

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

**TREŚĆ: Rozprawy.** O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów. Napisał dr. Ludwik WOLBERG. (Dokończenie).— Praktyczne przykłady oznaczania refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia. Napisał dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy).— Wykłady z dziedziny fizyologii. O trawieniu, C. A. EWALD'A. Przełożył dr. L. A. ANDERS. (Ciąg dalszy).— Streszczenia i wyciągi. O związku zachodzącym między płonicą i dyfteryją. Przyczynek do operacyjnego leczenia znamienia wrodzonego. Wodan chloralowy przeciw ostremu niezżytowi żołądka i jelit. *Rhus aromatica* przeciw mimowolnemu moczeniu.—Kronika zagraniczna. Wiadomości z Londynu, Bernu, Medyolanu, Bolonii i Pesztu.—Kronika miejscowa. W sprawie adresu lekarzy do KRASZEWSKIEGO. Ś. p. Mateusz FONBERG.—Ogłoszenia.

## O ZSZYWANIU, ODTWARZANIU SIĘ I NACIĄGANIU NERWÓW.

Napisał dr. Ludwik Wolberg.

(Dokończenie. Zob. Nr. 35, 36 i 38.)

Dr. H. SZÜSSLER (*Mimischer Gesichtskrampf. Dehnung des Facialis. Heilung. Berl. klin. Woch. 1879. Nr. 46*) naciągnął *n. facialis* przy *Tic convulsif*, nieustępującem żadnemu leczeniu. W trzy dni po operacyi zupełne porażenie twarzy (jak zwykle po naciągnięciu nerwu), które później ginie i w 2½ miesiąca po operacyi chora została zupełnie wyleczoną. Prof. NUSSBAUM (*HEN l. c.*) przy *Neuralgia intercostalis*, od 20 lat trwającej, obnażył nerwy międzybrowe VIII, IX i X z lewej i prawej strony i naciągnął je; po operacyi bóle się nie powtórzyły. Następnie KOCHER (*Centr. f. Chir. 1879. Nr. 33*) przy *Neuralgia supraorbitalis* po naciąganiu widzi wyzdrowienie. MORTON (*ibidem. Nr. 30. 1879*) z powodu klutej rany *n. łokciowego* i następowej neuralgii z pomysłnym skutkiem naciąga ten nerw; przy *Ischias* zrobił tenże autor bez skutku operacyją; rwa ustąpiła dopiero po neuroktomii. HIGGINS (*HEN l. c.*) przy neuralgijach po wyfuszczeniu galki ocznej w dwóch przypadkach naciągnął z doskonałym wynikiem *n. supra et infraorbitales*. STUART (*ibidem*) przy neuralgii twarzowej i skurczach mięśni twarzowych naciągnął bez skutku dwa razy *N. infraorbitalis*, a dopiero po naciągnięciu *N. alveol. inf.* przy wyjściu tegoż z *for. mentale* nastąpiło wyzdrowienie. Tenże autor przy *Ischias* po naciąganiu widzi poprawę. ANNANDALE (tamże) przy *Torticollis* bez skutku naciąga *N. acces. Willisii* i dopiero po neurektomii tegoż nerwu następuje wyzdrowienie. LAURY przy *Lepa anaesthetica* u 30 chorych naciąga nerw łokciowy i spostrzega znakomitą poprawę we wszystkich przypadkach. Przy tężcu traumatycznym w r. 1879 operowali: MORRIS bez skutku, ROT-

TON w 4 przypadkach (3 wyzdrowienia a 1 śmierć), WATSON w dwóch przypadkach, śmierć, KLAMROTH, bez skutku, KRABEL, śmierć tegoż dnia co operacja, PANSCHAW, wyzdrowienie, CLIN, bez wyniku.

W r. 1880 dr. MASING (Naciąganie nerwu nadoczodołowego przy neuralgii. *Ref. z Med. Times and Gazette* w Nr. 8 KRONIKI LEK. 1880) przy nieustępującej żadnym lekem neuralgii nadoczodołowej z doskonałym skutkiem naciągnął odpowiedni nerw. W Warszawie pierwsza operacja naciągania nerwu była wykonaną w roku bieżącym przez prof. KOSIŃSKIEGO, przy rwie kulszowej, z doskonałym wynikiem. Następnie prof. JEFREMOWSKI przy *Tabes dorsualis* naciągnął nerw kulszowy (opierając się na spostrzeżeniu LANGENBUCH'A p. w.), lecz bez skutku. Tudzież kolega R. JASIŃSKI w dwóch przypadkach *Tabes dorsualis* naciągnął raz *plexus brachialis*, a drugim razem u innego chorego naciągnął nerw kulszowy; obie operacje bez skutku. (Pierwszy chory kol. JASIŃSKIEGO jest tym samym, u którego prof. JEFREMOWSKI naciągnął *n. ischiadicum*).

W tem zestawieniu starałem się ugrupować wszystkie ogłoszone dotychczas przypadki naciągania nerwów, jeżeli kilku, lub nawet kilkunastu nie odszukał, to niechaj zdanie: „*Feci quid potui, faciant meliora potentes*” mnie usprawiedliwi. Naciąganie pni nerwowych miało miejsce przy rozmaitych cierpieniach, a mianowicie najczęściej przy neuralgijach traumatycznego, reumatycznego i innego pochodzenia (GÄRTNER, PATRUBAN, VOGT, CALLENDER, PETERSEN, NUSSBAUM, CZIN, KOCHER, MORTON, HIGGINS, STUART, SKLIFASSOWSKIJ, MASING, KOSIŃSKI); z 18 przypadków, operowanych przez tych chirurgów, spostrzegano wyzdrowienie 15 razy, dwa razy zmniejszenie się bólów, a raz operacja pozostała bezskuteczną i dopiero neurektomija zmogła bóle. A zatem odsetka wyzdrowienia przy neuralgijach 88<sup>9</sup>/<sub>10</sub>. Przy drgawkach operowali BILLROTH, NUSSBAUM, SCHÜSSLER, BAUM, ANNANDALE; z tych pięciu przypadków cztery zakończyły się wyzdrowieniem, a jedna operacja bez skutku, kontraktura ustąpiła po dokonaniu neurektomii. Odsetka wyzdrowień przy drgawkach 80<sup>9</sup>/<sub>10</sub>.

Przy epilepsji NUSSBAUM u dwóch osobników z doskonałym wynikiem operował; tenże operował przy paraplegii (kurcze kloniczne w kończynach ustąpiły po operacji ale, jak się dowiaduję od kol. T. DUNINA, który zna chorego, kontraktury w kończynach obecnie znów są w pełnej sile; chory ten był operowany w roku 1877). Przy traumatycznym teżcu operacją wykonali DRAX, MORRIS, ROTTON (4 przypadki), WATSON (2 przyp.), KLAMROTH, KRABEL, PENSCHAW, CLIN, VOGT, KOCHER; z tych 14 przypadków pięć razy spostrzegano zupełne wyzdrowienie; w czterech przypadkach kurcze się zmniejszyły po operacji, ale śmierć pomimo tego nastąpiła; nareszcie w pięciu przypadkach operacja była bez skutku i śmierć zakończyła pasmo cierpień. Przy *Tabes dorsualis* w przypadkach LANGENBUCH'A, JEFREMOWSKIEGO i JASIŃSKIEGO, raz podobno spostrzegano wyzdrowienie (?), dwa razy bez wyniku; nareszcie naciąganie nerwów wykonano w trzydziestu przypadkach *Lepra anaestheticae* ze znakomitą poprawą po operacji.

Jak widzimy większość tych operacji była uwięziona bardzo po-myślnym wynikiem; doraźność działania i łatwe wykonanie operacji były powodem, że, pomimo krótkiej jej egzystencji już pokaźna liczba przypadków została ogłoszona. Jednakowoż dotychczas po większej części operacja ta była wykonywana jedynie w ostateczności, jako *ultimum remedium*, gdy inne leki (odurzające, kąpiele, elektryczność, masaż i t. p.) nie pomagały; tylko wyjątkowo zatem brano się do operacji, a to z powodu, że nie wiedziano, na czym się zasadza jej skuteczność i jakie zachodzą zmiany w nerwie i w rdzeniu po naciągnięciu; tudzież wskazania do tej operacji nie były sformułowane. Prof. VOGT w tak często wspomnianem przezemnie doświadczalno-klinicznym studyum wziął na siebie obowiązek zbadania owych kwestyj; w jego ślady wstąpił dr. HEN (*l. c.*). Dotychczas nie ogłoszono nowszych prac w tym przedmiocie, z nich więc zaczerpuję następujące wiadomości. Pod wpływem naciągania nerwu następuje podług VOGTA przemieszczenie i obłuznienie nerwu w jego pochwie w kierunku do i odśrodkowym, połączone z oblaźnieniem i wydłużeniem naczyń, biegnących w *perineurium* do nerwu; skutkiem tego następuje rozszerzenie naczyń, które przyjmują jednocześnie wężykowaty przebieg. To przekrwienie głównie się daje spozstrzegać w punktach, w których naczynia przenikają w nerw. Oprócz przekrwienia można zauważyć i nieznaczne wybroczyny krwi. O zmianach w samych nerwach, w miazdze nerwowej i włókienkach osiowych VOGT nie wspomina. Opisane powyżej zmiany w nerwie giną po sześciu tygodniach. Oprócz tego autor ten dowodzi, że elastyczność nerwów jest niewielką, lecz zupełną, t. j. dla nieznacznego wydłużenia nerwu konieczną jest wielka siła, a po wydłużeniu nerw następnie wraca do prawidłowej długości. Przy silnem naciąganiu nerwu, zostaje tenże wyrwanym z swych obwodowych przyrzędów. Nareszcie podług VOGT'A naciąganie nerwu nie udziela się wcale ośrodkowym nerwowym przyrzędom, a tylko obwodowym. Na zasadzie więc owych zmian, zachodzących w nerwie po naciąganiu, zmieniają się warunki odżywiania, zmniejsza się ucisk, wywierany na nerw przez *perineurium* i wrywa się nerw z przyrostów obwodowych (prawidłowych i patologicznych), skutkiem tego fizjologiczna czynność danego nerwu chwilowo ustaje, czyli że połączenie między ośrodkiem a przyrzędem obwodowym czasowo ustaje, a przez ten czas rdzeń lub mózg mają sposobność powrócić do stanu prawidłowego; sam zaś nerw (przy neuralgiach) wraca do zdrowia, gdyż warunki odżywiania zostają przez naciąganie zmienione. HEN mniej więcej zgadza się ze zdaniem VOGT'A; jednakże przy silnem naciąganiu widział on nieraz włókna nerwowe, w których pochewka SZWANN'A była całą, ale miazga i włókienka osiowe zostały poprzerywane; inne zaś nieprzerwane włókna w skutek operacji stają się węższe, wkrótce jednak po operacji dzięki elastyczności wracają do prawidłowego wymiaru. W sprzeczności z VOGT'EM utrzymuje HEN, że naciąganie nerwu mechanicznie się przenosi i na ośrodki. Po naciąganiu następuje zmniejszenie działalności zwrotnej t. j. odruchów (tem się wyja-

śnia pomyslny skutek operacyi przy epilepsy, tężcu traumatycznym). Sama zaś pobudliwość i przewodność nerwowa zmniejsza się wedle VOGT'A, a podług HEN'A zawsze się zwiększa.

Widzimy więc, że zmiany anatomiczne i fizyologiczne, zachodzące w nerwie po naciąganiu nie są jeszcze dokładnie opracowane, w najważniejszym nawet punkcie rozchodzą się zdania, gdy bowiem VOGT nie wierzy w działanie tej operacyi na ośrodki, HEN przemawia za jej skutecznością i w tym kierunku.

Co się dotyczy techniki operacyjnej, to ta nie jest trudną; dla każdego nerwu zostały wskazane okolice, w których obrażenie nerwu jest najłatwiejszem i z najmniejszymi obrażeniami jest połączone; te *loci electionis* przedstawione są w dziełku VOGT'A na stronicach od 57 do 78, wraz z rysunkami, a powtórzone w rozprawie HEN'A; tam odsyłam operującego. Co do samego naciągania, to zwykle uskutecznia się ono w obu kierunkach, od i dośrodkowym i przytem ze znaczną siłą; oprócz tego niektórzy gniotą nerw palcami; naciąganie odbywa się siłą ręki, podprowadza się wskaźciel pod pień nerwu i wyciąga go w kształcie pętli z rany, następnie uchwyciwszy nerw pomiędzy paluch i wskaźciel, pociąga się go ku obwodowi, a następnie ku środkowi. Można też naciągać nerw, podprowadziwszy podeń tasiemkę gumową, albo szklany gruby haczyk, którym nerw, o ile można wyciąga się z rany; dla silnego naciągania nerwu kończyny wystarcza siła podnosząca ją za nerw ku górze. Co do grubszych nerwów nie ma obawy ich rozerwania, gdyż podług doświadczeń TILLAUX (*Des affections chirurgicales des nerfs. Ref. w Schmid's Jahrb. 1867. II. S. 131*) dla rozerwania nerwu pośrodkowego na trupie potrzeba 20—25 kilogram., tyleż dla łokciowego, dla kulszowego 54—58 kilogram. Wedle moich doświadczeń, na kilku trupach różnego wieku dokonanych, wymaga nerw pośrodkowy 30—37 kil., łokciowy 26—29, *tibialis* w jamce podkolanowej 37—40 kil. Przerwanie nerwu przy doświadczeniu ma miejsce, nie w punkcie założenia za nerw haczyka, do którego przywieszaliśmy ciężary, lecz zwykle poniżej tego punktu, niekiedy spostrzegalem wyrwanie nerwu (np. łokciowego ze spłotu ramieniowego), mające miejsce o kilka cali ponad mniejszem założeniem haczyka. Grube nerwy są tak wytrzymałe, że przy operacyi nie łatwo ulegną rozerwaniu, natomiast naciągając cieńsze nerwy niezbędna jest wielka ostrożność i tak np. podług moich doświadczeń nerw nadoczodołowy zostaje przerywanym przy 2—3½ kil., podoczodołowy tuż przy wyjściu z *canalis infraorbitalis*, przy 4—6½ kil., a *alveolaris inferior* przy wyjściu z *foramen mentale*, przy 1—2½ kilogram. Podług HEN'A naciąganie powinno być robione nie siłą ręki, lecz ciężarami, przechodzącymi po za połowę tej siły, od której całość nerwu zostaje naruszoną; a zatem koniecznem jest doświadczeniami na trupach oznaczyć dla każdego nerwu tę siłę, która go rozrywa. Doświadczenia tego rodzaju przedsięwziętem obecnie i po zebraniu wyników oddzielnie je ogłaszę.

Cienkie i krótkie nerwy nie mogą być naciągane palcami, dla nich głównie bywa używaną tasiemka, lub też pincet, którego końce obłożone są

gumma. Operacyja naciągania nerwu powinna być skuteczną z zachowaniem wszelkich przepisów antyseptyki, w niektórych bowiem przypadkach (BILLROTH'A i innych), gdzie ostrożność ta nie była zachowana, długo trwające ropienie z zatokami wzdłuż nerwu przyłączyło się po operacyi.

Co się dotyczy wskazań do tej operacyi, to te nie dają się jeszcze z zupełną ścisłością sformułować: przy neuralgijach i kontrakturach, gdy inne sposoby leczenia okazały się bezskutecznymi, wskazanem jest wykonanie operacyi; w tężcu traumatycznym radzi VOGT natychmiastowo wyswobodzić koniec nerwu z blizny, lub wyjąć zeń obec ciało i następnie, gdy to nie pomogło, naciągnąć pień nerwu; przy epilepsyi, *tabes dorsualis* i innych cierpieniach przyrzędu nerwowego ośrodkowego naciąganie nerwów tylko *experimenti causa* może być wykonanem i przytem z małą nadzieją ulgi, a jeszcze mniejszą, a nawet prawie żadną wyleczenia. O ile operacyja ta jest niewinna, gdy ostrożnie jest wykonywana, niech za dowód służy zdanie VOGT'A, że przy neuralgii w dolnej szczęce operacyja naciągania *n. alveolaris inf.* przy wyjściu jego z *foramen mentale* z równą śmiałością i łatwością wykonaną być może, jak wyrwanie zęba.

### Praktyczne przykłady oznaczania refrakcyi, akomodacyi i ostrości widzenia.

Podał dr. Stanisław Koźmiński.

(Dokończenie—Zobacz Nr. 38).

Przykład III. Starzec 70-letni uskarża się że okulary, których używa od wielu lat, już mu nie wystarczają. Chory nasz zaczął używać szkieł do widzenia zbliżka w 50-tym roku życia; stąd przypuszczamy, że refrakcyja jego oka jest w niskim stopniu krótkowzroczna; presbyopija bowiem poczyna się u prawidłowowzrocznego w 45 r. życia, u nadwzrocznego wcześniej, u krótkowzrocznego później.

Oznaczamy łamalność oczu naszego chorego i znajdujemy obustronną prawidłowowzroczność; nadto w lewym oku  $V = \frac{5}{6}$ , w prawym  $V = \frac{5}{18}$ . Stwierdzona w naszym przykładzie emmetropija nie wyklucza wcale możliwości aby osoba badana nie była kiedyś krótkowzroczną. I rzeczywiście diagramma DONDERS'A uczy nas, że łamalność oka zmniejsza się począwszy od 65 r. życia, że w 70 roku o jedną dioptryję jest słabsza od tej, jaką była przed 65 rokiem życia. U naszego chorego refrakcyja niegdyś rzeczywiście mogła być krótkowzroczna i ta następnie przeszła w prawidłowowzroczną.

Starzec nasz do czytania w odległości 22 ctm. potrzebuje używać szkieł 4,5 D. Okulary których dotąd używał (Nr. 18 dawny czyli 3 D) są za słabe o 1,5 D i dziwić się należy jak mógł nasz chory tak długo posługiwać się temi szklami; teraz bowiem jeszcze utrzymuje, że przy pomocy dawnych swych okularów czytać jeszcze może druk grubszy, ale nie długo i przy mocnym świetle. Zobaczymy jak się owo czytanie odbywa: czyta on Nr. 1½ SNELLEN'A trzymając książkę zdaleka od oka, a czytając przy lampie ustawia ją między książką a okiem. I rzeczywiście przy pomocy

szkła 3D czyta on w odstępnie 33 ctm., ale nie długo i tylko wtedy gdy silne światło zwięzi jego źrenice tak że się zmniejszą okręgi rozpięchłe, jakie muszą tworzyć na siatkówce głoski do których oko nie jest nastawione. Przez soczewkę + 4,5D czyta nasz chory aż do odległości 22 ctm. Czy mu zalecić rzeczony numer?

Ponieważ przywykł on od dawna czytać i pisać w większej odległości, przeto szkło słabsze będzie dlań wystarczające a nawet dogodniejsze. Zalecamy mu Nr. 4, który sprowadza jego punkt bliży na odległość 25 ctm. Nie wątpimy, że chory nasz z takich okularów będzie zadowolony, tym więcej że łatwo do nich przyzwyczai się, gdyż różnica w łamalności jego dawnych szkieł i nowych nie jest znaczna.

Badając każde oko oddzielnie, przekonaliśmy się że chory lewym okiem tylko czyta drobny druk we wspomnianej odległości; prawem okiem, którego ostrość widzenia jest niedostateczna, rozpoznaje głoski większe. I inaczej być nie może: jeżeli bowiem przy patrzeniu zdala, rozeznaje on prawem okiem głoski trzy razy większe od tych, jakie widzi okiem lewym; to i głoski, które ma tem okiem widzieć zbliżka, muszą być również większe.

Ostrość widzenia oka lewego  $\left(\frac{5}{6}\right)$  nie przekracza jeszcze granicy właściwej wiekowi chorego. Zmniejszona przezroczystość środków łamiących i osłabiona tkliwość siatkówki wystarczają do upośledzenia ostrości widzenia o  $\frac{1}{5}$ . Oświetlenie boczne w danym razie wykazuje zaćmienia środków dioptrycznych, a oftalmoskop—zmiany starec w nerwie wzrokowym.

Ale drugie oko, którego ostrość widzenia wynosi  $\frac{5}{18}$  nie jest normalne.

Zaleciwszy choremu wpatrywać się tem okiem na mały punkt świetlny umieszczony w bliżkiej od oka odległości, usłyszymy skargi jego na zmnożenie obrazu (*polyopia*), objaw, który łatwo da się wyjaśnić powstającą w temże oku zaćmą.

Przykład IV. Wehodzi do nas mężczyzna 30-letni w okularach; oczy jego są wystające, wielkie a przedewszystkiem długie, o czem przekonywamy się roztworzywszy powieki i usunąwszy je nieco ku tyłowi. Jeden brat chorego, równie jak i dwie siostry są krótkowzroczne; drugi brat dobrym cieszy się wzrokiem. Sam chory nigdy nie widział dobrze zdaleka i dawniej często posiłkował się okularami swego brata starszego. Chory twierdzi, że rodzice jego nie są krótkowzroczni, że ojciec wyróżnienym obdarzony jest wzrokiem, że teraz w 70-tym roku życia bez okularów najdrobniejsze rozeznaje głoski. Dla nas jest to niezaprzeczone dowód krótkowzroczności, gdyż w przeciwnym razie starzec ten powinienby używać szkieł wypukłych. Chory nasz używa soczewek wklęsłych ( $6\frac{1}{2}$  dawnego układu) które sam sobie dobrał; twierdzi, że przy ich pomocy widzi wybornie, że czyta najdrobniejszy druk nawet o zmierzchu; nie żąda, abyśmy wzrok jego badali, a prosi tylko o jaką wodę dla uśmierzenia bólów neuralgicznych, jakich niekiedy doznaje w czole i oczach.

Pomimo tego, poddajemy ściślemu badaniu jedno oko po drugim. Dajemy choremu książkę z bardzo drobnym drukiem i oznaczamy największą odległość, w jakiej on czytać może. Odległość ta wynosi 20 ctm. co odpowiada 5D.

Zdala chory nasz nie rozpoznaje żadnej głoski ze skali SNELLEN'A. Przez szkło wklęsłe Nr. 4 czyta do Nr. 12; przez szkło 4,5D rozeznaje niektóre głoski Nr. 9; przez soczewkę 5D czyta prawie cały rząd Nr. 7, z wyjątkiem głosek O i E, które jednak nie są trudne do rozróżnienia;

a nawet przy pomocy tego szkła odgaduje niektóre głoski Nr. 6. Soczewka 6 D wydaje mu się lepszą, chociaż przez nią więcej nie widzi. Krótkowzroczność więc tego oka 5 D; ostrość widzenia ( $V$ ) około  $\frac{5}{7}$ . Taki sam stan znajdujemy i w oku drugim.

Okulary więc jakich używał nasz chory ( $6\frac{1}{2}$  dawnego układu, co odpowiada blisko 6 D nowego układu) są za mocne; niewątpliwie, że szkła te, pobudzając do wysiłków akomodacyjnych znacznie osłabiały jego oczy. Teraz w 30-tym roku, gdy akomodacja nie jest już tak dzielna jak w 20 roku, owe wysiłki siły nastawczej stają się wielce nużąciami dla naszego chorego, który wyznaje że pomimo swych doskonałych okularów, nie widzi już zdala tak dobrze jak dawniej.

Czemu więc przypisać należy to uposledzenie ostrości widzenia? Może znajdują się zmiany chorobowe w naczyniówce; te z łatwością stwierdzić możemy za pomocą wziernika ocznego. Ale przedewszystkiem przekonajmy się czy nie istnieje astygmatyzm, który już podejrzwać mogliśmy, ze względu na wspomniane wyżej mieszanie z sobą głosek.

Zalecamy osobie badanej wpatrywać się w promienistą figurę SNELLEN'A w odległości 4 metrów, szerokość bowiem tych promieni jest mniejsza od szerokości czarnych linii głosek Nr. 9, które chory rozeznawał w odległości 5 metrów. Przez szkło kuliste — 5, chory nasz lewym okiem widzi wyraźnie tylko linię z lewej strony pochyloną na  $10^\circ$  ku linii poziomej ( $80^\circ$  względnie do pionowej); wszystkie inne promienie wydają mu się mniej wyraźnymi, szczególnie zaś najwięcej rozlaną jest linia prostopadła do wyżej wskazanego kierunku t. j. pochylona z prawej strony na  $10^\circ$  ku linii pionowej.

Istnieje więc w danym razie astygmatyzm jednostajny: jeden z dwóch głównych południków jest pochylony na  $10^\circ$  ku poziomowi, drugi — na  $10^\circ$  ku linii pionowej; krótkowzroczność tego ostatniego wynosi 5 D, gdyż chory widzi wyraźnie linie prostopadłe do rzeczonego kierunku. Dla oznaczenia łamalności drugiego południka, łączymy ze szkłem kulistym — 5 D soczewkę cylindryczną wypukłą 0,25 D, o osi pochylonej na  $10^\circ$  ku poziomowi. Przez tak połączone szkła chory widzi gorzej. Prawdopodobnie drugi południk jest jeszcze więcej krótkowzroczny. Probujemy szkła cylindryczne wklęsłe począwszy od 0,25 D; chory widzi lepiej, a za dodaniem soczewki cylindrycznej 0,75 o osi  $80^\circ$  pochylonej ku linii pionowej (co oznaczamy  $80^\circ$ ) wszystkie linie figury gwiazdowatej przedstawiają się jednakowo wyraźnie, i ostrość widzenia u naszego chorego dosięga  $\frac{5}{5}$ .

W oku prawem znajdujemy taki sam stan zdrożnowzroczności, z tą tylko różnicą że pochYLENIE południka astygmatycznego jest symetrycznym w porównaniu z okiem lewym, tak że oś soczewki cylindrycznej poprawczej powinna być nachylona  $80^\circ$ .

Badanie nasze niezaprzeczenie wykazało, że różnica w łamalności obu południków wynosi 0,75 D. Ale czy możemy być pewni, że krótkowzroczność jednego południka równa się 5 D a drugiego 5,75 D? Nie; gdyż część myopii może być następstwem wysiłku nastawczego. Dla przekonania się o tem, łączymy z soczewką cylindryczną poprawczą — 0,75 D, szkła kuliste wklęsłe coraz słabsze i widzimy że za dodaniem szkła — 4 D, chory różnia dane przedmioty tak samo jak poprzednio a nawet lepiej, gdyż twierdzi, że widzi przedmioty większe i że okulary wcale oczu jego nie nużą.

Nierzadko zdarza się nam spotkać astygmatyków krótkowzrocznych, którzy niezadowoleni ze swych szkieł wklęsłych, uciekają się do coraz wyższych numerów: małość bowiem obrazów przyjmują za ich wyrazistość.

Tym sposobem ich mięsień nastawczy utrzymuje się w ciągłym skurczu, czego następstwem jest astenopia, której towarzyszą bóle newralgiczne i światłowstręt a co gorsza, zapalenie naczyńiówki które wywołało krótkowzroczność, przez ciągłe podrażnienie okolicy rzęskowej, może przybrać groźną postać.

Przekonawszy się nareszcie za pomocą oftalmoskopu, że myopia u danego chorego wynosi rzeczywiście 4 D, zalecamy do patrzenia w dal następujące okulary:

O. L. Soczewka kulista wklęsła 4 połączona z soczewką cylindryczną wklęsłą 0,75, z osią 80°. O. P. Soczewka kulista wklęsła 4, połączona z soczewką cylindryczną wklęsłą 0,75, z osią 80°.

Do patrzenia w bliskiej odległości radzimy naszemu choremu używać jedynie soczewek cylindrycznych wyrównujących różnicę łamalności obu południków t. j. szkielek cylindrycznych wklęsłych 0,75 z osiami pochyłonemi tak jak wyżej wskazano. Przez te okulary chory widzi daleko wyraźniej, głoski wydają mu się czarniejszemi a co ważniejsza książka może być oddalona na większą odległość, pomimo że szkła naznaczone wywierają działanie optyczne bardzo słabe i to tylko na jeden południk. Przy poźegnaniu nie zapominamy o udzielaniu choremu rad higienicznych.

Po niejakiem czasie, chory wraca do nas. Stosował się on do rad udzielonych; z czytaniem idzie mu bardzo dobrze, również z patrzeniem w dal; ale gra na fortepianie jest dlań wysoce utrudniona. Używając swych okularów cylindrycznych musi się on znacznie nachylać dla dokładnego rozeznania nót. I nie może być inaczej: krótkowzroczność jego wynosi 4 D, poprawiona została jedynie różnica w łamalności południków; gdy zaś do widzenia nót mniej więcej w odstępnie 50 ctm., potrzeba  $\frac{100}{50} = 2$  D, należy więc krótkowzroczność naszego chorego zmniejszyć o 2 D, co dokonywamy, zalecając mu do soczewek cylindrycznych z kierunkiem osi wskazanym dodać soczewkę kulistą wklęsłą Nr. 2.

Przykład V. Młodzieniec 15-letni nigdy nie widział dobrze ani z daleka ani z bliska; okulary, jakie sobie niejednokrotnie sam dobierał probował, nie poprawiały mu wzroku. Teraz upośledzone widzenie stanowi dla niego ważną przeszkodę w naukach: nie widząc z dala nie może bowiem korzystać z przykładów matematyki, a nadto z trudnością przychodzą mu rysunki geometryczne.

Oczy chorego nie przedstawiają żadnej zmiany gołem okiem widocznej: gałki oczne nie są ani zbyt krótkie ani nadmiernie długie. Uderza nas tylko bardzo wyraźna niesymetryczność jego twarzy, okoliczność, która odrazu w umyśle naszym budzi podejrzenie astygmatyzmu. W tym też kierunku zaczynamy badanie: lewem okiem bez pomocy szkielek chory czyta zaledwie dwa pierwsze rzędy (Nr. 60 i 36) tablicy SNELLEN'A i to niewyraźnie a usiłując widzieć dokładniej, popełnia grube i dziwaczne błędy. Mięsza z sobą głoski zupełnie do siebie niepodobne; rozeznaje głoski trudniejsze a nie rozróżnia najprostszych. Soczewka wypukła 1 D, podnosi jego ostrość widzenia do  $\frac{5}{24}$ ; szkło wypukłe mocniejsze pożytku nie przynosi.

Wpatrując się przez szkło wypukłe 1 D na gwiazdową tablicę SNELLEN'A, widzi wyraźnie tylko jedną linię pionową, ale i ta nie przedstawia mu się zupełnie czarną.

Do wspomnianego szkła dodajemy soczewkę cylindryczną wypukłą 0,5 ustawiając jej oś prostopadle do kierunku linii, którą chory widzi czystiej: widzenie pogarsza się. Odpowiedni więc południk nie wydaje się być nad-



wzrocznym, linije bowiem gwiazdowatej figury nie przedstawiają się dokładnie przez szkła wypukłe 1 D, a jeszcze więcej są zamazane za dodaniem szkła cylindrycznego + 0,5.

Obracając jednak cylinder przed okiem, znajdujemy nakoniec położenie, przy którym linija pionowa wyraźniejszą się staje niż przy użyciu samego szkła sferycznego: dzieje się to wtedy gdy oś cylindra jest pionowa. Południk więc poziomy jest więcej nadwzroczny niż na 1 D.

Próbujemy szkła cylindryczne mocniejsze: linija pionowa staje się coraz wyraźniejszą, linije sąsiednie odznaczają się coraz więcej, aż nakoniec przy soczewce cylindrycznej + 4, wszystkie prawie linije są dokładnie widziane, z wyjątkiem linii poziomej i dwóch sąsiednich.

Przy połączeniu szkła sferycznego + 1 z cylindrycznym + 4 o osi pionowej, ostrość widzenia osiąga  $\frac{5}{9}$ . Jest to już wynik bardzo świetny w porównaniu z tą korzyścią jaką dawały same tylko szkła kuliste. Tym atoli wynikiem jeszcze nie zadawaliśmy się, wiedząc że południk pionowy nie jest jeszcze poprawiony, gdyż linije poziome nie przedstawiają się tak wyraźnie jak pionowe.

Wiemy już, że południk ten w danym razie nie jest więcej nad 1 D nadwzroczny. Badamy, czy nie jest czasem prawidłowowzroczny t. j. czy przy samej tylko poprawie południka poziomego, linije nie będą wyraźnie widzianymi. Całkowita nadwzroczność południka poziomego wynosi 5 D (4 D szkła cylindrycznego, 1 D soczewki sferycznej). Przez szkło cylindryczne + 5 D o osi pionowej chory widzi zarówno dobrze a nawet lepiej, a za dodaniem soczewki cylindrycznej wklęsłej 0,75 D linije poziome stają się zarówno wyraźne jak pionowe i inne, a ostrość widzenia osiąga  $\frac{5}{5}$ . Chory więc nasz jest dotknięty astygmatyzmem mieszanym: południk

poziomy jest nadwzroczny 5 D, pionowy — krótkowzroczny 0,75 D. Ostatecznie zalecamy okulary: szkło cylindryczne wypukłe 5 D o osi pionowej połączone ze szkłem cylindrycznym wklęsłym 0,75 D o osi poziomej. Badanie oka prawego wykazało tenże sam stan refrakcyi.

Nie powiększamy liczb przykładów, sądząc że podane wyżej wskazówki wystarczą, aby czytelnik w każdym przypadku mógł oznaczyć naturę zdrożnowzroczności i ocenić jej stopień.

## WYKŁADY Z DZIEDZINY FIZYJOLOGII.

### O t r a w i e n i u.

Wstęp do wykładu klinicznego chorób narządów trawienia.

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

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

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 22, 24, 27, 29, 32 i 35).

Ślina, spływająca do jamy ust ze wszystkich przewodów, tworzy tak zwaną ślinę mieszaną. O jej składzie chemicznym łatwo wytworzyć sobie pojęcie na podstawie tego cośmy nieco wyżej powiedzieli o wydzielinie każdej ślinianki po szczególe, tutaj jedynie pozwolę sobie zwrócić uwagę na jej ciężar gatunkowy (1004—1009). Znajdujemy w niej często rodanek potassu; był on przedmiotem licznych prac, zdaje się być jednakże poprostu wynikiem rozkładu (wedle PETTENKOFER'A) mocznika i siarku potassu. Odczyn śliny mieszaney zwykle bywa alkaliczny, podczas zaś niektórych spraw

patologicznych, np. gorączki, cukromoczu, kwaśny. Przyczyną tego zdaje się być kwaśne robienie ciała, znajdujących się w ustach, chociaż już wyżej wspominaliśmy, że ślinianka przyuszną, przy pewnych warunkach, może czasami wydzielać ślinę o kwaśnym odczynie. Wśród ukształtowanych części składowych zawiera ślina mieszana ciała ślinowe (*Speichelkörperchen*), wyróżniające się swemi bardzo żywymi ruchami drobinkowemi, a prócz tego nabłonek płaski, właściwy jamie ustnej. Dla nas najważniejsze wszelako znaczenie ma obecność w niej diastatycznego zaczynu *ptyaliny*. Czystej dotychczas nie udało się otrzymać; o obecności jej wszelako w ślinie wnioskujemy, jak to często się dzieje przy różnych sprawach fermentacyjnych, na podstawie znanego nam działania tej wydzieliny, wyraźnie przemawiającego za obecnością w niej zaczynu; zaopatrzono go przeto nazwiskiem, chociaż dotychczas nie udało się otrzymać go w stanie bezwzględnej czystości. Pierwszy COHNHEIM zdołał wydobyć go możliwie czystym, ze śliny ludzkiej.

Przy pomocy bardzo prostego doświadczenia przekonać się można jak prędko i silnie ślina mieszana przeistacza krochmal na cukier, przyczem tworzą się jako wytwory pośrednie, achrodekstryna i erythrodekstryna, ciała bardzo zbliżone do krochmalu, a prócz tego cukier. Wedle PASZUTIN'A przemiana ta odbywa się najłatwiej w gotowanym klejstrze przy ciepłocie 38°—41° C. Wpływ swój na krochmal wywiera ona zarówno w alkalicznych, obojętnych i kwaśnych płynach, ponieważ jednakże pokarmy krótko bardzo przebywając w jamie ust, nie mogą podlegać w niej żadnym znaczniejszym przemianom chemicznym i ponieważ prócz tego większa część śliny zostaje połkniętą, ważną jest przeto rzeczą wyjaśnić w jaki sposób odbywa się właściwie diastatyczne działanie śliny w obec warunków od żołądka zależnych. Poniżej, w odpowiednim miejscu naszej pracy, zajmujemy się tą kwestyją.

Ślina prócz tego posiada inne jeszcze niemniej ważne znaczenie przy przeróbce pokarmów, dzięki jej bowiem kęs staje się ślizgim. Pod tym względem nie od rzeczy będzie wspomnieć o następującem doświadczeniu CL. BERNARD'A, które, chociaż nie bardzo znane, najlepiej jednakże wykazuje całą ważność tej sprawy.

Zrobił on mianowicie pewnemu koniowi otwór w przełyku i karmił go galkami urobionemi z mokrego owsa. Co 1—1½ sekundy pojawiały się one w otworze rany, tak iż w przeciągu 9 minut wydobyto z niej 500 grm. owsa. Następnie u tegoż konia przeciął on przewody gruczołów przyusznych i postarł się, aby ich wydzielina *resp.* większą część śliny odpływała na zewnątrz. Galki pojawiały się wtedy co 1—2½ minuty, w przeciągu zaś 25 minut wydobyto z rany tylko 360 grm. owsa t. j. mniej na minutę o 41,1 grm. Równocześnie zauważył CL. BERNARD, że podczas pojenia konia wydzielina gruczołu przyusznego (a prawdopodobnie i pozostałych ślinianek) przestawała wydobywać się.

W przeciągu 24 godzin człowiek, wedle BIDDER'A i SCHMIDT'A, wytwarza 1500 grm. śliny. TUCZEK, przy pomocy odpowiedniego sposobu postępowania, oznaczał wiele pochlania w sobie śliny kęs dobrze przeżuty i następnie wypłuty, i znalazł, czego wreszcie można było oczekiwać *à priori*, że im mniej wody zawiera w sobie żuty pokarm, tem więcej wydziela się śliny. W ten sposób obliczył, iż w przeciągu dnia całego chleb pytłowy wymagałby 545 grm. śliny, bułka 698, pokarm mieszany 476, chleb wraz z kartofflami 659, żywność obfitująca w azot 773 grm. PFLÜGER prócz tego przekonał się, że ślinianki, usadowione po tej stronie, która głównie pracowała przy żuciu, wydzielają o ⅓ więcej aniżeli ślinianki strony beczynnej.

Nie wiadomo jaki wpływ na ogólny stan zdrowia miałyby zupełne powstrzymanie wydzielania się śliny, albowiem dotychczas, prócz miejscowych i czasowych następstw ograniczonego wytwarzania się śliny podczas gorączki i pod wpływem działania pewnych trucizn, nie spostrzegano podobnych przypadków. Wedle wyników otrzymanych przez ZWEIFEL'A, ślina gruczołu przyusznego u chorych dzieci bynajmniej nie utracą swego działania diastatycznego.

Chorzy z przetoką ślinową nie zdawali się cierpieć z powodu utraty śliny, jakkolwiek wedle pewnego angielskiego źródła WRIGHT, który w przeciągu tygodnia zebrał do doświadczeń 250 gr. własnej śliny, stracił 11 funtów na wadze (?). Z drugiej strony, znaczenie patologicznie zwiększonego wydzielania się śliny, zależne zawsze będzie od sprawy zasadniczej, jakkolwiek w pewnych razach, jeżeli wolno nam sądzić z przypadków ptyalizmu u hysteryczek i paralityków, może ono trwać długi przeciąg czasu bez szczególnej krzywdy dla ustroju. Jako *curiosum* zasługują wreszcie na uwagę przypadki ślinotoku, powracającego co pewien przeciąg czasu; między innymi podobne spostrzeżenia robił RAYER. Ślinotok powracał co 30—50 dni.

Na powietrzu wydzielają się po części ze śliny fosforan i węgiel wapnia i łącząc się z ciałami organicznymi (śluz, białko, grzybki) wytwarzają tak zwane kamienie ślinowe, które ze swej strony stają się przyczyną zatkania przewodu wyprowadzającego ze wszelkimi tego następstwami.

Wreszcie, kończąc rzecz o ślimiankach, wypada nam wspomnieć o pojęciu HEIDENHAIN'A, opartem na zdaniu HERING'A, a dotyczącem samego zjawiska wydzielania. Pamiętamy dobrze iż ciśnienie w przewodzie wyprowadzającym wyższem jest od ciśnienia krwi, niemniej że komórki gruczołu podżuchowego, najpierw zatrutego, potem zaś drażnionego za pośrednictwem struny bębnekowej, pomimo przyspieszonego krążenia, nie wytwarzają wydzieliny: gruczoł (wypada to dodać) nie obrzęka, ani też odpływ limfy nie zwiększa się. Widoczną jest przeto rzeczą, że przy wyjaśnieniu wytwarzania się wydzieliny, nie wystarcza samo ciśnienie krwi, że przeto przyczyny powstawania takowej poszukiwać należy nie we krwi a raczej w samych komórkach gruczołu. Jedynie wpływ krążenia polegaćby mógł na dostarczaniu surowego materiału i przyspieszaniu dopływu takowego w miarę zwiększonych potrzeb. Wedle HERING'A wytwarzanie się wydzieliny ślimianek ma wielkie podobieństwo do zjawisk osmotycznych, spostrzeganych w ustroju roślin; podstawą jego jest możliwość pochłaniania wody przez mucynę. W ten sposób pojąc by można łatwo, dla czego ciśnienie śliny wyższem jest od ciśnienia krwi, albowiem wiadomo do jak nadzwyczajnych rozmiarów doprowadzonym być może ciśnienie płynów pod wpływem sił osmotycznych. Jednakże, pomiędzy innymi, temu wprost sprzeciwia się ten fakt, iż podobnie wysokie ciśnienie spostrzegamy w gruczole przyusznym, nie zawierającym mucyny. Wypada przeto przyznać tę możliwość pochłaniania wody (pęcznienia) nie tylko mucynie lecz i w ogóle protoplazmie gruczołu, która, wedle tego przypuszczenia, przyciąga tyle wody ze krwi lub też przestworów limfatycznych, wiele okaże się koniecznem, aby raz na zawsze zawartość komórek poddać ciśnieniu przewyższającemu ciśnienie krwi. W ten sposób do pewnego stopnia uciśniętą zawartość komórki, dopiero wtedy może odpłynąć do przewodu wyprowadzającego, gdy, dzięki drażnieniu nerwów gruczołowych, zniesionymi zostaną zwykle działające przeszkody. Czy zaś usunięte zostaną dzięki wytwarzaniu się drobinowych otoczek (HEIDENHAIN), czy też dzięki siłom cieplikowym lub wreszcie zjawiskom chemicznym, które, zmieniając tylko cząstkę komórki, powodują w ten sposób ściśle skierowane prądy osmotyczne, wszystko to

nam jedno. Nauka ta, tylko co pokrótce wyłożona, odnosi się jednakże tylko do wydzielania wody wraz z zawartemi w niej solami. Ciała zaś organiczne, jakęśmy to widzieli, wydzielonemi zostają do pewnego stopnia niezależnie od wody, a przy drażnieniu gruczołu ilość ich, w miarę powiększania się siły bodźca, zwiększa się prędzej aniżeli ilość wody. Tutaj przeto musi mieć miejsce swoista działalność zawartości komórki, dzięki której powstają swoiste części składowe wydzieliny. Być może iż obok wpływu tak zwanych nerwów troficznych wypada wziąć pod uwagę inne jeszcze okoliczności. KÜHNE mianowicie i LEO dowiedli na trzustce, że w gruczole nie wszystkie części takowego biorą na raz współudział przy wytwarzaniu wydzieliny. Dowody tego znalazłyby się i gdzieindziej np. w patologii nerek. Jeżeli przeto dana część komórek gruczolowych wydziela dłużej aniżeli inne, a wskutek tego znajduje się w zupełnie odmiennym okresie pracy, a może nawet jest już mocno wycieńczoną, to w takim razie łatwo wyniknąć mogą pewne różnice w składzie wydzieliny podczas różnych okresów drażnienia. Dane te ze wszech miar zasługują, aby i niemi posilkowano się w celu wyjaśnienia faktów, wydobytych na jaw przez HEIDENHAIN'A; dotychczas jednakże nie korzystano z nich.

Ogólne to pojęcie o zjawiskach działalności gruczołu dają się, prócz ślinianek zastosować także np. do gruczołów żołądka, trzustki, gruczołów BRUNER'A i t. p.; wyjaśnia nam ono bowiem tę tak zagadkową i cudowną sprawę wytwarzania się wydzieliny, wskutek czego, świadomi rzeczy, nie będziemy potrzebowali powracać w przyszłości do tegoż przedmiotu.

KONIEC ODCZYTU IV-GO.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**O związku zachodzącym między płonicą i dityryją,** prof. DEMME podaje następujące poglądy. Ponieważ pierwotna, samodzielnie powstająca dityryja z początku występuje jako małe plamy, będące rzeczywiście wypociną krzepnikową, którą przesiąknięte warstwy błony śluzowej ulegają zgorzeli; ponieważ w przypadkach sporadycznie występującej dityryi cierpienie miejscowe pozornie albo całkiem bez ogólnego oddziaływania, albo bardzo małe ogólne oddziaływanie wywołuje, co nie ma miejsca w przypadkach epidemicznych; przeto autor sądzi, że ta różnaitość w przebiegu dityryi zależy od czasu i ilości grzybków krew zakażających. Całkiem inaczej jest z płonicą. Tu autor wyróżnia 3 odmienne gromady cierpień dityrycznych towarzyszących płonicy, a mianowicie: 1) nieżytołą dityryję płonicową, 2) zgorzelinową dityryję płonicową i 3) krzepnikowe przesiąknięcie jak przy dityryi pierwotnej. O ile pierwsze dwie postacie nie przechodzą na krtani, o tyle w ostatniej nierazko się to zdarza. Nadto autor przytacza dwa przypadki płonicy, w których pierwotne umiejscowienie wklajającej ją sprawy krupowo-dityrycznej nastąpiło w krtani. Z tego wszystkiego autor wnosi, że zajęcie gardzieli właściwe sprawie płonicowej, w większości przypadków całkiem wyróżnia się od pierwotnej dityryi. Tu autor ma na uwadze albo nieżytołe zapalenie płonicowe migdałów i podniebienia miękkiego, albo też płonicową zgorzel gardzieli. Nierównie rzadzieli, jedynie w pojedynczych przypadkach i najczęściej podczas epidemii pierwotnej dityryi, spostrzega się tę postać cierpienia gardzieli przy płonicy, która tak samo przebiega jak pierwotna dityryja migdałów i podniebienia miękkiego; tylko w tych przypadkach, zdaniem autora, może być jeszcze mowa o dityryi płonicowej.

Co się zaś dotyczy leczenia płonicowego zapalenia nerek, zaleca autor ponownie podskórne wstrzykiwania pilokarpiny (0,01 grm. na 1 wstrzyk.) przy zupełnem powstrzymaniu wydzielenia się moczu; każde jednak zastrzyknięcie tego leku poprzedza wstrzyknięcie eteru. Autor jest przeciwnikiem wszelkiego przyżegania miejscowego przy lecze-

niu płonicowego zajęcia gardzieli. Przepłukiwanie i zraszanie rozcieńczoną wodą chlorową, 1<sup>o</sup>/<sub>0</sub> roztworem kw. salicylowego, 5<sup>o</sup>/<sub>0</sub> roztworem kw. borowego, jest nierównie pożyteczniejszym. (Ref. w *Schmid's Jahrbücher* 1880—6).

**Przyczynk do operacyjnego leczenia znamienia (*naevus*).** Jak wiadomo dla zniszczenia szpeczącego znamienia wrodzonego zalecano najrozmaitsze sposoby operacyjne i najrozmaitsze środki; wszystkie te sposoby leczenia są skierowane ku temu aby wywołać zatkanie (*obliteratio*) przerosłej siatki naczyniowej, całkowite lub częściowe; wszystkie jednakże przedstawiają tę ważną niedogodność że pozostawiają mniej lub więcej twardą, wydatną bliznę. BALMANNO SQUIRE pragnąc temu zaradzić podaje nowy sposób operowania znamienia wrodzonego, niebojący, bezkrwawy i niepozostawiający żadnej wyraźnej blizny. Postępowanie autora jest następujące: Najprzód znieczuła się pole operacyjne eterem zapomocą przyrządu RICHARDSON'A, czyli innemi słowy zamraża się takowe t. j. czyni się bezkrwistem. Następnie wykonywa się szereg równoległych pionowych nacięć z góry do dołu i takichże nacięć poziomych na całej rozległości znamienia. Odległość pojedynczych nacięć winna wynosić około 1 linii, tak że tym sposobem całe pole operacyjne na kwadraciki podzielone zostanie. Wymienione nacięcia nie powinny sięgać głębiej jak do połowy grubości skóry, chociaż można bez szkody takowe nacięcia wykonywać przez całą jej grubość. Dodać jednakże należy, gdyż to jest rzeczą najważniejszą, że powierzchnia nożyka, którym dokonywa się owe nacięcia nie powinna być prostopadłą do powierzchni skóry nacinanej, lecz pod kątem 45<sup>o</sup> doń skierowaną, ażeby tym sposobem można było poprzecinać naczynia zgłębi prostopadłe do powierzchni przebiegające. Po dokonaniu nacięć zwykły ucisk palcami przez bibułę, 15—20 minut trwający wystarcza dla usunięcia wszelkiego śladu krwawienia. Najczęściej dostatecznem jest jedno takie posiedzenie; w przeciwnym razie należy operację tę powtórzyć, przyczem należy na to zważać aby kierunek powierzchni nożyka był wprost przeciwny temu, jaki był przy pierwszej operacji: jeżeli nacięcia na pierwszym posiedzeniu były dokonywane ukośnie na prawo (pionowe) i ku górze (poziome), to teraz trzeba je dokonywać ukośnie na lewo i ku dołowi. Skutek ma być świetny. (Ref. w *Allg. méd. Central-Ztg.* 1880—74).

**Wodan chloralowy przeciw ostremu nieżyłowi żołądka i jelit u dzieci.** Na zasadzie doświadczeń poczynionych w szpitalu dla dzieci w Sztokholmie, Ad. KJELLBERG (*Nord. med. Ark.* XI. Nr. 25) uważa lek wymieniony za najlepszy środek dla pokonania wielkiej drażliwości żołądka, przy ostrym nieżyłcie jego i jelit istniejącej, i ztąd powstających gwałtownych wymiotów, uniemożliwiających podawanie pożywienia i lekarstw. Przy użyciu chloralu wymioty zwykle zaraz ustają, występuje uspokojenie się chorego, a często także i biegunka się powstrzymuje. Z powodu wielkiej wrażliwości żołądka wymieniony lek stosuje się w enemach, a mianowicie po nastąpieniu wypróżnienia zadawanych. Dawka wynosi 4—5 gr. (0,25—0,30) dla dzieci 5—6 miesięcznych, a dwa razy jest większą dla mających 10—15 miesięcy życia; ilość użytej cieczy na jedną enemę ma wynosić zaledwie pół łyżki stołowej. Można według potrzeby takowe enemy powtarzać 2—3 razy, a w uporczywych przypadkach dawkę chloralu zwiększyć. Współcześnie można stosować i inne leki jako to: wodę lodową, koniak, makowiec, *oleosa*, *mucilaginoso*, kąpiele ciepłe i t. p.; nawet do wymienionej enemy pożytecznym jest dodatek jednej kropli nalewki mawkowej. (Ref. w *Deutsche med. Wochf.* 1880—37). J. R.

**Rhus aromatica przeciw mimowolnemu moczeniu (*incontinentia urinae*).** HAYDEN lek ten uważa za bardzo skuteczny przeciw wymienionemu cierpieniu i sądzi, że takowy działa swoiście na zwieracz pęcherza moczowego. II. stosował ten środek w tych przypadkach, w których wszystkie inne leki okazały się bezskutecznymi i widział po użyciu 10 kropli płynnego wyciągu (*extracti fluidi*) 3 razy dziennie, wyleczenie. Czy lek ten rzeczywiście wprost na zwieracz pęcherza działa, czy też pośrednio przez układ nerwowy, na to autor stanowczo odpowiedzieć nie może. (Ref. w *Allg. med. Centr-Ztg.* 1880—72).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

**Londyn.** W szpitalu *Guy'a* stał się fakt straszny, który oburzył całą prasę. Rzecz się miała jak następuje: Dnia 9 Czerwca r. b. niejaka Ludwika Morgan przyjęta została do szpitala, do oddziału d-ra PAVY (zaszczytnie znanego autora kilku cennych dzieł), który rozpoznał u niej suchoty połączone z hysteryją. W piętnaście dni potem P. kazał jej wstawać z łóżka przez obawę, żeby ciągle leżąc zbyt nie osłabła. D. 5-go Lipca w nocy czy też rano nastąpiło bezwiedne wypróżnienie stolcowe do łóżka. Posługaczka nazwiskiem Ingle zapytała się siostry dyżurnej czy może chorą wykąpać z powodu iż się powalała i pozwolenie na to uzyskała. Zaprowadziła tedy w koszuli i w pantoflach chorą do łazienki o godz. 8 m. 45 i trzymała ją w niej przez półtorej godziny. Prawie przez cały ten czas siedziała chora w wannie prawie próżnej, gdyż woda ledwie biodra jej zakrywała; niedosyć na tem, woda była zupełnie zimna. Wychodząc z kąpeli chora ledwo się wlokła i powłóczyła jedną nogę ale posługaczka Ingle silnie nią potrząsając, krzyczała do niej że to są tylko grymasy i t. p. Tegoż samego dnia między godziną 3 a 4-tą dr. PAVY znalazł ją bardzo osłabioną, zimną i w ciągłych dreszczach; opowiadała ona mu w jaki sposób traktowaną była, szlochala i była bardzo rozdrażnioną. PAVY znalazł na jej ciele wiele sińców i odbardcie z naskórka. Stan chorej coraz to się pogarszał, aż nareszcie d. 8 Lipca zmarła ona przy objawach zapalenia grzliczego osłon mózgowych. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono dwojakiego rodzaju złogi grzlicze na osłonach mózgowych: jedne dawniejszej, a drugie bardzo świeżej daty. Wątpliwości zatem nie ulegało iż przed kąpielą jeszcze miało miejsce cierpienie mózgowie, które w ostatnich dniach a zatem już po kąpeli, znacznie się pogorszyło i śmierć chorej sprowadziło.

Opinia lekarska była przed sądem mało stanowczą i niejasno sformułowaną (dr. W. GULL) i podsądna skazana została tylko na 3 miesiące zwyczajnego aresztu bez ciężkiej roboty. Opinia publiczna upomina się o daleko surowszą karę.

**Bern.** Wielkie wrażenie w tutejszem kole lekarskiem sprawiła śmierć człowieka dotąd zdrowego, który zmarł w ciągu dni dwóch w skutek ranki po pijawce którą dla poskromienia dokuczliwego bólu zębów, z porady miejscowego dentysty, przystawił mu na dziąsle jeden z golibrodów. Rozbiór zwłok wykazał jako przyczynę śmierci ostrą posocznicę (*sepsis acuta*). Ranka po pijawce na dziąsle była znacznie powiększoną i przedstawiała brzegi zgorzelinowce. Niewątpliwie punktem wyjścia zatrucia krwi była owa ranka po pijawce. Przypadkowe zanieczyszczenie owej ranki rozkładowi uległemi jej wydzielinami, albo też innemi zakaźnymi pierwocinami, w tym razie musi być wykluczonem ze względu na zbyt gwałtowny i szybki przebieg całej choroby; pozostaje zatem to jędo prawdopodobieństwo, że zatrucie krwi przebieg samą pijawkę, przed przystawieniem jej już zakażoną, zostało wywołanem. Wszelkie jednakże co do tego przedsięwzięte poszukiwania do niczego nie doprowadziły.

**Medyolan.** W początkach bieżącego miesiąca (od 1 do 4 Września) odbył się VI wspólnarodowy zjazd okulistów w Medyolanie, pod przewodnictwem d-ra QUAGLINA. Z lekarzy polaków uczestniczyło w tym kongresie trzech: K. GAŁĘZOWSKI z Paryża, TALKO i KOŚMIŃSKI z Warszawy. Między 11 wiceprezesami widzimy nazwisko d-ra TALKI. Obszerne sprawozdanie z prac zjazdu postaramy się umieścić w jednym z najbliższych numerów *MEDYCYNY*.

**Bolonija.** Niedawno zmarł tu profesor chirurgii Franciszek RIZZOLI, cały swój majątek wynoszący 6 milionów lirów zapisał testamentem radzie miasta Bolonii z tym warunkiem, aby taż rada dokończyła budowy wzorowego szpitala ortopedycznego, w wspaniałej posiadłości San Michelo, dla którego to szpitala zmarły sam nakreślił plany i na wykonanie ich wydatkował już za życia przeszło 2 miliony lirów.

**Peszt.** Utworzenie 3-go uniwersytetu w Węgrzech jest już rzeczą postanowioną; jedynie chodzi o wybór odpowiedniego miasta, w którym nowy uniwersytet ma być otwarty. Zdaje się że najwięcej danych przemawia za Pressburgiem.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

W sprawie adresu do Kraszewskiego otrzymujemy następujące sprawozdanie: Wiadomo, że adres od Lekarzy Polskich do KRASZEWSKIEGO nie mógł być na czas wykończony i że przedstawiono go na zeszlórocznej uroczystości jubileuszowej w Krakowie takim jakim był wówczas i uproszono Szanownego Jubilata o pozwolenie zabrania go napowrót do Warszawy w celu ostatecznego wykończenia. Otóż szanowny kolega dr. PESZKE pracował nad nim jeszcze rok blisko i dokonawszy wreszcie swojego dzieła przed kilku tygodniami udał się osobiście do Dreżna i wręczył go czełogodnemu Jubilatowi. Wkrótce potem członek komitetu adresowego dr. SZOKAŁSKI otrzymał od p. KRASZEWSKIEGO list zawierający następujące słowa:

„Spieszę Panu Dobrodz. złożyć dzięki i prosić Go, ażebyś był tłumaczem uczuć moich przed dostojnym gronem Lekarzy, które mnie zaszczyciło tak monumentalną, tak artystycznie piękną, tak wspaniałą a nie zasłużoną pamiątką. Jest to arcydzieło, którem nie tylko ja się chlubię, ale je jako pomnik przekażę, i będą go podziwiać zawsze jak dzisiaj je wszyscy admirują, którzy tylko pracę znakomitą d-ra PESZKE widzieli.”

Ponieważ w obec powyższego położenia rzeczy wydatki dotyczące się adresu, dopiero przed kilku dniami ustały, niepodobna więc było, aż dotąd zdać sprawy z obrotu summy przez kolegów na kosztą adresu złożonej; suma wyniosła 942 ruble, a mianowicie złożono: Z miasta Warszawy rs. 259, z gubernii warszawskiej 20, lubelskiej 10, piotrkowskiej 114, siedleckiej 25, radomskiej 65, kaliskiej 62, płockiej 12, kieleckiej 35, łomżyńskiej 33, suwalskiej 30, z Krakowa 65, z Wilna 34, z gubernij zachodnich 26, ze Lwowa 105, z Poznania 20, z Czerniowic 19, z Neapolu 1, z Kaukazu 5, z Marienbadu 2; razem 942 ruble. Z tej sumy wydano: Rachunek litografa 20, introligatora 53, na pergamin 14, pomoce rysunkowe 79, złotnikowi za ozdoby na okładce 300, stolarzowi za skrzynkę 12, ozdoby brązowe złożone na skrzynce oraz jej okucie 80, druki 5, różne wydatki jako to: poczta, przesyłki, pomoce kancelaryjne, wynagrodzenia woźnym za zbieranie składek 82, farby, złoto i srebro malarskie 33; summa 691 rubli.

Pragnąc dać dowód wdzięczności koledze dr. PESZKE za pomysł i wykonanie adresu do KRASZEWSKIEGO, ofiarowano Mu polskie lekarskie starożytne dzieło, którego szczęśliwe nabycie oraz oprawa wynosi 13 rubli. Że zaś pozostało 251 rubli, kazano zatem adres odfotografować w 30 egzemplarzach i takowe jako pamiątkowe album przesłano do wszystkich towarzystw lekarskich i ważniejszych biblijotek krajowych. Fotografija, oprawa albumów, przesyłka pocztowa oraz opakowanie kosztowało 122 ruble, a ponieważ pozostało jeszcze 129 rubli, przesłano KRASZEWSKIEMU do Jego dyspozycyi 125 rubli, a resztujące 4 ruble oddano do kasy wsparcia podupadłych Lekarzy.

Z listu powyżej wspomnianego Jubilata do d-ra SZOKAŁSKIEGO dowiadujemy się, iż powyższa suma 125 rubli wcieloną została do funduszu „Macierzy.”

Album fotograficzne przesłano do Towarzystw Lekarskich: w Wilnie, w Toruniu, w Poznaniu, w Krakowie, w Czerniowcach, w Lublinie, w Płocku i w Kaliszu. Do biblijoteki głównej Zamojskich i Krasińskich w Warszawie, Potockich w Wilanowie, Działyńskich w Kórniku. Do 6-ju inspektorów urzędów lekarskich: w Kielcach, w Radomiu, w Piotrkowie, w Siedlcach, w Łomży i w Suwałkach. Resztę egzemplarzy do dalszego użytku złożono w biblijotece Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

† **Matusz Fonberg**, doktor medycyny, pomocnik inspektora lekarskiego gubernii Warszawskiej, lekarz naczelny szpitala za rogatką Wolską i lekarz pomocniczy drogi żelaznej Nadwiślańskiej, wychowaniec uniwersytetu Kijowskiego, zmarł nagle w skutek napadu apoplektycznego w d. 18 b. m. w 40 roku życia. Nieboszczyk w r. 1870 pełnił obowiązki asystenta kliniki lekarskiej, prowadzonej przez ś. p. CIOJNOWSKIEGO, zaledwie przez kilka miesięcy, albowiem ze śmiercią profesora zmuszony był opuścić asystenturę; doktoryzował się w uniwersytecie warszawskim, gdzie obronił pod koniec r. 1870 rozprawę p. n. „*O nąsłodwugatielnych nerwach ucha krolika*”. Inne prace zmarłego nie są nam znane.

## OGŁOSZENIA.

**Dr. J. Rogowicz**, powrócił z zagranicy i objął obowiązki głównego redaktora „MEDYCYNY” i kierownika Zakładu leczniczego dla kobiet w Warszawie.

**Dr. J. Tymowski**, ma honor zawiadomić Szan. kolegów, że przez sezon zimowy praktykuje w **San Remo** (*Italia Riviera di Ponente*).

## Pepsine Boudault.

Pepsina ta została wprowadzoną w użycie lekarskie przez BOUDAULT'A i d-ra CORVISART'A w r. 1854. Od tego czasu przetwór ten jest uważany jako lepszy od wszelkich pepsin handlowych. Pepsina ta jest jedyną w szpitalach paryżkich stosowaną i nagrodzoną została medalami na wystawach międzynarodowych: w Paryżu 1867, w Wiedniu 1873, w Filadelfii 1876 i w Paryżu 1878 r.

## Pepsine Boudault en poudre

kwaśna i obojętna,

w całych słoikach 30 gramowych i w 1/2 słoikach 15 gram. Dawka dla dzieci: 1 do 2 łyżeczek znajdujących się w słoiku; dla dorosłych: 2—4 takich łyżeczek (1 łyżeczka zawiera 4 granów (0,25).

Pepsina kwaśna zadaje się w większości przypadków. Użycie pepsiny obojętnej jest wskazane w przypadkach nadmiaru kwasu w soku żołądkowym.

## Vin de Pepsine Boudault.

Wino to bardzo przyjemnego smaku zaleca się osobom, dla których przyjmowanie pepsiny w proszku jest wstrętne. Częściami składowymi tego wina jest czysta pepsyna i wino hiszpańskie, którego ilość wyskoku jest tak małą, że pepsyny nie strąca, a tem samem przetwór ten zachowuje wszystkie swe własności trawiące. Dawka: łyżka stołowa przed lub po jedzeniu.

Paris, Hottot-Boudault, 7, Avenue Victoria.

Sprzedaje się nadto we wszystkich aptekach Królestwa i Cesarstwa.

## LIMFA OSPOWA (Krowianka świeża)

dostać można w Apteece H. Kucharzewskiego. Senatorska. Nr. 11.

## ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET

D-RA J. ROGOWICZA


w WARSZAWIE

ulica Nowogrodzka Nr. 20.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecemi oprócz rakowatych nieuleczalnych.

W razie potrzeby zachowanie zupełnej tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia. O warunkach przyjęcia i opłaty za mieszkanie, całkowite utrzymanie, leczenie chorej i t. p. dowiedzieć się można u właściciela Zakładu na miejscu lub listownie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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