

# 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 zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucni. Podał dr. T. DUNIN.—Przyczynek do przeciwnieznego leczenia durzycy. Przez J. POLAKA.—Wykłady z dziedziny fizjologii. O trawieniu, C. A. EWALD'A. Przełożył dr. L. A. ANDERS. (Ciąg dalszy.)—Streszczenia i wyciągi. Tampon próbny jako środek do rozpoznania przewlekłego zapalenia wewnętrznej powierzchni macicy. Badania doświadczalne następstw operacyi przecięcia nerwów rzeszkowych i nerwu wzrokowego. Krotonechloral przeciw uporeczywemu bólowi zębów u ciężarnych. Otrucie nalewką arnikową. Ospa u noworodka. *Capsicum annuum* przeciw hemoroidom.—Kronika zagraniczna. Wiadomości z tunelu św. Gotarda, Londynu i Gdańska.—Kronika miejscowa. Sprawy sanitarne i hydrologiczne.—Ogłoszenia.

## O zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucni.

Podał dr. Teodor Dunin, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przekłuwanie klatki piersiowej przy rozmaitego rodzaju wysiękach opłucni stało się już tak powszechną metodą leczniczą, że zbytecznym by było dowodzić jego potrzeby. Z tem wszystkiem, jak to przekonać się można z olbrzymiej literatury tego przedmiotu, nie wszystkie kwestyje tu odnoszące się są zupełnie wyświełtłone. Same wskazania dla operacyi jeszcze nie są ustalone, niezupełnie też znane są przyczyny powikłań tu się zdarzających (jak np. nagłej śmierci, zamiany wysięku surowiczego na ropny). Wszelako większa część francuzkich i niemieckich autorów dochodzi do wniosku, że samo przekłucie i wypuszczenie płynu jeżeli jest należycie uskutecznione, nie staje się nigdy przyczyną złych następstw i dla tego zasługuje na większe rozpowszechnienie, aniżeli to u nas ma miejsce. Rozbiór tych tak ważnych i ciekawych pytań za daleko by nas zaprowadził; dziś zamiarem moim jest tylko zwrócić uwagę na sam sposób operowania, a właściwie na jedno udogodnienie, jakie w ostatnich czasach wprowadzone zostało.

Wiadomo, że pierwszy promotor torakocentezy, TROUSSEAU przekłuwał klatkę piersiową wprost za pomocą zwykłego trójgrańca; i dziś jeszcze niektórzy autorowie, jak LICHTCHEIM, HEITLER, uważają ten sposób za najprostszyszy i wcale nie ustępujący aspiracyi. Tak jednakowoż nie jest. Ciecz z worka opłucni wypływa sama tylko wtedy, jeżeli płuco siłą inspiracyi może się jeszcze rozszerzyć i wypchnąć płyn z klatki piersiowej, co bynajmniej niezawsze ma miejsce. Są przypadki i te stanowią dosyć znaczną liczbę, gdzie wysięk wydarza się u osób starszych, dotkniętych rozedną płuc, a jednocześnie z skostniałą i prawie nieruchomą klatką piersiową. Tu wypuszczenie płynu jest jedyną deską zbawienia, ale warunki są zu-

pełnie odmienne, aniżeli u osób młodych. Płuco zbyt ściśnięte rozszerzyć się nie może, tem bardziej że inspiracyjna siła znacznie jest zmniejszona. Klatka zaś piersiowa zapadać się nie może z powodu swej nieruchomości. W takich przypadkach płyn wyciągać niezbędnie należy i co więcej operację tę należy powtarzać systematycznie, płyn bowiem dla wymienionych wyżej powodów napowrót się zbiera. Ponieważ przypadki te są stosunkowo bardzo częste, mamy więc powód dla którego prostym trójgrańcem nie zawsze posługiwać się możemy. Drugi względ, przemawiający przeciwko niemu jest ten, że niezapobiega dostawianiu się powietrza do worka opłucni. Aczkolwiek niektórzy jak np. LICHTHEIM uważają ten względ za mało ważny, to jednak przy dzisiejszych naszych pojęciach o gniciu i fermentacyi musimy przyjąć, że obecność powietrza może usposobić do ropnej lub posokowatej przemiany wysięku. Dla tego też w ostatnich czasach prawie powszechnie wykonywują przekłucie klatki piersiowej wyłącznie za pomocą przyrządów aspiracyjnych, z których przyrząd DIEULAFOY i POTAIN'A najbardziej są rozpowszechnione. Pierwszy z nich posiada pewne niedogodności; i tak, pomijając już to że użycie jego jest dość nużące, przekłucie odbywa się tu za pomocą igły ostro zakończonej. Tym sposobem przy końcu operacyi, kiedy płuco przybliży się do klatki piersiowej, jest narażone na możliwe drażnienie i zranienie ostrym końcem igły; prócz tego w razie zatkania się światła igielki nie ma sposobu jej oczyszczenia, i operacyją należy przerwać lub powtórzyć ją w innym miejscu. To też aparat DIEULAFOY coraz bardziej ustępuje miejsca przyrządowi POTAIN'A, który jest wolny od tych wszystkich braków. I tak najpierw jest daleko dogodniejszy w użyciu, po drugie zakończony jest trójgrańcem przez co unika się drażnienia opłucnej, a wreszcie jest tak urządzony, że w razie zatkania może być przeczyszczony bez obawy dostania się powietrza do worka opłucni. Można więc powiedzieć że przyrząd POTAIN'A odpowiada wszelkim wymaganiom i ma tę tylko wadę, że jest bardzo drogi, przez co też mało upowszechniony. W ostatnich też czasach zaczęto zastosowywać do wypuszczania wysięków opłucni lewary. Kto pierwszy na tę myśl wpadł, nie wiem; oddawna znana jest igła TOMPSON'A do wypuszczania płynów z torbieli jajników przy owariotomii, ta jednak do wypuszczania wysięków opłucni, o ile mi się zdaje, nie była używana. Pierwszą wskazówkę zastosowania w tym celu lewara znajduję podaną przez RISEL'A w *Deutsche medicinische Wochenschrift*.

Sam sposób postępowania jest niezmiernie prosty. RISEL radzi prostą igłę średniej grubości zakończyć cienką cewką gumową mającą około 2-ch metrów długości. Cewka wraz z igłą wypełnia się płynem (np. słabym roztworem kw. karbolowego) i koniec jej zamyka w jakibądź sposób. Tak napełnioną igłę wpycha się do worka opłucni, cewkę opuszcza na dół, jej koniec się otwiera i płyn sam wypływa na tej zasadzie, co w lewarze. Opróżnianie opłucni odbywa się bardzo szybko i dokładnie, cała zaś manipulacyja jest o wiele prostsza aniżeli przy użyciu aparatu POTAIN'A.

Aby mieć możność oczyszczenia igły w razie jej zatkania, RISEL radzi wstawiać w cewkę gumową, za pomocą cewki mającej kształt **T**, małą strzykawkę napełnioną tymże płynem; jeżeli igła się zatka i płyn przestaje wypływać, wtedy dosyć jest, zatkawszy koniec cewki, przepchnąć płyn ze strzykawki do worka opłucni. Pomyślnie wyniki, jakie RISEL z użycia tego prostego sposobu otrzymał, zachęciły i mnie do wyprobowania go. Naprzód jednak, widząc w nim, z powodu użycia igielki, te same niedogodności, o jakich mówiłem z racyi aparatu DIEULAFOY, zmodyfikowałem go o tyle, że użyłem trójgrzańca POTAIN'A. W ten sposób cewkę gumową zakładam na boczne ramię trójgrzańca i wypełniam ją słabym rozezyinem kwasu karbolowego; dolny jej koniec zaciskam kweezerem, jaki używany bywa w pracowniach chemicznych i trójgrzańcie wpycham w klatkę piersiową. W miarę, jak wyciągam ostrze trójgrzańca, powstaje próżnia w którą wchodzi płyn z opłucni, aż nareszcie, kiedy ostrze przejdzie po za boczne ramię, oba płyny stykają się z sobą. Wtedy zamykam kranik górnego ramienia, opuszczam cewkę, otwieram jej dolny koniec i otrzymuję ciągle wypływ wysięku. Kiedy wszystek płyn już wyszedł, wtedy cewka zawsze jeszcze pozostaje wypełnioną i powietrze do opłucni przedostać się nie może. Wypuszczając kilkakrotnie w ten sposób dosyć znaczne wysięki, mogłem się istotnie przekonać o praktyczności i prawdzie rady RISEL'A. Ciecz wypływa szybko, tak że raz 1100 ctn. kub. opróżniłem w przeciągu 4-ch minut, drugi zaś 1300 w 5 minut; wypływ odbywa się bez przerwy, sam zaś przyrząd i jego użycie jest niezmiernie proste, a niemniej dokładne jak przyrządu POTAIN'A.

Z tego też powodu zwracam uwagę kolegów na ten sposób operowania; zapewne, w większych miastach, gdzie w każdej chwili znajdzie się chirurg, posiadający przyrząd POTAIN'A rzecz ta jest mniejszej wagi. Ale idzie mi tu o lekarzy na prowincyi będących, którzy przecież nie mogą mieć wszystkich i to tak kosztownych przyrządów. Dając im w rękę opisany aparat, dajemy im możność częstszego wykonywania operacyi, od której nieraz zdrowie a nawet życie chorego zależy.

Nareszcie zwróć uwagę jeszcze na jedną okoliczność. Niektórzy chirurgowie zanim wetkną trójgrzańcie przecinają skórę w odpowiednim miejscu. Istotnie, tego postępowania całkiem nie rozumiem; robi to się chyba dla tego, aby proste przekłucie zrobić przecież jakąś większą operacyją. Bo korzyści nie osiąga się w ten sposób żadnej, a przyczynia się choremu niepotrzebnie bólu, co ze względu na potrzebę kilkakrotnego powtarzania przekłucia, nie jest rzeczą obojętną.

### Przyczynek do przeciwnilnego leczenia durzycy.

Przez **J. Polaka.**

Sprzeczność w teoryjach o istocie t. z. „chorób zakaźnych ostrych” pozostaje dotychczas bez wpływu na leczenie tych chorób; okoliczność ta tak jest wydatną, że może być uważaną za jeden z najwybitniejszych przy-

kłódów niezgodności teorii z praktyką w medycynie. W istocie, zwolennicy teorii uważającej choroby te za „infekcyjne,” a liczba ich jest bardzo wielka, nie starają się o dezynfekcyję chorych osobników, lecz zalecają jedynie odwietrzanie otoczenia. Nikt atoli nie stara się wykazać, dla czego mianowicie, mając możność odwietrzania otoczenia, nie możemy zastosować dezynfekcyi do samych ludzi. Trudno również wytłumaczyć sobie zjawisko, dla czego zwolennicy teorii pasożytowej, niszczą owe bakteryje, mikrokokki i t. p. w wychodkach, a nie starają się tępić ich tam, gdzie pobyt tych „strasznych” ustrojów jest najniebezpieczniejszy. Szkoła przyjmująca istotę swoistą (specyficzną) chorób zakaźnych, przedewszystkiem obowiązana jest doświadczać wpływu dezynfekcyi chorych. Zastanowienie się nad tą kwestyją nasuwa pytanie: czy wykonywając tego rodzaju doświadczenia, rzeczywiście czynimy zadość wskazaniu przyczynowemu? czyli: czy istota choroby istotnie jest organizowaną? Odpowiedzi na to pytanie musimy szukać w nowoczesnej patologii.

LIEBERMEISTER, przedstawiciel teorii organizowanej istoty zaraźliwej (*contagium vivum*) wyraża się w sposób następujący o naturze tego zarazka<sup>1)</sup>: „w liczbie spraw chemicznych tylko fermentacyja i gnicie posiadają własność wywoływania, przez przeniesienie jak najmniejszej ilości materjalnej tej istoty, zjawisk podobnych do szerzenia się chorób infekcyjnych. Drugiem również prawdopodobnem przypuszczeniem jest hipoteza żywego zarazka. Ponieważ jednak wiemy, że fermentacyja (w ścisłem znaczeniu) przedstawia podobnie związek z obecnością i mnożeniem się niższych ustrojów, teoryja więc fermentacyi stała się identyczną z teoryją żywego zarazka”.

Własność mnożenia się do nieskończoności dowodzi, podług LIEBERMEISTR'A, prawdziwości tej ostatniej teorii.

Zdanie LIEBERMEISTR'A nieposiada znaczenia przekonywającego nie tylko dlatego, iż przedstawia li tylko rozumowanie teoretyczne, ale i ze względów następujących: sam on powiada, że sprawa gnicia równie jak fermentacyi przedstawia podobieństwo do chorób zaraźliwych. Ale jeżeli doświadczenia PASTEUR'A wykonane jeszcze w 6-tym dziesiątku bieżącego stulecia dowiodły, że fermentacyja zależy od najniższych ustrojów, to jednak dla sprawy gnicia nie zostało to dowiedzionem i dotychczas uważaną jest ona za zależącą jedynie od ciepła, wilgoci i tlenu. Utrzymuje wprawdzie wielu (zwłaszcza KOHN), że gnicie równie niemożliwym jest bez udziału bakteryj, jak fermentacyja bez udziału najniższych grzybków, ale wszystkie tu odnoszące się spostrzeżenia oparte są na obecności bakteryj w płynach gnijących, na zwiększeniu ilości ich odpowiednio do postępu gnicia i na znikaniu tych ustrojów skoro sprawa gnicia ustaje. Niedowiedziano atoli dostatecznie które z tych zjawisk (obecność bakteryj, czy gnicie) jest pierwotne? Nadto niepodobna odrzucić i tej możebności, że choroby

<sup>1)</sup> *Handb. der Spec. Pathologie und Therapie* v. ZIEMSSSEN. Zweiter Band. Acute Infectiouskrankheiten. Erster Theil. Einleitung. Leipzig. 1879 str. 12.

tu należące nie przedstawiają się swoistemi (specyficznemi) w takim znaczeniu, jak o tem pospolicie mniemają, i w tym względzie wypada zwrócić uwagę na niektóre fakta obalające prorocstwo LIEBERMEISTR'A, że ilość „chorób zaraźliwych” z czasem zostanie zwiększoną, a mianowicie: choroba zwana dawniej *colique sèche s. végétale* i uważana przed 20 laty za swoistą chorobę zaraźliwą, została wreszcie poznana jako otrucie ołowiem (to samo stało się z *colique de Poiton*). W taki sam sposób wykreślone zostały z listy chorób „zaraźliwych:” *ergotismus*, *pellagra*, *mykosis intestinalis* i *trichinosis* (BRUNNER) <sup>1)</sup>.

Niepodobna nawet zgodzić się ze zdaniem NAEGEL'EGO, że istotą działającą w chorobach w mowie będących nie może być ciało lotne. NAEGELI rozważa rzecz w ten sposób: 1) gaz w skutek dyfuzji swej musiałby zarazić w bardzo krótkim czasie całą okolicę, tymczasem epidemije nie wybuchają do takiego stopnia gwałtownie i zaczynają się zwykle zachorowaniem kilku tylko osób; 2) gaz zaraźliwy znajdując się w mieszkaniu zaraził by wszystkich jego mieszkańców (dla tej samej przyczyny).

Rozumowanie to niczego nie dowodzi, biorąc pod uwagę tę okoliczność, że nie wszystkie ciała lotne przedstawiają jednaką dyfuzję i że może ten właśnie gaz niewiadomy posiada najmniejszy jej stopień. Nie można przypisywać żadnych własności rzeczy, o której najmniejszego nie mamy wyobrażenia.

Na wielką uwagę zasługują doświadczenia PASTEUR'A, JOUBERT'A i CHAMBERLAND'A nad sztucznem wywołaniem ropnicy i posocznicy za pomocą wstrzykiwania mikrokoków <sup>2)</sup>. Wstrzykiwanie jednego gatunku tych grzybków wywoływało objawy posocznicy, drugiego zaś, objawy ropnicy. Trudno jednak znowu wyrzec stanowcze zdanie o tem, czy mikrokokki przedstawiały tu przyczynę choroby, czy też służyły tylko za przenosicieli wytworów rozkładowych. Fakt, że badany płyn nie wywoływał zjawisk posocznicy dopóki zawierał tylko rozwinięte wibryjony, nie może służyć za dowód zaraźliwego działania mikrokoków, albowiem płyn w obu razach przedstawiał odmienne okresy rozkładu. Pracy więc PASTEUR'A, lubo najpoważniejszej z dokonywanych w tym kierunku, nie możemy uważać za skończoną. Ale nawet gdybyśmy przyjęli, że mikrokokki wstrzyknięte do krwi, mogą same przez się wywołać ropnicę lub posocnicę, to jeszcze pozostałaby nierozstrzygniętą kwestyja, o ile teoria ta da się zastosować do durzycy brzusznej lub wysypkowej; nie mówię, do wszystkich „chorób zakaźnych,” ponieważ na podstawie istniejących wiadomości o tych chorobach niepodobna dotychczas twierdzić stanowczo, że istota wszystkich jest

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach wprawdzie usiłowano przyjąć nową postać chorobną „*pneumonia contagiosa*” (MÜLLER. *Zob. Dtsch. Arch. für klin. Medic.* Bd. XXI i kilka innych doniesień). Ale tego rodzaju spostrzeżeń było zbyt mało i rozpoznanie było oparte tylko na kilku objawach nie bardzo charakterystycznych (objawy żołądkowe, majaczenie, śpiączka, osad „durzycowy” na języku). Nie można więc powiedzieć, że postać ta zwiększyła liczbę „chorób zaraźliwych.”

<sup>2)</sup> Sprawozdanie o tej pracy, w GAZECIE LEKARSK. Tom XXV str. 126. 1878.

jednakową, lubo etiologia ich przedstawia pewne podobieństwo; nie możemy tego twierdzić mianowicie dla tej przyczyny, że sami nawet zwolennicy teorii „żywego zarazka” rozróżniają stopień zaraźliwości dwóch tak zbliżonych do siebie chorób, jak durzyca brzuszna i wysypkowa, a nadto niepodobna odrzucać i tej możebności, że z którejkolwiek z tych chorób narażona została osoba i stanie się z nią to, co w swoim czasie stało się z chorobą włośniową (*trychinosis*). Pytanie, czy wyniki otrzymane przez PASTEUR'A należy zastosować do durzycy brzusznej, znajduje się w związku z inną jeszcze ważną kwestyją, a mianowicie: czy należy uważać durzycę za chorobę zaraźliwą jak to sądzi większość, czy nie?

Pytania o zaraźliwości durzycy brzusznej niepodobna uważać za rozstrzygnięte; przyznają to najdoświadczeni klinicyści tacy jak TROUSSEAU <sup>1)</sup> i JACQUOD <sup>2)</sup> którzy wyrażają się nader oględnie o zaraźliwości durzycy. TROUSSEAU mianowicie określa gorączkę tyfoidalną jako chorobę „prawdopodobnie zaraźliwą,” a JACQUOD, mówiąc z większą pewnością o zaraźliwości durzycy brzusznej, przyjmuje jednak przypadki sporadyczne, przemawiające za tem, że człowiek sam w sobie nosi materjał, który przy pewnych warunkach może durzycę wywołać. Najwydatniejsze fakta przemawiające za zaraźliwością durzycy brzusznej znajdują się w wykładach TROUSSEAU'A; wszystkie one przedstawiają się mniej więcej w następującej postaci: do wsi, w której nie spostrzegano całkiem durzycy brzusznej, przyjeżdża z dalekiej okolicy człowiek dotknięty tą chorobą. Osoby odwiedzające go dostają durzycy, udzielają go innym i wreszcie wybuch epidemija. TROUSSEAU przytacza wiele wybitnych tego rodzaju przypadków, zapisanych w sprawozdaniach o epidemijach przez lekarzy praktykujących na wsiach i w miasteczkach. Zaprzeczać prawdziwości tych faktów nie mamy prawa, tem bardziej że spostrzeżenia tego rodzaju opisywane były już od dawna przez znakomitych autorów (zob. JACQUOD i TROUSSEAU). LIEBERMEISTER, na podstawie własnych licznych poszukiwań twierdzi, że durzyca brzuszna nigdy nie bywa przenoszona z jednej osoby na drugą, zdanie zaś o jej zaraźliwości przypisuje błędem w rozpoznawaniu a mianowicie, że nie odróżniano durzycy brzusznej od wysypkowej, która, zdaniem LIEBERMEISTER'A przedstawia chorobę w wysokim stopniu zaraźliwą. Jednak nie mogąc odrzucić faktów, o których wspomnieliśmy wyżej (TROUSSEAU i inni) LIEBERMEISTER rozumuje w sposób następujący: „Choroba nie jest zaraźliwą we właściwym tego słowa znaczeniu, albowiem nie bywa nigdy wywołaną bezpośredniem zetknięciem się; nie jest ona i czysto miazmatyczną, gdyż dla wytworzenia się jej nie wystarczają same tylko warunki zewnętrzne, ale potrzebną jest obecność chorego człowieka lub wydzielin tegoż. Zarazek rozwija się w dalszym ciągu skoro znajdzie w otoczeniu chorego warunki sprzyjające rozmnażaniu się, a z tego otoczenia dopiero przechodzi znowu do ustroju ludzkiego.”

<sup>1)</sup> *Pathologie interne*. T. II. *Typhus abdominalis*.

<sup>2)</sup> Wykłady kliniczne. Tom II. Tyfus.

Zdanie, że durzycy brzuszna nie przechodzi bezpośrednio z jednego ustroju do drugiego opiera LIEBERMEISTER na danych statystycznych, i dla tego twierdzenie to zasługuje na wiarę.

KÖHLER <sup>1)</sup> wyraża co do zaraźliwości durzycy brzusznej następujące zdanie: „Lubo obecnie utrzymują że durzycy brzuszna jest zaraźliwa, wątpić jednak należy, ażeby wydzieliny chorego miały zawierać i udzielać gotowy zarazek, przynajmniej spostrzeżenia kliniczne każą nam wątpić o tem.”

Musimy zgodzić się i na to, że fakta opisane przez TROUSSEAU, fakta, o których prawdziwości nie mamy powodu wątpić są nader wyjątkowe, przynajmniej w porównaniu ze spostrzeżeniami, przemawiającemi za niezaraźliwością durzycy brzusznej. Może też i na karb przypadkowego zbiegu okoliczności wypada tu coś policzyć. W r. 1878/9 na 30 przypadków durzycy, spostrzeganych w oddziale klinicznym prof. LAMBLA wszystkie podobno były sporadyczne. Nadto jeżeli ktoś będąc u chorego na durzycę dostaje też choroby, rzecz prosta, że nie przemawia to jeszcze w sposób wybitny za zaraźliwością tej choroby, tak samo jak gdy ktokolwiek odwiedziwszy chorego na nieżyt oskrzeli, sam przyszedłszy do domu zaczął kasłać (co się wcale nierzadko zdarza).

Jeżeli więc nie mamy jeszcze prawa utrzymywać, że zaraźliwość durzycy brzusznej jest nader wątpliwą, musimy jednak przyznać że nie jest dowiedzioną.

Niebardzo stosownem byłoby tu rozbiierać kwestyję zaraźliwości innych chorób do też zaliczonych kategorii, musimy jednak zwrócić uwagę na to, że i w tym względzie należy być bardzo ostrożnym; a nawet nie zważając na pewność, z jaką rozprawia LIEBERMEISTER i inni o zaraźliwości durzycy wysypkowej, możemy przytoczyć spostrzeżenia i doświadczenia doprowadzające do wniosków całkiem przeciwnych. Nader pouczające w tej mierze są doświadczenia FIONA i ARTEMOWICZA <sup>2)</sup> dokonane podczas ostatniej wojny turecko-rossyjskiej.

1) Lekarze ci wstrzykiwali sobie pod skórę krew chorych na durzycę wysypkową, po czem w ciągu dwóch miesięcy byli zupełnie zdrowi, lubo później zachorowali, a mianowicie wtenczas gdy nie mogli zachowywać należytej czystości w pokojach, w których znajdowali się chorzy.

2) Dr. ARTEMOWICZ wstrzyknął podskórnie krew chorych na durzycę 17 żołnierzom, którzy nigdy przedtem durzycy nie mieli i żaden z nich nie zachorował.

3) 28 zdrowych żołnierzy spało przez 4—5 nocey w jednych łózkach z chorymi na durzycę, i żaden z nich nie zachorował.

<sup>1)</sup> Reinhold KÖHLER. *Handb. der Spec. Therapie einschliesslich der Behandlung der Vergiftungen. Erster Band. Erste Abtheilung. Dritte Aufl. Tübingen. 1867. Str. 6.*

<sup>2)</sup> Doświadczenia te opisane są w protokółach Kaukaskiego towarzystwa lekarskiego i w „*Petersb. klin. Wochenschr.* 1878 Nr. 50.”

W tym samym kierunku robił doświadczenia dr. Otto OBERMEIER (zob. *Centralbl.* Nr. 36. 1873. Sprawozdanie w *Sachs' medicinischer Almanach.* 1875. str. 424.

4) Po umieszczeniu chorych durzycowych w salach, na których znajdowali się chorzy innych kategorii, zmniejszała się liczba nowych przypadków choroby oraz śmiertelność z durzycy, podczas gdy przeciwne warunki wzmacniały te zjawiska. (d. n.)

## WYKŁADY Z DZIEDZINY FIZYJOLOGII.

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

Wstęp do wykładu klinicznego chorób narządów trawienia.

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

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

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 22, 24, 27, 29, 32, 36—40).

Na takieżje zmianie barwy cieczy zasadza się użycie w tymże celu niektórych odpowiednio rozcieńczonych barwników anilinowych np. metylwioletu (który służy także do wykrywania zwyrodnienia mączkowatego), czerwonej fuksyny i żółtej tropaeoliny. Pierwszy, w obecności kw. solnego staje się niebieskim, drugi zmienia swój kolor na żółty, tropaeolina wreszcie na czerwony. Najczulszym jest metylwiolet, chociaż wedle mego doświadczenia tylko wtedy, gdy ilość wykręć się mającego kwasu solnego nie jest mniejszą od 0,25%. Inaczej jednakże postępować należy chcąc równocześnie wykazać obecność w żołądku kwasów organicznych i nieorganicznych. W takim razie można użyć sposobu RICHET-BERTHELOT'A. Sposób ten wyłożę tem chętniej, ponieważ RICHET przy jego pomocy opracował na nowo zagadnienie, tyczące się przyrody zwykłego kwasu żołądkowego i rozwiązał je w myśl wyników SCHMIDT'A. Jeżeli mianowicie skłucimy roztwór jakiegokolwiek kwasu z eterem, to takowy pochłonie pewną ilość kwasu, stałą każdego z nich, a stosunek ilości kwasu w oddalonym następnie eterze do ilości tegoż w pierwotnym roztworze kwasu, po skłuceniu takowego z eterem, jest ściśle oznaczony i stały. Ilość kwasu oznacza się za pomocą ilości mianowanej wody wapiennej, zużytej do zobojętnienia danej cieczy. Stosunek ten nazwany przez BERTHELOT'A „*coefficient de partage*” jest bardzo wysokim dla kwasów mineralnych (wyżej 500), niskim zaś dla kwasów organicznych, albowiem eter pochłania zaledwie ślady pierwszych, z drugich zaś ogromne ilości i rzecz prosta, niezależnie od ilości badanego płynu a tylko od jego nasycenia i ciepłoty. Tak np. współczynnik podziału (*coefficient de partage*) dla kwasu bendźwinowego równa się 1,8, przeto roztwór nieznanego kwasu, który po skłuceniu z eterem ma stopień kwaśności = 1, podczas gdy tenże stopień użytego eteru = 0,55, musi być roztworem kwasu bendźwinowego<sup>2)</sup>. W ten sposób oznacza się jakość nieznanych kwasów, przy czem jeżeli współczynnik podziału przy dwukrotnem lub też częściej powtarzanem skłuceniu zawsze pozostaje jednakim, w takim razie przyjąć musimy, iż w roztworze znajduje się tylko jeden kwas. W przeciwnym razie, gdy badana ciecz zawiera dwa lub więcej kwasów np. jeden kwas organiczny i jeden nieorganiczny, w takim razie można je nawzajem oddzielić od siebie, wiedząc o tem, że jeden łatwiej

1) W obec pewnych warunków sok żołądkowy może być bardzo kwaśny, a pomimo to zawierać będzie małą bardzo ilość kwasu solnego, a przeciwnie, sporo kwasu mlecznego, octowego, masłowego i innych.

2)  $\frac{1,00}{0,55} = 1,8$  (przypisek tłumacza).

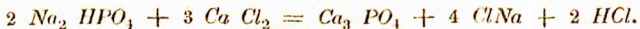


drugi zaś trudniej łączy się z eterem. Przy pomocy wielokrotnego traktowania roztworu wodnego za pomocą eteru (w celu wydobycia kwasów organicznych, łatwiej pochłanianych przez eter), następnie pierwotnej mieszaniny eteru z wodą i każdorazowego oznaczania współczynników podziału, które tak długo będą wzrastać *resp.* zmniejszać się, dopóki obydwa kwasy nie zostaną zupełnie od siebie oddzielone, otrzymamy nakoniec stały już współczynnik dla każdego z obecnych w roztworze kwasów i w ten sposób oznaczymy czy dany roztwór zawiera w sobie kwasy organiczne czy nieorganiczne, czy może razem jedne i drugie i które mianowicie z nich. Dzięki temu sposobowi, który o wiele łatwiejszym jest do wykonania niżeli do opisanego, zdołał RICHET dowieść, iż świeży sok żołądkowy zawiera w sobie tylko jeden kwas mineralny, lecz nieswobodny, lecz w bardzo słabym połączeniu z pewnym ciałem organicznym, leucyną, w postaci chlorowodanu takiej.

RICHET utrzymuje, że zarówno w soku żołądkowych jako też i w błonie śluzowej żołądka znajduje się znaczna ilość leucyny, której chlorek otrzymał poddając nalewkę z błony śluzowej żołądka działaniu kw. solnego. Sok żołądkowy pozostawiony na krótki przeciąg czasu na powietrzu podlega pewnego rodzaju robieniu, przy czem wytwarza się w nim ma kwas mięso-mleczny. Ponieważ jednakże doświadczenia te były robione na soku żołądkowym, wypływającym z przetoki żołądkowej człowieka, trudno przeto dowieść bezwzględnej czystości tego soku i wykluczyć możliwość powstawania kwasów organicznych z rozkładu przelkniętych pokarmów. Zamierzam moim jest powtórzyć doświadczenia RICHET'A, ponieważ one posługują prawdopodobnie za punkt wyjścia dla dalszych prac na tém polu. Najważniejszą załugą tego badacza jest dostarczenie nowych dowodów obecności w żołądku tylko jednego kwasu mineralnego; przypuszczenie wszelako, iż on znajduje się tamże w postaci chlorku leucyny, jest co najmniej wątpliwem, albowiem należycie odbywająca się sprawa trawienia wymaga niezbędnie obecności swobodnego kwasu solnego. Gdybyśmy zaś przypuścili, że chlorek leucyny w samym początku trawienia rozkłada się, w takim razie w świeżych massach wymiotnych i soku żołądkowym mieszanoby jeszcze przed RICHET'EM znajdować leucynę, ciało tak łatwe do odszukania. Co prawda jeszcze KÜHNE i UFFELMANN wykazali jej obecność w błonie śluzowej żołądka i soku żołądkowym, uważali ją jednakże za przypadkową domieszkę. W czystym soku żołądkowym człowieka znajduje się wedle SZABO 3‰ kwasu solnego, podczas gdy RICHET, jako średnią cyfrę otrzymaną z 70 spostrzeżeń, podaje 1.3—1.7‰. Badania swoje RICHET robił na chorych, którym z powodu silnego zwiężenia przelyku, wykonano przecięcie żołądka.

Pozostaje nam jeszcze do rozstrzygnięcia nadzwyczajnie ciekawe i jak dotychczas zupełnie zagadkowe pytanie co do przyczyn, dzięki którym z alkalicznej krwi wytwarza się kwaśna wydzielina i do tego kwaśna z powodu obecności w niej kwasu mineralnego. Pod tym względem niespodziewane światło rzuciły genialne prace MALY'EGO. Zwrócił on na to uwagę, że niektóre płyny alkaliczne, zawierają obojętne dla siebie sole, z których jedna jest kwaśną drugą zaś alkaliczną; pomimo tego oddziaływanie ich jest alkalicznem. Taki płyn składać się np. może z obojętnej ( $Na_2 HPO_4$ ) i kwaśnego fosforanu sody ( $NaH_2 PO_4$ ); pierwsza sól daje alkaliczny, druga kwaśny odczyn. W dialyzatorze podobny płyn, po upływie krótkiego czasu, ustępuje kwaśną sól wodzie przekroplonej, wskutek czego w wewnętrznej części dialyzatora zbiera się płyn alkaliczny, w zewnętrznej zaś kwaśny. MALY dowodzi, że we krwi, pomimo jej zasadowego oddziaływania, zawartym jest nie tylko kwaśny fosforan sody, lecz tak-

że swobodny kwas hippurowy i moczowy. Kwasy te i kwaśne połączenia daleko łatwiej przesiąkają aniżeli sole obojętne, wydziela się też z tego powodu mocz kwaśny, albowiem nerki działają na podobieństwo dialyzatora. Jeżeli znów pomieszamy obojętny fosforan sody z chlorkiem wapnu ( $Ca Cl_2$ ) w takim razie powstanie fosforan wapna ( $Ca_3 PO_4$ ), chlorek sodu i swobodny kwas solny a to podług następującego wzoru.



Wedle zaś zgodnych ze sobą poszukiwań PRIBRAM'A i GERLACH'A we krwi znajduje się tlenek wapnu, ( $CaO$ ) a w skutek tego łatwo może wytworzyć się kwas solny. Kwas ten nadzwyczajnie łatwo przesiąka, tak iż np. w dialyzatorze przesiąka 3 razy prędzej aniżeli sól kuchenna; z tego więc powodu raz utworzywszy się we krwi, bardzo łatwo może przejść w znacznej ilości do soku żołądkowego. Przy pomocy tedy prostych zjawisk przesiąkania moglibyśmy objaśnić sobie dlaczego wydzielamy mocz kwaśny i sok żołądkowy; należałoby jeszcze rozstrzygnąć dlaczego fosforany wydzielają się tylko w nerkach, zaś kwas solny tylko w żołądku i do tego w pewnych załedwie, peryjodycznych odstępach czasu. Rozwiązanie tych kwestyj musimy pozostawić przyszłości.

KONIEC ODCZYTU V-GO.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Tampon próbny, jako środek do rozpoznania przewlekłego zapalenia wewnętrznej powierzchni macicy,** podał B. S. SCHULTZE (*Centr. f. Gynæk.* Nr. 17. 1880). Autor zwraca uwagę, iż dotychczas nie mamy wystarczających danych, dla obiektywnego rozpoznania przewlekłego zapalenia wewnętrznej powierzchni macicy. W wielu podręcznikach podają za znak charakterystyczny: mniej lub więcej obfitą wodnistą wydzielinę. Rozpoznanie powinno się na tem opierać, że po założeniu wziernika widać obfity wypływ wodnisty, wpływający z ust macicznych, pomimo małego stopnia zajęcia kanału szyjki. Objawu tego brak w 10% przypadków nieżyty macicy.

Czułość wewnętrznej powierzchni macicy na dotykanie zgłębnikiem, podawana także przez wielu autorów jako znak charakterystyczny, stanowi znak niedostateczny, a to dla dwóch powodów: 1) zdarza się dużo przypadków przewlekłego nieżyty macicy, przy których dotykanie zgłębnikiem nie jest bolesne, i 2) samo badanie zgłębnikiem wnętrza macicy jest to rękoczyn, do wykonania którego potrzeba pewnej wprawy, w przeciwnym razie nawet u osobnika zupełnie zdrowego występuje uczucie bólu.

Wysledzenie palcem wnętrza macicy, chociaż bywa często wskazanem przy zapaleniu wnętrza macicy, nie może jednak być podawanem jako środek rozpoznawczy, ponieważ rzadkie są przypadki, w których podobne śledzenie daje wynik dodatni.

Ponieważ w większości przypadków, osoby dotknięte przewlekłym zapaleniem wewnętrznej powierzchni macicy nie leczą się u specjalistów ginekologów, przeto szczególnie ważnym by był taki objaw, który by z łatwością mógł być rozpoznany przez niespecjalistę;—otóż taki właśnie objaw stanowi sama *wydzielina*. Jednakowoż nie ilość, ani *wodnistotać* wydzieliny jest charakterystyczną oznaką przewlekłego zapalenia wewnętrznej powierzchni macicy, lecz *obecność ropy*. W wielu razach ilość wydzieliny jest tak mała, że kobiety zupełnie się na to nie uskarżają; nawet zdarza się, mianowicie wtedy, gdy sprawa nie rozszerza się na szyjkę i na ścianki pochwy, że chore twierdzą, iż nie mają zupełnie żadnego wpływu.

Już KIRWISCH zwrócił uwagę na znaczenie tamponowania pochwy, przy rozpoznawaniu źródła, ilości i jakości wydzieliny, znajdującej w pochwie (*Klin. Vort. 4 Aufl. 1854. Bd. I. p. 72 et 327*).

Autor od dawna już używa następującego sposobu do rozpoznawania ropnego nieżytu macicy: Jeżeli po uprzednim starannem oczyszczeniu sklepienia pochwy założymy na część pochwową, tak, aby usta maciczne były zupełnie przykryte, tampon z waty odfluszczonej, napojony gliceryną i zwilżony na powierzchni 25<sup>0</sup>/<sub>10</sub> roztworem tanniny w glicerynie, to po 24 godzinach między błoną śluzową a tamponem zbiorą się ukształtowane części wydzieliny. Tampon, napojony silnym roztworem tanniny, łączy się wkrótce ściśle wraz z wydzieloną i powierzchowną warstwą nabłonka pochwy, tak, że nie odplywa między nim a błoną śluzową; gliceryna, zawarta w tamponie, silnie przyciąga wodę z tkanek otaczających i ułatwia jej odpływ, równie jak i wodnistych części wydzieliny, części zaś ukształtowane tejeż wydzieliny, prawie że pozostają na tem miejscu, w którym zetknęły się z tamponem. Rzadko kiedy znaczniejsza część tamponu jest nasiąkniętą, zwykle ropa, wydzielona z macicy w ciągu 24 godzin, leży w postaci bryłki (którą łatwo można zebrać do poszukiwań mikroskopowych), na miejscu odpowiadającym ujściu macicznemu. Wszelako, po wyjęciu tampona przez wzniernik, należy zawsze obejrzeć sklepienie pochwy i usta maciczne, ponieważ dość często, mianowicie wtedy, gdy jednocześnie odchodzi dużo śluzu z kanału szyjki, wydzielina nie osiada na tamponie, lecz ściśle przylega do samego ujścia macicznego.

Prawidłową pozostałość wydzieliny macicznej stanowi bryłka galaretowatego, przezroczystego, lub lekko zmętniałego śluzu, często zabarwiona na kolor fioletowy, w skutek zetknięcia się z tanniną. Jeżeli obok tej bryłki, lub zamiast niej, na miejscu odpowiadającym ujściu macicznemu znajduje się ropa, to już makroskopijnie można ją poznać, przedstawia bowiem inną konsystencyję, jest nieprzezroczystą i ma barwę żółtą, mniej lub więcej w zieloną przechodzącą.

Nie z każdej macicy, dotkniętej przewlekłym zapaleniem wewnętrznej jej powierzchni, wydziela się codziennie ropa; dlatego też jednorazowy wynik ujemny, po założeniu tamponu, nie jest jeszcze stanowczym dla rozpoznania. Szczególniej przy zwężeniu szyjki może przez kilka dni brakować ropy, aż wreszcie pewnego dnia pokaże się wyraźnie na tamponie. Przy zwężeniach, ropa zbiera się powyżej miejsca zwężonego i odchodzi peryjodycznie, przy czym pojawiają się bóle, zbliżone do porodowych. U mnych kobiet nie odchodzi ropy, lecz wydzielanie jej występuje peryjodycznie i to albo przed lub po regularności, albo też w odstępie czasu między dwiema miesiączkami (tak zwany *Mittelschmerz*).

Bardzo często zdarzają się nieżytowe cierpienia szyjki macicznej, albo samodzielne, albo też wraz z podobnymże cierpieniem błony śluzowej ciała macicy. Są pewne znaki, po których zazwyczaj można rozpoznać: czy wydzielina pochodzi z szyjki, czy też z ciała macicy. Ropa z szyjki macicznej bywa ściśle zmięszana z ciągnącym się lub galaretowatym śluzem — ropa zaś z ciała macicy tak się nie mięsza. Jeżeli jednocześnie podlega cierpieniu błona śluzowa ciała macicy i szyjki, to wydzielina szyjki tak silnie przemaga, że nie podobna, na niej się opierając, rozpoznać nieżyty błony śluzowej ciała macicy, szczególniej wtedy gdy prócz tego ujście maciczne jest wywnięte (*ectropium*) i gdy znajduje się owrzdodzenie części pochwowej, z którego powierzchni wydziela się obfita ilość rzadkiej ropy. Z zupełną słusnością zmiany części pochwowej, jak: owrzdodzenia, wywnięcie ust macicznych i obrzmiałe, a zarośnięte torebki — uważane są za charakterystyczne oznaki nieżykowego cierpienia szyjki macicznej. Jeżeli

zaś z powodu nieobecności powyższych oznak, wnosić należy o nieobecności nieżyty szyjki macicznej, jeżeli, pomimo iż część pochwowa przedstawia wygląd zupełnie prawidłowy, na tamponie próbnym znajdziemy ropę, nie zmieszaną ze śluzem z szyjki pochodzącym, a więc pochodzącą z ciała macicy, to przyznać musimy że w danym razie istnieje tylko nieżyt ciała macicy i taki zdarza się bardzo często.

Nieżyt ciała macicy znajduje się z pewnością u połowy kobiet, chorych na cierpienia narządów rodnych i stanowi jeden z ważniejszych momentów ogólnego obrazu chorobnego. Dalej istnieje on jako jedyne, lub w każdym razie główne cierpienie u pewnej liczby kobiet i dziewczę, które szukają porady z powodu niepłodności, bolesnego miesiączkowania, krwotoków, a daleko rzadziej z powodu upławów. Prócz tego, u wielu kobiet i dziewczę, które nie leczą się jako dotknięte chorobami kobiecemi, lecz cierpią na niedokrwistość, bladaczkę i różne cierpienia nerwowe, ropne zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy stanowi często podstawę całego stanu chorobnego.

Przyczynę osłabienia chorej nie stanowi wcale utrata substancyj w skutek ropienia; wydzielanie kilku kubecznych milimetrów ropy dziennie większe ilości zdarzają się rzadko — nie może mieć przez lata nawet wielkiego wpływu na ustrój niezłe odżywiany; przewlekły nieżyt wewnętrznej powierzchni macicy — niezależnie od niepłodności i bolesnego miesiączkowania, wywiera głównie wpływ na układ nerwowy i to jest właśnie powodem szczególnej ważności tego cierpienia.

Zatrzymywanie się wydzieliny stanowi istotę tego oddziaływania. Miejscowe warunki sprzyjają zawsze zastojowi wydzieliny ropnej przy zapaleniu wewnętrznej powierzchni macicy. Przewód, służący do odpływu, zkądnad wązki, staje się jeszcze węższym w skutek obrznięcia błony śluzowej i prawidłowa wydzielina nie spłukuje tutaj ropy, podobnie jak to ma miejsce na innych błonach śluzowych. Zdaje się że te nieżyty macicy (w ogóle rzadkie), przy których bywa wydzielina obfita i surowicza, a odpływ ropy jest zupełnie swobodny, daleko mniej wpływają na stan ogólny chorej, pomimo znacznej utraty substancji, aniżeli nieżyty suche, przy których skąpa wydzielina ulega jednak zastojowi. Najlepszy dowód szkodliwości zastojowi wydzieliny we wnętrzu macicy stanowi szybkie polepszenie po rozszerzeniu i wypłukaniu jamy macicznej.

Ważne też znaczenie przy ropnym zapaleniu wewnętrznej powierzchni macicy, ma i ta okoliczność, że przy niem tak często występują inne cierpienia przyrzędu płciowego, a przedewszystkiem zapalenia pozamaciczne, że można je uważać za następstwa zastojowi wydzieliny. Jeżeli u kobiety dotkniętej zapaleniem pozamacicznym, zapaleniem jajników, lub zbroczeniem macicy a prócz tego cierpiącej na nieżytowe zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy, przeprowadzimy ścisłe badanie anamnestyczne, to najczęściej okaże się, że najpierwszemi objawami cierpienia był wpływ nieznan, na co chora nie zwracała uwagi i bolesne miesiączkowanie, które uważała za cierpienie nerwowe. Dla tego też, by zapobiedz cięższemu cierpieniu, ważnem jest bardzo umieć rozpoznać wczesne okresy zapalenia wewnętrznej powierzchni macicy, by wcześniej zastosować odpowiednie leczenie.

Dotychczasowe środki rozpoznawcze są niedostateczne dla wykrycia takich nieżytych zapaleń, przy których ilość wydzieliny jest nieznaną, a których pomimo to wcale lekceważyć nie można. Otóż tampon napojony tanniną stanowi wyborny środek za pomocą którego możemy wykazać najmniejsze ilości ropy, pochodzącej z macicy, a zarazem i dokładnie rozpoznać iż ta ropa rzeczywiście z macicy pochodzi. Tampon taki stanowi też wyborny środek do rozpoznania czy nastąpiło wyleczenie, czy też nie. Nie

pierwej można uznać chorą za wyleczoną z nieżytywego zapalenia wewnętrznej powierzchni macicy, aż dopiero wtedy, gdy, po upływie pewnego czasu od skończenia kuracji, po przejściu regularności, na tamponie, napojonym tanniną i założonym na 24 godzin, nie ma śladu ropy, lecz znajduje się tylko prawidłowa wydzielina macicy.

Taki próbny tampon tembardziej może oddać wielkie usługi w praktyce, ponieważ za pomocą tego sposobu, nawet lekarz nie posiadający specjalnych wiadomości ginekologicznych, może ściśle rozpoznać ropne zapalenie wewnętrznej powierzchni ciała macicy.

Samo się przez się rozumie, że ściśłość rozpoznania ma największe znaczenie dla tego, który opierając się na wypływających ztąd wskazaniach zechce przystąpić do leczenia miejscowego. Co do nas, jesteśmy tego zdania, że najszybciej można otrzymać dobre wyniki przez rozszerzenie i wypłukanie macicy, celem uzyskania swobodnego odpływu wydzieliny, a następnie przez miejscowe leczenie błony śluzowej; większość jednak lekarzy a nawet i znakomici gynecologowie trzymają się jednak dotąd tej zasady, że najlepiej pozostawić w spokoju chorą błonę śluzową macicy i że lepiej jest leczyć nieżyt macicy przez stosowanie środków na pochwę lub część pochwową, albo też przez środki wewnętrzne, lub przez kuracje kąpielowe.

Nie ulega wątpliwości że usunięcie powikłań zapalnych, albo zastojów żylnych często wpływa na zmniejszenie przewlekłego nieżyty macicy, a często nawet i na zupełne usunięcie go. Bardzo często wypada zadosyć uczynić wskazaniom ogólnym, przed zastosowaniem leczenia miejscowego. Spodziewać się należy, że w miarę jak rozpoznawanie nieżyty macicznego stanie się ściślejsem i leczenie miejscowe zyska coraz większą liczbę zwolenników. Zresztą ściślejsze rozpoznawanie, nawet i dla tych, którzy są za stosowaniem leczenia ogólnego, dawać będzie lepsze podstawy dla wyprowadzenia odpowiednich wskazań i możność dokładniejszego ich wypełniania, nie wspominając już o tem, że zastosowanie tamponu próbnego ma ważne znaczenie dla kontrolowania wyników leczenia. *Dr. St. Kondrotowicz.*

**Badania doświadczalne następstw operacji przecięcia nerwów rzęskowych i nerwu wzrokowego** (*neurotomia optico-ciliaris*), jakie dokonał RÉNARD na 40 zwierzętach, są nader ważne, gdyż przyczyniają się do należytego ocenienia operacji zachwalanej przez ABADIE'GO przy *ophthalmia sympathica*.

Autor w pierwszym szeregu doświadczeń przecinał tylko nerwy rzęskowe, nie naruszając nerwu wzrokowego. Wyniki jego badań są następujące:

1) Nerwy rzęskowe są czułe; przecięcie ich u psów niechloroformowanych wywoływało wyraźny ból.

2) Bezpośrednio po zupełnem przecięciu nerwów rzęskowych rogówka traci swój połysk i przezroczystość; staje się nieczułą. U psów źrenica się rozszerza. U królików po pierwotnem zwężeniu następuje rozszerzenie źrenicy.

3) Częściowe przecięcie nerwów rzęskowych spowoduje częściową nieczulość rogówki i częściowe rozszerzenie źrenicy, której postać wówczas jest nieprawidłowa. Po przecięciu nerwów rzęskowych zewnętrznych następuje porażenie tęczówki od strony zewnętrznej, gdy tymczasem część wewnętrzna źrenicy zwęża się pod wpływem działania światła.

4) Odżywianie rogówki i galki ocznej odbywa się w należyty sposób, jeżeli nb. obrażenie operacyjne i krwotok pozagalkowy nie był zbyt znaczny.

Co się tyczy późniejszych następstw operacji, autor zauważył: 5) że źrenica pozostaje rozszerzoną przez czas dość długi (4—5 miesięcy); 6) Czułość siatkówki wraca około 3-go miesiąca, z początku miejscami, później w całości; 7) u wielu zwierząt wzrok bywa nienadwężony; u innych autor zauważał *neuritidem, haemorrhagiam papillae, dilatationem venosam*.

W drugim szeregu doświadczeń autor przecinał i nerw wzrokowy i nerwy rzęskowe. Następstwa tej operacji były: 1) Bezpośrednio po operacji występowała zupełna nieczu-

łość rogówki i nadmierne rozszerzenie źrenicy. 2) Dno oka i tarcza nerwu wzrokowego przedstawiały się w stanie zupełnej bezkrwistości; w niektórych tylko żyłach dawał się widzieć zastój krwi, 3) Często występowały groźne objawy: przedziurawienie rogówki ze wszystkimi jej następstwami (wypadnienie tęczówki, szybki zanik gałki ocznej). Tak niepomysłny wynik operacji pojawiał się szczególnie w ten czas, gdy wylew krwi poza gałką utrudniał gojenie się rany *per primam intentionem*, lub gdy gałka oczna była obnażona w okolicy przyczepu mięśnia prostego górnego. Zranienie naczyń rzęskowych przednich ma być przyczyną rzeczonych nieszczośliwych przypadków. 4) W wielu razach rogówka zachowała swą przezroczystość a postać gałki ocznej najniżej nie ulegała zmianie. U niektórych zwierząt w półtora roku po operacji autor nie zauważał nawet śladu zaniku gałki ocznej. Soczewka pozostała przezroczystą. Czasami w ciele szklistem dawały się widzieć zmętnienia. 5) Wziernik oczny wykrywał czarne punkty krwotokowe, a naokoło tarczy zanikniętej miejscami naczyńka ulegała zanikowi. Żyły były rozszerzone, naczynia prawidłowo rozmieszczone. Źrenica dość długo pozostawała rozszerzoną; po 6—12 miesiącach wracała nieznacznie jej kurczliwość. 6) Rogówka po 5—6 miesiącach powoli czułość odzyskiwać zaczynała. U zwierząt w 1½ roku po operacji czułość rogówki była zupełną, co przypisać należy prawdopodobnie odtwarzaniu się nerwów rzęskowych.

(*France médicale*, 14 Sierpnia 1880). S. K.

**Przeciw uperczywemu bólowi zębów u ciężarnych** zachwala LINDNER (*Arch. f. Gynaekol.* Bd. 16, 2 Hft.) *Crotonchloral*, który zadaje w takich razach zwykle na noc przed udaniem się na spoczynek, według następującego przepisu: *Rpe. Chloral. crotonisat.* gr. 8, *Aq. menth. Syr. menth. ana* unc. ½ M. D. S. użyć na raz w szklance wody. Autor niewidział żadnych złych następstw tak u ciężarnych jako też u innych osób, którym takową mieszaninę przeciw gwałtownemu bólowi zębów podawał; w jednym przypadku nastąpiły wymioty, jednak bez powstrzymania pożądanego działania wymienionego leku. Zdaniem autora główną zaletą krotonchloralu jest to, że przez podawanie jego sprawione ustanie bólu nie trwa kilku godzin (jak to ma miejsce przy użyciu morfiny lub wodanu chloralowego), lecz ból ustaje na kilka dni (do 8-miu) po sobie następujących; tym sposobem nie ma potrzeby częstego powtarzania podawania owego leku, a nadto chore bez przeszkody mogą zajmować się zwykłą swoją pracą.

(*Ref. w Allg. med. Central.-Ztg.*—1880—67).

**Otrucie nalewką arnikową.** W „*The Lancet*” (1880—11) znajduje się opis następującego przypadku. Mężczyzna zdrowy, przez pomyłkę wypił 2 uncje (60—75 grm.) *t rae arnicae*, poczuł natychmiast palenie w żołądku, przeciw któremu podano mu dwuwęglan sodowy z nalewką aronatyyczną. Na kilka minut boleści te ustały, lecz następnie powróciły z większą jeszcze gwałtownością, wśród których w ciągu następnych 6 minut chory skonał. Z tego powodu przedsięwzięte doświadczenia z nalewką arnikową wykazały, że po odparowaniu 1 uncji tej nalewki pozostaje wyciąg (*extractum*), który na skórze wywołuje wysypkę pęcherzykową, a większe jego ilości naciągają pęcherze jak po przyłożeniu przyszczydła z much hiszpańskich. Pozostałość w żołądku otrutego, po odparowaniu położona na skórze zdrowego człowieka wywołała takie same pęcherze, jak wyparowana czysta nalewka arnikowa.

**Ospę prawdziwą u noworodka** spostrzegł A. VIDAL (*Gaz. méd. de Paris* 1880—17). Noworodek żywo urodzony był pokryty krostami ospowemi; matka jego miała ospę szczeniową i nigdy ospy nie przeżywała. Krosty ospowe w chwili urodzenia się tego dziecka mogły już istnieć 7—8 dni, były one większe niż zwykle, jednakże posiadały cechujące pośrodku zagłębienie tak, że tylko ospą być mogły. Dziecko to zmarło w kilka godzin po urodzeniu.

(*Ref. w Allg. med. Central.-Ztg.* 1880—78). J. R.

**Capsicum annuum przeciw hemoroidom** wielce zachwala VIDAL (*Gaz des hôp.* 17 Lipca r. b.), a mianowicie w przypadkach znacznych napływów hemoroidalnych ma to być lek najlepszy. Podaje *extractum capsici annui* w pigułkach, zawierających 3 gr. (0,20) tego wyciągu, 4—5 takich pigulek dziennie, z których jedną połową chory używa przy obiedzie, a drugą przy kolacji. Przy takim leczeniu mają szybko ustępować napływy (*congestio*) i wszelkie towarzyszące im przypadłości.

(*Ref. w Allg. Wiener med. Ztg.* 1880—36).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

**Tunel św. Gottarda.** Przed kilku miesiącami pp. PERRONGITO i CONCATO nadesłali Akademii nauk w Paryżu wiadomości, dotyczące licznych przypadków wysokiej niedokrwistości (*anaemia perniciosa*) jakie spostrzegano pomiędzy robotnikami tunelu, z pomiędzy których wielu padło ofiarą tej choroby. Przyczyną tego cierpienia, na zasadzie dokonanych poszukiwań wypróżnień stolcowych chorych, mają być pasożyty jelitowe trojakięgo rodzaju, a mianowicie: *dochmius duodenalis* pospolicie tęgoryjcem (*anchylostomum duodenale*) zwany, dalej *anguillula stercoralis* i nakoniec *anguillula intestinalis*. W rozmaitych przypadkach przeważał już to jeden już ten inny gatunek tych pasożytów. Liczba ich u podległych cierpieniu była tak wielką, że, zdaniem wymienionych autorów, najzupełniej wystarcza do wyjaśnienia rozwinięcia się niedokrwistości złośliwej. Toż samo potwierdza ją doniesienia d-ra GIACONE, lekarza towarzystwa zajmującego się przebicciem wymionego tunelu.

**London.** Niedawno ogłoszona statystyka śmiertelności za r 1878 wykazuje 230 mężczyzn i 510 kobiet, żyjących po 95 lat i więcej. Z tych 24 mężczyzn i 64 kobiet przeżyło lat 100 i więcej, a mianowicie: 12 mężczyzn i 27 kobiet po 100 lat; 5 męz. i 13 kobiet po 101 lat, 2 męz. i 8 kob. po 102 lata; 3 m. i 7 kob. po 103 lata; 1 m. i 4 kob. po 104 lata; 1 m. i 4 k. po 105 lat; i 1 kobieta 106 lat. Ośm z tych osób zmarłych w setnym roku swego życia mieszkało w obrębie samego Londynu, a mianowicie 1 mężczyzna i 7 kobiet.

**Gdańsk.** Dnia 18—21 Września odbył się 53-ci zjazd przyrodników i lekarzy niemieckich, w którym przyjęło udział 750 członków. Na miejsce przyszłorocznego takiego zjazdu wybrano Salzburg.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

**Sprawy sanitarne.** W skutek wyrażonej przez delegacją Podkomitetu Obywatelskiego w przedmiocie sposobu składania nieczystości za rogatką Jerozolimską, władza zamknęła już tak zwaną fabrykę pudrety w Rakowcu i właścicielowi tej fabryki pozwoliła w innem miejscu stosowniejszem urządzić skład nieczystości, według wymagań przez rzezoną delegacją wskazanych, a mianowicie sposobem groningeńskim, który polega na kompostowaniu ekskrementów przez mieszanie takowych z rozmaitemi materjami suchemi jako to: pył uliczny, śmieci, słoma i t. p. Jest wszelka rękojmia, iż właściciel fabryki poniósłszy straty w skutek zamknięcia gorszącej nieporządkiem fabryki pudrety, obecnie ściśle wypełni w nowym zakładzie wymagania władzy, która w tym razie postąpiła z pochwałą godną energiją.

**Badania hydrologiczne** w południowo-zachodniej okolicy miasta rozpoczęte pod kierunkiem komisji wodnej w połowie Czerwca, bez przerwy prowadzonymi są przez wybranego w tym celu inżyniera ARNDT'A, który dnia 27 z. m. na posiedzeniu Komisji zdawał szczegółowo sprawę z dokonanych przez się badań. Badania te uzupełnione zostaną bezwzględnie za pomocą próbných świdrowań. O istnieniu wodonośnej warstwy w okolicy Szcześliwie, Włochów i t. d. prawie wątpić niemożna. Ewentualna wydajność tej warstwy, a tem samem praktyczna jej ważność w kwestyi zaopatrzenia miasta wodą do picia dopiero bliżej ocenioną być musi. Z pomiędzy 50 studzien przez inżyniera ARNDT'A dotąd zbadanych, około 20 poddawał analizie p. WEINBERG.

— Ważna kwestyja urządzięcia głębokich studzien wierconych w zachodniej części miasta weszła już na drogę wykonania. Na placu Ś-go Karola Boromeusza roboty około pierwszej takiej studni rozpoczęto. Komiszyja wodna jak wiadomo ma całą zasługę inicjatywy w tej sprawie, w której jak w całym szeregu prac i badań swoich znalazła najzupełniejsze poparcie ze strony prezydenta. Co prawda w obec zasługi hrabiego Huberta KRASIŃSKIEGO, który miastu hojną ręką ofiarował czterdzieści cztery źródła, zasługa komiszyi i prezydenta nikną zupełnie. I cóż znaczy jedna nowa studnia w obec czterdziestu czterech starych studzien, z których przodkowie nasi wodę pili!

## OGŁOSZENIA.

**Dr. Alfred Sokołowski**, były lekarz zakładu leczniczego w Goerbersdorfie, stale zamieszkał w Warszawie, ul. Marszałkowska, 28.

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

**LIMFA OSPOWA (Krowianka świeża)**

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

**MLECZARNIA LECZNICZA**

d-rów **A. Liebkinda i St. Markiewicza.**

**Ul. Marszałkowska 4. a.**

Zakład posiada na miejscu oborę wzorowo urządzoaną. Trzydzieści krów młodych rasy morawskiej dostarcza mleka, które natychmiast po wydojeniu rozesłaniem zostaje na miasto. Zakład odpowiada tylko za dobroć mleka w szklanych naczyniach zakładowych z nienaruszoną banderolą, na której odbita jest data dnia bieżącego. Zakład sprzedaje jedynie tylko mleko świeże, całe, słodkie, niezbierane. Mleko kuracyjne odznacza się wielką posiłnością (12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> vol. Kremometru; 1,032 do 1,033 Laktodensimetru QUEVENNE'A w mleku całem a 1,036 do 1,037 w mleku zbieranem; czystego tłuszczu masłowego 1 do 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> uncyi w 1 litrze świeżego mleka) przymem ma smak doskonały i łatwo się trawi tak przez dorosłych jak i przez dzieci. Własności mleka kuracyjnego pochodzą z wyborowej i przez rok cały jednakowej paszy krów zakładowych (17 funt. koniżyny, 10 funt. siana i 11 funt. mąki pszennej i jęczmiennej na 1 krowę na dobę). Rozwożenie mleka odbywa się tak prędko po wydojeniu, że w obecnej porze konsumenci dostają mleko jeszcze nieostygłe (20<sup>0</sup> do 23<sup>0</sup> C.).


Zamawiający mleko kuracyjne (w naczyniach półlitrowych lub litrowych) otrzymywać je mogą raz lub dwa razy dziennie (dojenie krów odbywa się dwa razy dziennie). Abonenci miesięczni dostarczane mają mleko do mieszkania, inni zaś odbierać je mogą w tym składzie w którym zrobili zamówienie.

Zamówienia i kupno marek abonamentowych mają miejsce:

- 1) W zakładzie, ul. Marszałkowska Nr. 4 a.
- 2) Winstytucie wód mineralnych d-ra WEINBERGA ul. Graniczna Nr. 14.
- 3) W składzie wód tegoż instytutu ul. Marszałkowska Nr. 67.
- 4) " " " ul. Elektoralna Nr. 4.
- 5) W składzie wód W. KARPIŃSKIEGO ul. Nowy-Swiat Nr. 51.
- 6) " " " ul. Miodowa Nr. 3.
- 7) " " " Plac centralny Nr. 14.
- 8) " " " ul. Nalewki.

**Uwaga.** Obszerna informacja drukowana dotycząca nabywania i użycia mleka kuracyjnego wydawaną jest bezpłatnie w każdym z powyższych 8 składów.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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