetowe i dlatego zdaniem mojem ze względu na zdrowie mieszkańców domu niebyłoby racyi zakazywania waterklozetów z zamknięciami wodnymi na kanałach warszawskich. Ale przy waterklozetach drugi względ o którym wyżej była mowa kto wie czy niezasługuje na uwagę. Odechody z waterklozetów spływające przychodzą w stanie znacznego rozcieńczenia. Ilość wody z niemi spływająca niewystarcza żeby zapobiedz stagnacyi w kanałach, zatem dane są warunki do tem łatwiejszego przesiąkania ścian starego kanału i do tem gwałtowniejszego rozkładu jego zawartości. Tak więc trudno zaprzeczyć racjonalności tak istniejącym przepisom jak i wyrażonemu w 1-ym punkcie wymaganiu Komissyi Sanitarnej. Podkomitet Obywatelski o słuszności tego wymagania niewątpił, ale z objaśnień udzielonych przez techników miejskich przekonano się, że wszelkie śledztwa i nakazy dążące do zniesienia miejsc ustępowych na kanałach pomieszczonych do nieczego nieprowadzą, co wynika z trudności egzekucyi w tego rodzaju sprawach. Dlatego Podkomitet pragnąc pośrednio dojść do zniesienia miejsc ustępowych na kanałach uchwalil, iżby ci właściciele którzy korzystają z własności miejskiej odprowadzając do kanałów miejskich massy kloaczne ze swych posesyji, byli zmuszeni do stałej opłaty rocznej. Jest to bardzo słuszną kontrybucyją, uzasadnioną potrzebą kosztownej konserwacyi kanałów, które po części i przez wprowadzanie do nich mass kloaczych ulegają zniszczeniu.

Wymagany w 2-im punkcie zakaz wrzucania do kanałów błota, pyłu, śmieci, śniegu i lodu od dawna istnieje, ale przy zupełnym niedłazie jaki panuje w dokonywaniu porządkowania ulic całkiem jest pomijany. Uzasadniać go niepotrzebuje. Takie kanały jak Warszawskie mogą bez wielkiej szkody dla czystości gruntu, wody i powietrza odprowadzać li tylko wodę meteoryczną i całkiem płynne ścieki gospodarskie i fabryczne.

Wszystkie inne stałe i wólpłynne odpadki z nich wykluczonemi być muszą.

Co się dotyczy 3-go punktu, to okazuje się z objaśnień udzielonych przez Magistrat Podkomitetowi, że z pomiędzy 207 otworów kanałowych tylko 46 jest opatrzonych w zamknięcia wodne (syfony) zaś 161 otworów zamknąć tych nieposiadają, ale stopniowo niemi opatrzone zostaną <sup>1)</sup>. Potrzeba to bardzo pilna i przy układaniu budżetu wydatków miasta niepowinna być na dalszem miejscu kładziona.

Toż samo się dotyczy 4-go wymagania Komissyi które Podkomitet uznał za słuszne, wyrażając jedynie życzenie iżby wentylacja starych kanałów wykonaną została jak najmniejszym kosztem i wypowiadając przekonanie, że cel osiągnięty być może nietylko za pomocą kominów wentylacyjnych ale nawet za pomocą rur z blachy żelaznej, wzdłuż ścian domów po nad dachy wyprowadzonych.

Kwestyja wentylacji starych kanałów warszawskich dała powód w Podkomitecie do bardzo długiej dyskusyi, w której z pewnej strony wyrażonem zostało przekonanie, iż kominy wentylacyjne ogrzewane płomieniem beku gazowego wewnątrz nich się palącego wcale do wentylacji kanałów przyczyniać się niebędą. Biorąc wyraz wentylacja w znaczeniu naukowem słuszność jest po stronie wątpiących. W rzeczy samej nie o wentylacyją tu chodzi. Gazy wytwarzające się w skutek rozkładu zawartości kanałowej cisną potężnie na ściany kanałów i przenikają wszystkie przypadkowe otwory (szpary i t. p.) i umyślne luki (sedesy miejsc ustępowych, otwory uliczne), zakażając grunt i powietrze miejskie. W tem leży ich niebezpieczeństwo. Jeżeli za pomocą kominów czy rur, wewnątrz choćby słabym płomieniem ogrzewanych i w rozmaitych punktach na przebiegu kanału umieszczonych z mniejszymy w części ciśnieniem, to naturalnie zmniejszymy tem samem łatwość wydostania się gazów kanałowych wszystkiemi wyżej wspomnianemi drogami. Nie jest to zatem środek radykalny ale bardzo ważny środek paljatywny którego lekceważyć nienależy. Mamy nadzieję w najbliższym budżecie miejskim spotkać się z sumą odpowiednią dla wykonania wymagania Podkomitetu odnośnie do wentylacji starych kanałów.

## Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Zobacz Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 17, 19, 23, 27—30, 33, 39, 43—45.)

Następnie zwracają się Redaktorowie *Archivum* przeciwko teoryjom, które podówczas w Niemczech panowały, a w szczególności przeciwko szkole przyrodniczej SCHÖNLEIN'A i jej klasyfikacyi chorób, systemem tak zwanym naturalnym, podług grup niby przez samą przyrodę wskazanych. Z wielką jasnością wykazują oni: że takie klasyfikacje spraw chorobnych z ich tysiącznemi kombinacyjami i licznymi formami przejściowemi, są wcale nie fizjologiczne, że jakkolwiek ze względu na praktykę nie mogą na się bez klasyfikacyi obejść i że pewne obrazy chorobne tak są charakterystyczne, iż chwilowo zatrzymać jeszcze musimy wyrażenia: dyzenterya, skrofuły, cholera i t. p., ale że ściśle studyjujący fenomenologiją nie może do nich wielkiej wagi przywiązywać i uważa je tylko jako ustępowstwo dla praktyki i jako wyrażenia zapożyczone z popularnych, nienaukowych poglądów; wie on dobrze że taka grupa nie jest fizjologicznie skoń-

<sup>1)</sup> Koszt 161 syfonów wynosi 17700 rs.

czoną, nie tworzy całości fizjologicznej. Wie, że grupy te stosownie do jednostek chorobą dotkniętych licznym ulegają modyfikacyjom i bez widocznych i wyraźnych granic w inne grupy przechodzą. Wie, że niemożliwym jest postawienie wyraźnej granicy pomiędzy dyzenteryją a zapaleniem jelita grubego, pomiędzy gościem a dną (*Rheumatismus et Arthritis*). Nawet tam gdzie grupy objawów podług pewnego prawa jedne po drugich następują jak w durzycy, cholerycznym i rzymiocie, specyficzna właściwość objawów, polega tylko na etiologicznej ich wspólności.

„Dla ontologa natomiast przypuszczalna jednolitość choroby jest dogmatem: grupa, którą raz zestawili, jest dla niego całą treścią, całą istotą cierpienia. Położył on sobie za zadanie skreslić idealny obraz tej jednolitości, a w każdym konkretnym wypadku takowy odszukać. Dlatego to specjalna patologija stała się nozologiją, zbiorem definicyj i obrazów chorobnych z dodaniami do nich receptami. Takim sposobem przypadła podstawa dla objaśnienia wzajemnego stosunku wszystkich objawów; nawet nie starano się o odszukanie takiego stosunku, gdyż zadawano się właściwością każdego danego gatunku. Czepiano się podrzędnych i małoważnych oznaków i nazywano je patognomicznymi, kiedy fizjolog pojmując, jak łatwo takie oznaki przez indywidualne kombinacje mogą być zmodyfikowane albo wcale do skutku nie przychodzą”.

Ta doskonała krytyka ontologicznej klasyfikacji odnosi się wprawdzie do dawniejszych, chwiejnych symptomatologicznych poglądów, da się jednak pod względem zachcianek klasyfikacji i teraz zastosować, a szczególnie, z powodu patologiczno-anatomicznych miejscowych ontologii, od których medycyna dotychczas oswobodzić się nie może, pomimo coraz bardziej wzmagającego się wpływu kierunku fizjologicznego. Główny obrońca nowej fizjologicznej medycyny, WUNDERLICH, wielką w tem położył zasługę, iż uwagę zwrócił na ogólne cierpienie ustroju, a mianowicie na gorączkę. Podziwiania godnym jest jednakże, iż wielki ten klinicysta w swoim zbyt daleko posuniętem termometrycznym systematyzowaniu, znakomicie do ontologicznych poglądów się zbliżył.

Ostatni ustęp artykułu, zawiera jeszcze bardzo ważne zdania o terapii, nad któremi nieco zastanowić nam się wypada.

„Sceptycyzm w nowszych czasach“ są słowa *Archiwum* „oddawna już powstawał przeciwko starym terapeutycznym zasadom i potrzeba było tylko lekko tę budowę poruszyć, żeby ją w perzynę obrócić. Dlatego to wielu obawia się tego dotknąć, z tego też powodu boją się nawet przyznać, jak wszystko jest zgniłe i spróchniałe. Ale cóż za korzysć przynieść może taka obawa przed wyjaśnieniem rzeczy? Na co się przyda ukrywanie przed publiką i przed sobą samym gdzie sztuka nasza ma swoje granice? Czy to się nazywa ludzkością, jeżeli ktoś daje się mrzonkom uwodzić tam gdzie idzie o zdrowie i życie ludzkie?“ Przedewszystkiem zwraca się autor z napaścią na tradycyjną farmakologiją. „W ogóle lekarz w dwojaki sposób przychodzi w danym przypadku chorobnym do wybrania środka leczniczego. Albo, znajduje przeciwko danej chorobie środek leczniczy w jednej z grup lekarstw, których nazwisko już wskazuje przeciwko jakim cierpieniom są używane (*Antiphlogistica, Resolventia, Tonica, Antiarthritica*), albo też wybiera jakiś środek, którego on lub kto inny w podobnym przypadku z pożądanym skutkiem używał. Oczywiście obiedwie te metody opierają się na „doświadczeniu”. Ale ta ostatnia jest czysto empiryczną i stosuje się do ontologicznej nazwy danej choroby. Obiedwie te metody są jednakowo często używane, jak się o tem z łatwością przekonać można z każdej recepty praktyków i autorów lekarskich, tymczasem kwestyi nie ulega, że obiedwie te metody jednakowo są

złe. Pierwsza z nich ma jakiś pozór naukowości: stara się ona postępować podług pewnych wskazań. Klasy, podług których farmakologija dzieliła lekarstwa, są w rzeczy samej w pewnej części w naturze rzeczy uzasadnione; jak np. *Emetica*, *Laxantia*. Obok tych jednakże, spotykamy inny podział, którego nazwy już wskazują jakim poglądom zawdzięcza swoje powstanie. W istocie same nazwy rozmaitych grup lekarstw dowodzą, jak różnorodnie klędy rozmaitych epok służyły im za podstawy: z jednej strony ekлекtycyzm wszystko co było złe, a nowe przyjął, a wszystko stare złe zatrzymał. Środki czyszczące krew powstały z teoryi ostrości, środki zwalniające i wznacniająca wyszły z teoryi o „*strictum et laxum*”, środki rozpuszczające wzięły swój początek w teoryi zawałów. Jak można spodziewać się skutecznej pomocy od farmakologii, która wszystkie niedorzeczności pozbięła i w jedną niby całość złączyła? Wypada nam zauważyć że farmakologiczne, doświadczalne badania MAGENDIE'GO, mało były podówczas w Niemczech uwzględniane. Panowały tu wtedy spekulatywno-fantastyczne poglądy filozofii przyrody, jak to przekonać się łatwo możemy z bardzo, owego czasu cenionej SOBERNHAIM'A farmakologii, w której treść niedorzeczna, połączona jest z napuszonym i trudno zrozumiałym językiem.

„Jeżeli się zapytamy“ ciągnie dalej *Archivum* „co skłania owego praktyka, do wybrania w danym razie tego lub owego środka, to z łatwością się przekonamy że tylko samowola; nie więcej jak tylko samowola. Przywiedzmy sobie tylko na pamięć jedną z owych konsultacyj, od których chory z całą wiarą spodziewa się ratunku. Posłuchajmy jak tam rozmaite lekarstwa zachwalają. Jeden sądzi że należy chinę zastosować, drugiemu zdaje się że raczej wino byłoby tu na miejscu użyte, a trzeci twierdzi, iż w danym przypadku żelazo jest wskazane. Żadnemu z nich nawet na myśl nie przychodzi wymotywować swoje zdanie. Niejeden znalazłby się w niemalym kłopotcie, gdyby mu wypadało podać powody, dla których antymon lub rtęć, ołów lub cynk, belladonnę lub szaleń zapisal; tembardziej, gdyby go się spytano czy zna on dobrze różnicę w działaniu rozmaitych tych lekarstw”.

„Inna metoda, której się używać zwykło przy wyborze środka lekarzkiego: empiryczna, mniej jest kłopotliwą. Rozpoznawszy nazwisko sprawy chorobnej w danym razie, lekarz zastosowuje, albo próbuje środka, który przeciwko niemu był zalecany. W wielu przypadkach może wprowadzić racjonalny lekarz, przy obecnym stanie nauki niewiele więcej zrobić, jak np. przy niektórych chorobach przepuszczających. Jednakże myślący terapeuta powinien się tylko w ostateczności do tej metody uciekać”. Znajdujemy tu zatem te same wielkie wymagania stawiane dla terapii, co i u DIETLA, tę samą obawę z powodu wywodów przez analogiją przez medycynę empiryczną wyprowadzanych. Wszystko trzeba ściśle i racjonalnie wywodzić; pośredniej drogi niema. „Nie można być dosyć ostrożnym w przyjmowaniu pochwał, wygłaszanych często z lekkomyślnością o działaniu rozmaitych środków leczniczych. Tak wielu lekarzy wpada w błąd, któremu ulegają chorzy, że doznawszy raz dobrego skutku po użyciu jakiegoś środka domowego, zapominają o stu przypadkach, w których tenże sam środek żadnej nie przyniósł ulgi. Istnieje pewna klasa lekarzy, którzy cierpią na prawdziwą monomanię zalecania różnych środków leczniczych. Nowa jakaś maść wprawia ich w prawdziwy entuzjazm; najmniej prawdopodobna historia wyleczonej choroby i najbardziej awanturniejszy środek lekarski, o którym w jakimś piśmie codziennym wyczytali zachwyca ich. Niektórzy ludzie, są *au courant* wszystkiego co jest nowe a niedorzeczne, a pomimo to najgłębszy mają szacunek dla przestarzałych

przesądów i zespoleni są ze starami, oddawna zarzuconemi teoryjami medycznemi”.

Spotykamy się zatem w owej szkole fizjologicznej z krytyką, która krytyce DIETLA w niczem nie ustępuje. Dwaj Tubingscy docenci okazali się mistrzami w obalaniu dawnej medycyny empirycznej. Jednakże program ich jest bardzo mało zadawalający; tu widzimy u nich tylko krytykę, stronę ujemną. Ale gdzież są strony pozytywne, nowa medycyna fizjologiczna, której epokę *Archiv* zapowiada? Przy końcu powyższej pracy spotykamy się z pewną o niej wzmianką: „Metoda fizjologiczna musi przedewszystkiem przedsięwziąć badanie zasadniczych praw, na których spoczywają prawa ogólnie przyjęte; dalej musi śledzić drogi, które do tak bardzo rozpowszechnionych błędów doprowadziły, musi się starać przez większą oględność w spostrzeganiu, przez większą ostrożność w wyprowadzaniu wniosków, o uzyskanie stałszych praw dla postępowania terapeutycznego. Niejedno w rzeczy samej, w tym kierunku w ostatnich czasach spełniono, chociaż dużo jeszcze pozostają do zrobienia; a chociaż tym sposobem przyjąć możemy do smutnego przekonania, w jak wielkim błędzie nieraz lekarze się znajdowali, to jednak coraz jasniejszym się staje, że często z małą rzeczą, wiele spełnić zdołamy, jeżeli weźmiemy pod rachubę zbawienne działanie natury i z nią pospółem działać będziemy”.

(d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**0 wstrzykiwaniach podskórnych pilokarpiny przy porażeniu nerwu twarzowego** (*paralysis facialis*). Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego Paryżkiego 25 Października r. b. dr. STRAUS [*agrégé* wydziału lekarskiego w Paryżu (*Progrès médical*. 1879, Nr. 44)] odczytał pracę „O opóźnieniu wywołania potu na twarzy (*Retard de la sudation provoquée de la face*)” jako o nowej oznace wyróżniającej różne postaci porażenia twarzowego. Zaburzenia czynności gruczołów potowych w różnych cierpieniach układu nerwowego, ośrodkowego lub obwodowego, były dotychczas tylko przypadkowo i zbyt dorywczo badane. Powodem tego, w większej części, ciemność, jaka, aż do ostatnich czasów, panowała w wiadomościach naszych o unerwieniu gruczołów potowych. Wydzielinę potu uważano za w twórcę przeciekania (*filtratio*), pośrednio tylko, — bo jedynie pod wpływem nerwów na naczynia krwionośne, — zależny od układu nerwowego. Prawda, że jeszcze w roku 1874 w swych „*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*” prof. VULPIAN przyjmował istnienie nitek nerwowych „pobudliwo-potowych (*excito-sudoraux*)”, lecz bez dostatecznych powodów. Takowych dostarczyły dopiero poszukiwania: GOLTZ'A, LUCHSINGER'A, OSTROUMOW'A, NAWROCKIEGO, VULPIAN'A, ADAMKIEWICZA i innych, okazując istnienie prawdziwych nerwów potowych, działających na gruczoły potowe tak samo jak struna bębunkowa działa na śliniankę podżuchwową. Z drugiej strony posiadamy w pilokarpinie pewny środek napotny. Otóż STRAUS sądzi, iż należy zużytkować te dane i zbadać zachowanie się wydzieliny potu w różnych cierpieniach układu nerwowego (porażenia pochodzenia: mózgowego, rdzeniowego i obwodowego). Należy odtąd, badać gruczoły potowe zapomocą pilokarpiny, tak jak niezbędnym jest badanie nerwów i mięśni zapomocą elektryczności. Jako początek do tego, podaje S. wyniki poszukiwań swych nad zmianami w wywołaniu potu przez pilokarpinę, w różnych postaciach porażenia twarzowego. Poszukiwania fizjologiczne czynione przez ADAMKIEWICZA u człowieka, a przez VULPIAN'A i RAYMOND'A u konia, okazały bytność nitek nerwowych potowych w nerwie twarzowym. STRAUS robił poszukiwania: 1) przy porażeniu twarzowym pochodzenia mózgowego; 2) przy porażeniu tegoż nerwu pochodzenia obwodowego. Jeżeli przyczyna porażenia twarzowego jest w mózgu, to nie ma żadnej wyraźniej różnicy pomiędzy poceniem się połowy twarzy porażonej a zdrowej, ani co do czasu pojawienia się potu, ani co do jego ilości i długości trwania. Tak samo jak badanie elektryczne nerwów i mięśni nie wykazuje różnicy między stroną porażoną a zdrową, tak samo odczyn na pot (*réaction sudorale*) przy użyciu pilokarpiny

jest jednakowym z obu stron. Autor nie miał sposobności czynić doświadczeń w postaciach lekkich [to jest, przy niezmiennem zachowywaniu się mięśni i nerwu pod wpływem elektryczności (zob. MEDYCYNA, 1876, str. 296)], porażenia nerwu twarzonego pochodzenia obwodowego, — lecz za to w 5 przypadkach postaci ciężkiej, jakie mu się nastręczyły do badania, zauważył, iż po zastrzyknięciu pilokarpiny pot na połowie porażonej twarzy występuje o 1—3 minut później niż na zdrowej. Wkrótce potu jest jednakowa ilość po obydwu stronach, czasami tylko jest go więcej po stronie porażonej i dłużej tam istnieje. Najstałym jednak i najwybitniejszym objawem jest opóźnienie, o którym dopiero co mówiliśmy. S. zestawia ten objaw z objawami elektro-mięśniowymi i sądzi, iż tak samo dla czynności potowej, jak i dla nerwów ruchowych i mięśni, ma miejsce t. zw. „odeczyn z wyrodnienia” (Erb). Mniej wyraźnymi są zboczenia w wydzielaniu śliny. Zazwyczaj nie ma różnicy między oboma stronami. W niektórych jednak przypadkach ciężkich porażenia nerwu twarzonego (prawdopodobnie z udziałem przynajmniej jednej) skoro zwrócono uwagę chorego, zauważył on, iż po zastrzyknięciu pilokarpiny, ślina zawsze pierwszej zaczęła się wydalać po stronie zdrowej. Prawda, iż jest to objaw przedmiotowy (subiektywny), lecz z pewnemi ostrożnościami i z uwagą badany, może i on mieć swą wartość w rozpoznaniu topograficznem porażen 7 pary nerwów czaszkowych.

W. Gajkiewicz.

## OGŁOSZENIA.

### ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem

D-ra J. Rogowicza.

Rok II—1880.

Wyszedł z druku w 2-eh częściach, a mianowicie:

**Część I** (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (za rok od d. 1 Lipca 1878 do 1 Lipca 1879 r.)


**Część II** (oprawiona w płótno angielskie, z dodaniem ołówka Faber'a i tabelki zamiany wagi dziesiętnej na apteczną) zawiera: Trucizny i odtrutki. Ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne i t. p. z wymienieniem ostatniej stacji drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Sposób robienia kumysu z mleka krowiego. Nowsze środki lecznicze: ich własności chemiczne, działanie fizjologiczne, dawki i wskazania lekarskie do ich użycia. Największe dawki nowych i niektórych mniej używanych leków. Adressa lekarzy: wykładających na wydziale lekarskim uniwersytetu Warszawskiego, praktykujących i urzędujących w Warszawie i we wszystkich guberniach Królestwa Polskiego. Adressa lekarzy Polaków praktykujących i urzędujących w Petersburgu i lekarzy praktykujących w Krakowie. Dziennik z kalendarzem na rok 1880. Tablicę brzemienności i skorowidz. Pod względem technicznym starano się wprowadzić wszelkie pożądane ulepszenia, a mianowicie: część II oprawiona, jest o 2 ctm. węższą od zeszłorocznej i nieco dłuższą, a druk ściślejszy (petit). Cena 1 rs., z przesłaniem 1 rs. 20 kop. Nadsyłający 1 rs. do Redakcyi Medycyny kosztów przesłania nie ponoszą.

W biurze Administracyi Medycyny sprzedaje się dziełko p. n.

**O odstawianiu (odłączaniu) dzieci od piersi.**

Podług d-ra BROCHARD'A, streścił i dopełnił M. Bojasiński, lekarz powiatu Błońskiego. Warszawa 1879, str. 45, w małej 8-ce. Cena 40 kop. Nabywać również można w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 31 Октября 1879 г.—Czcionkami M. Ziembkiewicza i W. Noakowskiego. Krak. Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (ztp. 1).