

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875. Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*. — Sprawozdanie z pory zdrojowej w zakładzie wód mineralnych słono-gorzkich siarczano-alkalicznych w Solcu za rok 1875. Przez Dra *Wyrzykowski*, lekarza zdrojowego (Dokończenie). — Kronika zagraniczna. O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego. Przez Dra *C. E. Bussa* w Bazylei. Podał Dr *Henryk Loewenstam* (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Przyczynki do etiologii dusznicy bolesnej. Kiła złośliwa. Przyczynki do leczenia miodnicy za pomocą gliceryny. — Dodatek. Propedeutyka Lekarska ark. 6 i 7. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 22.

## Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875.

Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*,

Dane statystyczne, jakich nam księgi Instytutowe za rok 1875 dostarczają są następujące:

W roku tym szukało pomocy w Instytucie Oftalmicznym osób 3177, a mianowicie: na salach Instytutowych leczyło się osób 503, w ambulatoryum 2664.

Z tej ogólnej liczby leczyło się:

mieszkańców m. Warszawy: w Instytucie	181,	w ambulatoryum	2060
przyjezdnych . . . . .	322	"	614
	503	"	2674
chrześcijan . . . . .	469	"	1912
starozakonnych . . . . .	34	"	762
	503	"	2674
mężczyzn . . . . .	244	"	1269
kobiet . . . . .	227	"	962
dzieci (obojsza płci do lat 10). . . . .	32	"	443
	503	"	2674

Z ogólnej tej ilości, możemy pewne cyfry co do rezultatów leczenia podać tylko o chorych na salach instytutowych leczonych, w tej bowiem tylko kategorii chorych, przebieg choroby może być od początku, t. j. dnia przybycia chorych, do końca obserwowany i rezultat ostateczny poznany, u chorych zaś leczonych w ambulansie jest to z powodów nie jednokrotnie już w naszych sprawozdaniach wyłuszcanych i dobrze każdemu lekarzowi znanych, nie możebnem.

Z mieszczących się stale w Instytucie	339	opuściło szpital w zupełnem zdrowiu
„	„	76 ze znacznem polepszeniem,
„	„	21 bez polepszenia,
„	„	19 zdrowych towarzyszyło chorym,
„	„	48 pozostało na rok 1876,
		<u>503</u>

Z roku przeszłego pozostało w Instytucie chorych	39
w ciągu 1-go kwartału, roku 1875 przybyło . .	118
„ 2-go „ „ „ „ . .	130
„ 3-go „ „ „ „ . .	107
„ 4-go „ „ „ „ . .	109
	<u>503</u>

Z tej ogólnej liczby na koszeie instytutu le-		
czonych było osób . . . . .	36	przez dni szpitalnych 1441
na salach ogólnych na własnym koście . .	390	„ 14189
pensyonarzy klasy II-ój (po 1 rs. dziennie)	62	„ 1639
„ „ I-ój (po rs. 1 k. 35 dz.)	15	„ 339
	<u>503</u>	<u>17608</u>

przecięciowa ilość dni szpitalnych na jednego chorego wynosi 35. Stosunek ten jednak nie jest we wszystkich kategoriach chorych jednaki i da się ująć w pewny zawsze jednostajnie powtarzający się matematyczny stosunek, a mianowicie: chorzy stosunkowo największą uiszczający za kuracyę opłatę najkróciój bawią w Instytucie i przeciwnie.

Niżej pomieszczone cyfry najlepiej ten stosunek uwydatnią.

1 przeciętna dla pensyonarzy I-ój klasy . .	339 dni: 15 = 22,60
2 „ „ „ II-ój klasy . .	1639 „ : 62 = 26,43
3 „ dla chor. ogól. na swoim koszeie	14189 „ : 390 = 36,38
4 „ „ „ na koszeie Instytutu	1441 „ : 36 = 40
	<u>17608 dni: 503 = 35</u>

Obliczając zaś przeciętną na każdy dzień roku wypadła, iż w roku 1875 mieliśmy w ogóle 48,23 chorych przecięciowo dziennie: z tej liczby wypadła na pokoje oddzielne 5,41, na sale zaś ogólne 42,82 (w r 1874 6,2 i 37,3, w ogóle 43,5).

Wyszczególnienie chorób leczonych na salach  
Instytutu

1. Herpes Zoster ophtalmicus . . . . .	1	42. Iritis idiopatica . . . . .	6
2. Dystriehiasis . . . . .	11	43. „ syphilitica . . . . .	9
3. Phimosi palpebrarum . . . . .	4	44. Irido-cyclitis . . . . .	3
4. Ectropium spasticum . . . . .	2	45. Synechia post. . . . .	9
5. „ organicum . . . . .	2	46. Irido chorioideitis . . . . .	3
6. Entropium (spast. et organ.)	21	47. Chorioideitis post. . . . .	3
7. Diphtheritis cutis pelpebr. . . . .	1	48. „ aequatorialis . . . . .	1
8. Ulcus syphilit. margin. palp. . . . .	1	49. „ disseminata . . . . .	3
9. Blepharadenitis ciliazis. . . . .	7	50. Glaucoma simplex. . . . .	16
10. Combustio palpebr. et conj. . . . .	1	51. „ inflamatum . . . . .	6
11. Symblepharon . . . . .	1	52. „ absolut. inflam. . . . .	2
12. Conj. Catarh. splx. . . . .	11	53. „ secundare . . . . .	3
13. „ „ tumida . . . . .	8	54. Chorioideo-retinitis . . . . .	1
14. „ blennorhoica acuta . . . . .	12	55. Retinitis albuminurica . . . . .	1
15. „ „ chron. . . . .	32	56. Amotio retinae . . . . .	7
16. „ diphtheritica . . . . .	13	57. Neuroretinitis . . . . .	1
17. „ granulosa acuta . . . . .	11	58. Neuritis descendens . . . . .	1
18. „ „ chron. . . . .	42	59. Ambliopia sine materia . . . . .	3
19. „ phlyctaenulosa . . . . .	5	60. Amaurosis acuta „ . . . . .	1
20. Tumor plicae semilunar. . . . .	1	61. Atroph. n. opt. progres. . . . .	3
21. „ dermoid. conj. bulbi . . . . .	1	62. Cataracta luxata . . . . .	1
22. Stenosis ducti nasolacr. . . . .	3	63. „ senilis . . . . .	31
23. Blennorhea sacci lacr. . . . .	1	64. „ secund. . . . .	4
24. Fistula „ „ . . . . .	5	65. „ traumat . . . . .	3
25. Keratitis parench. part. . . . .	7	66. „ zonularis . . . . .	1
26. „ „ diffusa . . . . .	8	67. „ diabetica . . . . .	1
27. „ phlyctenulosa . . . . .	14	68. „ mollis . . . . .	6
28. „ ulcerosa acuta . . . . .	21	69. „ membranacea. . . . .	1
29. „ „ chron. . . . .	31	70. Paralysis accomod. . . . .	1
30. „ vasculosa . . . . .	7	71. „ abducentis . . . . .	2
31. Ulcus corneae serpens . . . . .	6	72. „ oculomotor. . . . .	2
32. Perforatio corneae . . . . .	2	73. „ omni. musculor. . . . .	1
33. Fistula „ . . . . .	1	74. Strabismus convergens . . . . .	6
34. Koratocele . . . . .	2	75. „ divergens . . . . .	2
35. Malacia corneae . . . . .	3	76. Insuf. recti int. . . . .	1
36. Prolaps. iridis . . . . .	2	77. Panophthalmitis traumat . . . . .	1
37. Leucoma . . . . .	9	78. Sarcoma orbitae . . . . .	1
38. „ adherens . . . . .	15	79. Tumor cistic. orbitae . . . . .	1
39. Staphyloma corneae . . . . .	3	80. Infl. telle celulos orbit. . . . .	1
40. Scleritis . . . . .	1	81. Towarzyszy chorych i służby 19	
41. Kerato-iritis . . . . .	6		

Wykaz szczegółowy operacji i rezultaty tychże.

Nr. bieżący.	R o d z a j o p e r a c y i.	Ilość ogólna.	R e z u l a t.			
			Dodatni.	Połowicz.	Ujemny.	Żaden.
1	Operacji opadniętej powieki górnej ( <i>ptosis</i> ) . . . . .	3	3	—	—	—
2	" nieprawidłowo-rzęsności i zawróconej powieki ( <i>dystrichiasis et entropium</i> ) . . . . .	54	52	2	—	—
3	" rozszerzenia szczeliny powiekowej ( <i>canthoplastica</i> ) . . . . .	7	7	—	—	—
4	" plastycznych na powiekach i nosie . . . . .	4	3	1	—	—
5	" skrzydlika ( <i>pterygium</i> ) . . . . .	1	1	—	—	—
6	" nowotworu łącznicowego . . . . .	1	1	—	—	—
7	Wycięcie przerosłej fałdy półksiężycowej . . . . .	1	1	—	—	—
8	Obcięcie łącznicy w około rogówki ( <i>perikeratotomia</i> ) . . . . .	10	9	1	—	—
9	Obcięcie garbca rogówki ( <i>abrasio staphylomatis</i> ) . . . . .	4	4	—	—	—
10	Wycięcie częściowe tęczy ( <i>iridectomia</i> ) 100 . . . . .					
	<i>a</i> ) przed operacją zaciemka . . . . .	8	8	—	—	—
	<i>b</i> ) po operacji zaciemka . . . . .	2	2	—	—	—
	<i>c</i> ) z powodu chorób zapalnych . . . . .	32	24	3	—	5
	<i>d</i> ) w celu poprawienia wzroku . . . . .	58	53	4	—	1
11	Operacji zaciemka ( <i>cataracta</i> ) 60 . . . . .					
	<i>a</i> ) discisio . . . . .	10	10	—	—	—
	<i>b</i> ) extractio modo Graefe . . . . .	47	43	3	1	—
	<i>c</i> ) " cataractae secundariae . . . . .	1	1	—	—	—
	<i>d</i> ) " linearis . . . . .	3	2	—	1	—
	<i>e</i> ) " " cum iridectomia . . . . .	5	3	2	—	—
12	Odsunięcie mięśni prostych 18 . . . . .					
	<i>a</i> ) wewnętrznego . . . . .	12	12	—	—	—
	<i>b</i> ) zewnętrznego . . . . .	4	4	—	—	—
	<i>c</i> ) górnego . . . . .	2	2	—	—	—
13	Przysunięcie przyczepu mięśnia prostego zewnętrznego . . . . .	2	2	—	—	—
14	Przecięcie guza torbielowego oczodołowego . . . . .	1	1	—	—	—
	W ogóle	272	248	16	2	6
	Obliczając w odsetkach	100	91,1	6,0	0,7	2,2

Pod nazwaniem rezultat dodatni rozumiemy przyniesienie choremu pomocy mniejszej lub większej, ale zupełnej i niedającej się niczem poprawić, jednym słowem, pomocy w danym wypadku możebnej. Rezultatem połowicznym nazywamy rezultat nie zupełnie dobry, ale dający się drogą operacji polepszyć. Operacja bez rezultatu, ani szkody, ani pomocy choremu nie przynosi, ujemna przynosi szkodę choremu, gdyż po niej w gorszych pozostaje warunkach niż przedtem i zwykle bez żadnej nadziei polepszenia.



### S p r a w o z d a n i e z A m b u l a t o r y u m .

Przez dni ambulansowych 298 (w święta i niedziele nie ma przyjęcia) wpisano do ksiąg ambulatoryjnych nowych chorych 2674; tym i dawniej leczącym się udzielono konsultacyi 14335, przecięciowo więc po 48 dziennie. Największą ilość konsultacyi udzielono dziennie w lipcu (2161) przecięciowo po 80,4 dziennie, najmniejszą w styczniu (755) przecięciowo po 29 dziennie. Operacyi małych, jak przecięcie kanałków łzowych, otwarcie ropni i guzków pojęzmiennych (*chulazion*) otwarcie worka łzowego, wydobywanie ciał obcych i t. p. wykonano 134. Operacye większe wykonane ambulatoryjnie zaliczone zostały do wykazu powyżej podanego.

Księgi ambulatoryjne wykazały następujący stosunek chorób rozmaitych części i funkeyi oka.

Choroby powiek	spozrzegano razy	265	w odsetkach	9,2	w r. przeszłym	8,75
łącznicy	1379	48,2	47,9			
dróg i org. łzow.	58	2	2,95			
rogówki i tward.	420	14,6	15,55			
tęczy	127	4,4	2,5			
naczyniówki	54	1,9	2,5			
soczewki	81	2,9	3,65			
siatkówki	34	1,2	0,9			
nerwu wzrokow.	30	1,1	0,7			
oczd. i cał. gałki	54	1,9	2			
mięśni ocznych	37	1,3	1,3			
refrakcyj oka	92	3,2	3,65			
akkomodacyj oka	95	3,3	2			
Skalecz. oka i okolic tegoż	136	4,8	4 65			
W ogóle		2862	100	100		

Różnica tak niewielka pomiędzy ilością chorych w ambulansie leczonych i chorób jakie u tychże znaleziono, stąd pochodzi, że w roku bieżącym tylko zupełnie odmienne i niezależne od siebie choroby notowaliśmy, przeważnie jeżeli takowe w obu oczach jednego indywiduum do rozmaitych działów należące znajdowaliśmy.

Wykaz porównawczy dat statystycznych tegorocznych z poprzedniami.

	Było le- czonych.	Wambu- lansie.	Ilość konsul- tacyi.	Na sa- lach.	Przez dni szpi- talnych.	Operacyi wykona- no.
1871	2392	2127	12682	265	9034	125
1872	3055	2577	14677	478	14850	225
1873	3203	2663	12493	540	16351	269
1874	3168	2616	12844	552	15872	274
1875	3177	2674	14335	503	17608	272
W ogóle	14995	12657	67031	2338	73715	1165

Porównyując dane statystyczne roku 1875 z takimiż z roku poprzedniego widzimy we wszystkich pozycjach różnicę na lepsze, oprócz pozycji ilości chorych na salach instytutowych. Ilość tych chorych rzeczywiście jest mniejsza i to prawie o  $\frac{1}{9}$  całej ilości, bo o 49 osób. Zmniejszenie to ilości jednak łatwo wytłómaczymy, porównyując ilość nowych chorych w różnych kwartałach roku 1875 przybywających z taką ilością z lat poprzednich. Przeglądając sprawozdania z lat ubiegłych przekonamy się, że kwartał III-ci, to jest letni, zwykle stosunkowo największy kontyngens chorych szpitalowi dostarczał, np. w roku przeszłym 159 chorych (na ogólną ilość 552), w r. zaś 1875 tylko 107, t. j. mniej jak w którymkolwiek innym kwartale; różnica więc tylko tych kwartałów przenosi różnicę jaką w ilości chorych z lat 1875 i 1874 znajdujemy. Przyczyną zaś zmniejszonej ilości chorych w III-cim kwartale r. 1875 była restauracya sal ogólnych instytutu, którą w r. przeszłym odrazu na obu dolnych piętrach dokonywano. Malowanie ścian i podłóg, a zwłaszcza tych ostatnich farbą olejną po kilkakroć przeciąganą zajęło czas 6-ciu przeszło tygodni, podczas których chorzy na korytarzach i w salach jadalnych pomieszczenie znaleźć tylko mogli; musieliśmy więc w tym czasie przyjmowanie nowoprzybywających chorych dla braku pomieszczenia ograniczyć; z drugiej zaś strony przy tak szczupłym i niepodzielnym pomieszczeniu, jakim rozporządzaliśmy z konieczności, oddzielanie chorych zaraźliwych od niezaraźliwych miejsca mieć nie mogło, a ponieważ ilość tych ostatnich, jak to zwykle bywa, w letnich miesiącach była bardzo znaczną, więc dla trudności ustrzeżenia od zarażenia się przyjmowaliśmy prawie tylko chorych podległych cierpieniom łącznicy, a wypadki mogące być leczonemi ambulatoryjnie lub nie wymagające pośpiesznej kuracyi (jak np. niektóre operacyjne) odsyłałiśmy na czas późniejszy.

Od kilku lat podlegaliśmy rozmaitym przepisom, odnośnie do ilości chorych, których instytut na salach swych pomieścić może, nawet w przeszłorocznym sprawozdaniu już kilka słów tej kwestyi poświęcałem, obecnie ta rzecz zdaje się być racjonalnie uregulowaną. Możemy przyjmować chorych 42 na sale ogólne, ilość zaś pensyonarzy jest nie ograniczoną, t. j. możemy ich tylu przyjmować ile łóżek w oddziale dla tych chorych przeznaczonym pomieścić się daje, z uwzględnieniem warunków wygody i stosownie do wymagań samych chorych. Mamy w oddziale pensyonarzy 8 pokoi oddzielnych, w których chorzy mogą się pojedynczo lub po dwóch pomieszczać, możemy więc stosownie do żądania tychże, pomieścić od 8 do 16 współcześnie. Ilość zaś 42 określająca najwyższą cyfrą chorych mogących być współcześnie pomieszczonemi na salach ogólnych jest określoną z jednej strony na zasadzie przeciętniej z lat ostatnich, z drugiej zaś na podstawie obrachowania dochodu instytutu, tak z odsetek funduszów własnych, jak i z kosztów kuracyjnych, względnie na opędzenie kosztów utrzymania szpitala o 42 łóżkach.

Z ulepszeń jakie w roku bieżącym w Instytucie zaprowadzonymi zostały, wspomnę tylko o ważniejszych, jak o zaprowadzeniu w oddziale pensyonarzy, dzwonek elektrycznych służących do przywołania w każdym czasie służby, oraz o zakupieniu dużego aparatu elektrycznego o prądzie stałym systemu

Sterera, posiadanie którego dozwala na stosowanie na miejscu środka tak ważnego przy leczeniu chorób ocznych, jakim jest elektryczność, środka, którego dotychczas szukać musieliśmy w ambulatoriach kolegów zajmujących się leczeniem elektrycznością.

Rezultata przy leczeniu osiągnięte, jak w poprzednich, tak i w r. bieżącym były doskonałe: na pięciuset przeszło chorych leczonych na salach Instytutu tylko 21, t. j. 4% nie doznało polepszenia, na 272 wykonanych operacji tylko dwóm dostał się w udziale rezultat ujemny, t. j. 0,7% w 248 zaś wypadkach, t. j. w 91,1% był rezultat jak najlepszy; mamy więc niepłonną nadzieję, że o ile tylko środki materyalne na to pozwalają będą, instytucya ta dobroczynna ciągle powiększać będzie pole swojej działalności, a już i dzisiaj, na silnych i trwałych stojąc podstawach, do zaszczytniejszych instytucyi kraju naszego zaliczoną być musi.

Operacyi na powiekach wykonaliśmy w roku 1875 ilość dość znaczną, bo 67: z tych 61 operacyi miało na celu polepszenie stosunku powieki do oka, nadwerężonego przez następstwa zwyrodnienia ziarnistego łącznicy. Zawrócenie powieki (*entropium*), nieprawidłowo-rzęsnosć (*dystrochiusis*), skrócenie szczeliny powiekowej (*blepharo-phimosis*), są temi fatalnemi następstwami występującemi już to wspólnie na jednym oku, już też pojedynczo, już to podczas postępu zwyrodnienia, już też w okresie zablizniania się i zaniku łącznicy. Jeżeli w sprawozdaniu wyliczaliśmy ilość obserwowanych wypadków każdój z tych zmian organicznych, to czyniliśmy to jedynie dla wykazania mniejszej lub większej częstosci tychże, notując jedynie najwybitniejsze cechy zmian powiekowych chociaż najczęściej zawrócenie z nieprawidłoworzęsnoscią się łączy, a bardzo często obok tychże zmian spotykamy skrócenie szczeliny powiekowej.

W celu usunięcia, albo jak to w licznych wypadkach ma miejsce poprawienia niekorzystnych warunków, w jakich oko przy wymienionych zmianach powiek pozostaje stosowaliśmy.

Operacyę tarsoplastyka	zwaną	razy	23
„ Pagenstechera	„	6	
„ Rava	„	17	
„ canthoplastia	„	7	
„ Arlta (częściową)	„	1	
„ Flarera	„	1	
Wycięcie fałdy równol. do brzegu powieków		6	
			Razem 61.

O wskazaniach do tych operacyi, już nie raz w poprzednich moich sprawozdaniach mówiłem, więc nie wrócę do nich dzisiaj, nadmienię tylko, że powrotów choroby najmniej obserwowalem po operacyi, której wprowadzenie do Warszawy sobie przypisuję, t. j. po sposobie *Tarsoplastica* zwanym, którego szczegółowy opis w drugim sprawozdaniu zamieściłem, i który sumiennie polecić mogę kolegom okulistom, jako łatwy w wykonaniu, nie pozostawiający za-



dnych kosmetycznie szpecących śladów, nie wymagający długiego pobytu w szpitalu i najmniej podległy recydywom; mówię najmniej, bo absolutnie pewnego sposobu nie znam, a 3<sup>o</sup>, co najwyżej recydyw spostrzeganych przy tarsoplastyce jest prawie niczem przy obrzymim procencie, jakim operowani sposobami Arlta lub Gräfego podlegają. Ilosć chorych dotychczas przezemnie tym sposobem operowanych przynosi cyfrę 100, więc mogę poniekąd na wiarę zasługiwać.

Operację opadniętej powieki stosowaliśmy 3 razy: raz przy wadzie wrodzonej, jednostronnej, połączonej z zezem zocznym (*strab. converg.*), po poprzednim usunięciu takowego, także na drodze operacyjnej. Nadto stosowaliśmy tę operację na obu powiekach jednego chorego podległego porażeniu zupełnemu wszystkich mięśni obu oczu, datującem od lat 4 na prawem i od pół roku na lewem oku, przy wcale nie złej sile widzenia i anisotropii (S.  $\frac{2}{5}$ , M.  $\frac{1}{24}$ , d. z +20, n. z Jägra. S  $\frac{2}{5}$ , H.  $\frac{1}{24}$ , s. z +20 n. Jägra). Chory z powołania agronom, był zachwycony efektem operacji i w pół roku po wyjściu z instytutu przedstawiał się mnie zadowolniony możliwością użycia obu rąk przy pracy, kiedy przed operacją zawsze jednej potrzebował dla unoszenia powieki do góry. Zadziwiającem było u tego chorego, że pomimo iż różnica w sile widzenia obu oczu nie była tak wielką, a nieruchomość obu gałek zupełną, podwójnego widzenia nawet przy pomocy szkieł neutralizujących anisometrię i kolorowych wywołać nie można było (pryzmy najsłabsze wywoływały) tak widać wyuczył się ruchami całej głowy wyręczać brak ruchów mięśniowych ku koordynacji obu pól widzenia służących.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

## Sprawozdanie z pory zdrojowej w zakładzie wód mineralnych słono-gorzkich siarczano-alkalicznych w Solcu za rok 1875.

Przez Dra Wyrzykowskiego, lekarza zdrojowego.

(*Dokończenie.*)

P. T., z Piotrkowa, były urzędnik, w r. 1863 uległ w skutek przebywania przez kilka miesięcy w mieszkaniu wilgotnem, ciasnem i nieprzewietrzanem ostremu gościowi wielostawowemu. Choroba miała przebieg bardzo ostry i ciężki, a po przejściu okresu ostrego, z przyczyny nieprzyjaznych warunków, w jakich chory dalej znajdował się, przeszła w stan przewlekły. Stawy, głównie kończyn dolnych pozostały moeno obrzmiałemi, bolesnemi, chód stał się niemożliwym. W ciągu następnych lat 12, pomimo używanych rozmaitych środków wewnętrznych i zewnętrznych choroba utrzymywała się prawie w jednym stopniu, zmuszając chorego do ciągłego leżenia w łóżku w zupełnej bezwładności. W chwili przybycia do Solea znalazłem chorego bladego, źle odżywionego, leżącego w łóżku w postawie na wpół siedzącej, które to położenie przy wygięciu się kolumny pacierzowej ku tyłowi było dla chorego najdogodniejszym i wszelkie usiłowanie wyprostowania z powodu występujących wtedy bólów w krzyżu było bardzo dolegliwym, nogi w kolanach były nieco zgięte,



przyczem nie dawały się ani wyprostowywać, ani bardziej zginać, same stawy kolanowe były mocno obrzmiałe, na ucisk bardzo wrażliwe. Podobne obrzmienie tylko mniejsze znajdowałem w stawach stopowych, biodrowych i w wielu stawach palcowych. Stawy łokciowe i ramieniowe były wolne, natomiast mocno były obrzmiałe i bolesne stawy palcowe u rąk. Tętno serca były słabe ale czyste; wątroba nieco powiększona i twardsza, śledziona utrzymywała się w granicach prawidłowych; apetyt mierny, zaparcie stolca; w moczu znajdowałem powiększoną ilość kwasu moczowego i barwników żółciowych, a natomiast mniejszą ilość mocznika. Z innych objawów chorobnych zasługiwało jeszcze na uwagę przewlekłe zapalenie łącznicy w obu oczach, przyczem od czasu do czasu cierpienie to występowało w dość znacznym stopniu, w skutek występujących powierzchownych owrzodzeń na rogówce.

Chory ten po 4 tygodniach kuracyi, pijąc wodę Karlsbadzką Mühlbrunn 3 razy dziennie, z dodatkiem z początku do pierwszego kubka soli karlsbadzkiej, przy diecie przeważnie mlecznej, przy kąpielach mineralnych i okładach z mułu na stawy cierpiące, doszedł do takiego stopnia poprawy, że mógł przytrzymując się stołu chodzić nieco po pokoju; w dalszym ciągu poprawa ta jeszcze była widoczniejszą, gdyż mógł nieco postąpić opierając się jedynie na lasce. W tym czasie apetyt się poprawił obrzmienie wątroby ustąpiło, wypróżnienia były regularne, w moczu zwiększyła się ilość mocznika obok jednoczesnego pomniejszenia się w nim kwasu moczowego: nawet i owe przewlekłe zapalenie oczów i te znacznie się poprawiło, pozwalając choremu zdjąć z oczów umbrę. Chory opuścił Solec nie uzdrowionym w zupełności, ale w stanie o wiele lepszym jak przybył, pozwalając mu weselej spojrzeć w świat i cieszyć się nadzieją jakiejś poprawy, będąc poprzednio przez lat 12 bezprzestannie przykuty do swego łoża boleści.

W zołzach na 110 chorych wyleczyło się w zupełności osób 83, u 25 wystąpiła poprawa, mianowicie w 20 wypadkach bardzo znaczna, w 5 mniej wyraźna, nakoniec w 2 wypadkach nie było żadnej poprawy. Rezultat powyższy jest bardzo pomyślnym; wprawdzie w liczbie wyleczonych znajdowało się 62 wypadki form lżejszych, w których wyleczenie szczególnie przy kuracyach u źródła jest prawem prawie ogólnem, odtrąciwszy zatem te lżejsze formy chorobne, wypadnie w formach cięższych stosunek następujący: na 48 chorych wyleczyło się 21, otrzymało znaczną poprawę 20, u 5 chorych poprawa była nie wielka, a u 2 rezultat kuracyi był ujemny, lecz i ten stosunek, zważając na ciężki przebieg choroby nie można uważać za bardzo niepomyślny, albowiem połowa prawie chorych wyzdrowiała, a zaledwie w siódmej części wypadków rezultat nie był bardzo zadawalniający.

Najuporeczywszemi w zołzach formami chorobnymi, pomijając już cierpienia kości i okostnej były jak i w latach zeszłych zadawnione obrzmienia gruczołów chłonnych, głównie na szyi, szczególnie gdy te ostatnie były znacznie powiększone, twarde i niebolesne; kilkoletnie moje doświadczenie u źródła Soleckiego nauczyło mnie, iż tak olbrzymio powiększone gruczoły, nawet przy bardzo wyraźnej i zupełnie zadawalniającej poprawie w stanie ogólnym, bar-

dzo często pozostawały bez zmiany; w takim razie, bez względu na chwilowo nawet kwitnący stan takich chorych, nie można było uważać choroby za usuniętą, owszem na pewno prawie można było przepowiedzieć, że w następnym roku z nadechodzącą wiosną cierpienie odnowi się na nowo i odnawiając się tak corocznie, ostatecznie podkopie zdrowie chorego: w tym względzie szczególnie był pouczającym dla mnie jeden wypadek obserwowany przez 4 lat z rzędu.

M. B., 16-stoletnia dziewczyna ze Staszowa, przybywszy przed 4-ina laty do Solca przedstawiała wszystkie cechy zolzów tak zwanych odrętwiałych, nos, usta obrzmiałe, gruczoły na szyi powiększone, twarde, niebolesne, skóra blada, ruchy leniwe, apetyt niewielki, stolce opieszale. Przy leczeniu zdrojowem stan ogólny znakomicie się poprawił, lecz obrzmienie gruczołów pozostało prawie w jednej mierze. W następnych dwóch latach chora przybywała zawsze z temi samemi objawami, z tą jeszcze różnicą, że gruczoły z każdym rokiem były coraz więcej obrzmiałe. Poprawa uzyskana przy leczeniu zdrojowem trwała zawsze przez jesień i początek zimy, z wiosną choroba się odnawiała i występowała z każdym rokiem z coraz większem natężeniem; dodać tutaj winniem, że chora, jako należąca do niższej klasy i do tego starozakonna, przebywała w zacisznym, dusznym nieprzewietrzanym mieszkaniu w czasie zimy, jak to jest właściwem tej klasie ludzi i przeważnie żyła kartofflami; wszystkie te warunki tak nieprzyjazne dla zdrowia, nie uciekając się nawet do jakiegoś przewlekłego zakażenia, dostatecznie tłumaczyły ową uporczywość choroby. Ta sama wreszcie chora przybyła i w roku zeszłym, lecz tym razem stan jej był rozpaczliwy, gruczoły na szyi i pod szczęką obrzmiałe do wielkości średniego jabłka i takich guzów po kilka było po każdej stronie, podobne guzy dały się wyczuć pod pachami i w pachwinach. niektóre z nich przeszły w ropienie: owrzodzenia w skutek tego utworzone miały dno szare, słoninowate, sączyły w niewielkiej ilości wodnistą ropę z krwią zmieszaną, brzegi były twarde wywinięte, odżywianie chorej było mocno upośledzone, skóra była ziemista, wieczorami chora gorączkowała; z opowiadania chorej dowiedziałem się, że po powrocie po ostatniej kuracyi czuła się względnie zdrową do zimy, w czasie zimy często doświadczała dreszczy, głównie wieczorami, następnie wystąpił ból głowy, apetyt zginął prawie zupełnie, wkrótce potem chora spostrzegła, iż obrzmienie gruczołów szybko się powiększało, a w końcu potworzyły się owrzodzenia. Regularność dawniej występująca co 4 tygodnie, od pół roku nie pojawiła się wcale. Z innych zmian znalazłem obrzmienie wątroby, nieznaczne powiększenie śledziony i znaczne pomnożenie ciałek białych we krwi. Rozumie się, że w tym stanie chorej o właściwej kuracyi zdrojowej i mowy być nie mogło. Woda solecka, jako potężny czynnik roztworzący i rozpuszczający, w takich stanach chorobnych, przyspieszając przemianę materyi, niezawodnie spowodowałaby w krótkim czasie wycieńczenie i przyspieszyłaby śmierć chorej, ograniczyłem się tylko na środkach wzmacniających i na miejscowem leczeniu wrzodów, która to jednakże kuracya nie odniosła żadnego prawie skutku i chora opuściła zakład w takim samym stanie, w jakim przybyła. Objawy chorobne



i zmiany anatomiczne spostrzegane u tej chorób w ostatnim roku przedstawiały nam wszystkie znaki, już nie zółzów, jak w początku choroby, ale białaczki (*leukaemia*), mianowicie białaczki limfatycznej; możnaby sądzić, że białaczka w tym wypadku występowała z początku; stanowczego na to dowodu nie można mieć żadnego, lecz rozejrzawszy się bliżej w patogenezie tej ostatniej choroby, można śmiało z najnowszymi badaczami nie uważać jej za żadną swoistą chorobę, zawdzięczającą swój początek pewnemu właściwemu zakażeniu, lecz za następstwo w ogóle wszelkiego wadliwego odżywiania, przy którym pierwiastki zużyte nie wydalają się z ustroju, owszem nagromadzają się w nim, zakażają go, do którego to zakażenia, jeszcze bardziej przyczyniają się przerosty bądź śledziony, bądź jak w tym wypadku gruczołów limfatycznych, przyczyniając się do pomnożenia białych ciałek we krwi.

Mając ten wzgląd na uwadze, zwracam też zawsze pilną uwagę na obrzmienie gruczołów i gdy w pośród leczenia zdrojowego, pomimo poprawy w ogólnym stanie, takowe pozostają w jednej mierze, przystępuję zawsze do leczenia ich miejscowego. W ostatnim roku w tym względzie okazały mi się bardzo skutecznymi wstrzykiwania w miąższ gruczołów kwasu octowego lub roztworu azotanu srebra. Zaczynałem zawsze od zastrzykiwań kwasu octowego. Ten ostatni oprócz krótkotrwałego kłującego bólu nie sprawia choremu żadnych innych dolegliwości; częstokroć po pierwszym najdalej po drugim lub trzecim zastrzyknięciu gruczoły miękły i rozchodziły się w zupełności. Jeżeli zaś zastrzykiwania te okazywały się bezskutecznymi i gruczoły okazywały raczej skłonność do przejścia w ropienie, nie upierałem się przy nich długo, lecz przechodziłem do zastrzykiwań roztworu azotanu srebra. Oddziaływanie w tym ostatnim razie było o wiele silniejsze, ból po zastrzyknięciu trwał dosyć długo, niekiedy do 24 godzin, odpowiednia okolica ciała mocno nabrzmiwała i obrzmienie takie utrzymywało się 2 do 4 dni; zwykle w miejscu nastrzyknięcia tworzył się nie wielki ropień, po opróżnieniu którego obrzmienie rozchodziło się, a wtedy można się było przekonać, że sam gruczoł znacznie zmalał lub rozszedł się w zupełności; w tym ostatnim wypadku gruczoły zanikają w skutek swego rozpadu i zropienia, po części zaś zapewne w skutek bliznowatego skurczenia się przyległych tkanek. Gruczoły zatem giną w tym razie na drodze zapalenia i ropienia, z tą jednakże różnicą, że gdy ropienia w gruczołach pozostawione naturalnemu przebiegowi trwają zazwyczaj miesiące całe, tutaj sprawa cała kończy się w przeciągu paru tygodni. Rezultat przy zastosowaniu powyższej metody leczenia we wszystkich wypadkach był pomyślny. Pomijając wypadki łżejsze na dowód pomyślnego działania przytoczę wypadek następujący:

M. T., panna, lat 18 licząca, z Sandomierskiego, przybyła w roku zeszłym po raz pierwszy do Solea. Ogólny stan odżywienia u chorób był zadowalniający, głównem tylko cierpieniem było mocne obrzmienie gruczołów szyjowych, szczególnie z prawej strony i podszczękowych na linii pośrodkowej. Obrzmienie to datowało się od lat kilkunastu, lecz dopiero od dwóch lat przyjęło bardzo znaczne rozmiary. Cała okolica przyuszna prawa była mocno wypukłą i nierówną, przy obmacywaniu dawał się wyczuć jakby jednolity guz



złożony z kilku zrazów; przy dokładniejszym zbadaniu okazywało się dopiero, iż guz ten był zbiorem licznych guzików od wielkości wiśni do wielkości orzecha włoskiego; niektóre z tych guzów były większe, chełbozące, inne były bardzo twarde, po nad niektórymi skóra była cienka, przeświecająca i po przez nią dawały się widzieć, a jeszcze lepiej wyczuć stwardniałe, żółto zabarwione ogniska. Podobny zbiór gruczołów, tylko znacznie mniejszych i jednostajnej konsystencji, znajdował się pod szczęką dolną. Z lewej strony szyi i pod pachami gruczoły były mniej obrzmiałe i nie zlane z sobą razem. W rzeczonym wypadku obok kuracyi zdrojowej przystąpiłem od razu do wspomnianych powyżej zastrzykiwań. Rozpoczęłem od zastrzykiwań kwasu octowego, jakkolwiek byłem przekonany, że takowy przy tak znacznem zwyrodnieniu gruczołów pomódz nie może. Po trzech zastrzyknięciach gruczoły podszczękowe znacznie zmiękły i pomniejszyły się w swój objętości, w szyjowych zaś gruczołach z prawej strony zmiana była mniej wyraźną, chociaż i tutaj cały guz znacznie się zmniejszył i w pojedynczych jego oddziałach dało się spostrzegać wyraźne zmięczenie. Niespodziewając się lepszego rezultatu po dalszem zastrzykiwaniu kwasu octowego, przeszedłem do zastrzykiwań roztworu azotanu srebra; już po pierwszym takim zastrzyknięciu wystąpiło umiarkowane ropienie i razem z ropą oddzielały się kawałki masy serowatej; po tygodniu gdy objawy zapalne ustąpiły, ponowiłem zastrzyknięcie, tym razem gruczoły podszczękowe rozeszły się w zupełności, a z jednolitego pakietu gruczołów szyjowych pozostały 3 zupełnie oddzielone guzy, które wielkością nie przechodziły orzecha tureckiego; masa serowata i teraz jeszcze się oddzielała, lecz w znacznie mniejszej ilości; po trzecim zastrzyknięciu i te pozostałe guzy rozeszły się, pozostawiając nieznaczne tylko stwardnienie, przyczem blizny utworzone były bardzo nieznaczne i nie sprawiały najmniejszego oszpecenia. Jednocześnie obok tej poprawy i stan ogólny chorób znakomicie się polepszył i chorą pod każdym względem można było uważać za zupełnie uleczoneą.

O innych działach chorób z powodu wielkiej różnorodności pojedynczych wypadków nie można nic ogólnie powiedzieć, zastrzegając zatem opis do najbliższego numeru *Gazety Lekarskiej* bardziej interessujących wypadków, mianowicie z działu chorób nerwowych i przymiotu, obecnie na tem zamykam sprawozdanie z ubiegłego sezonu.

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

### O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego.

Przez Dra C. E. Buss'a w Bazylei.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin* Ziemssen'a i Zenkera).

Podał Dr Henryk Lewenstam.

(*Dalszy ciąg*).

Przy takimże traktowaniu fenolu kali kwasem węglanym tworzy się kwas paroxybenzoesowy, który nie posiada wspomnianych własności kwasu salicylowego.

Odnosnie wewnętrznego użycia Bertagnini podał do wiadomości, że 6,0 kwasu salicylowego w przeciągu 2 dni użyte sprawia szmer w uszach,—że on z moczu po części jako kwas salicylowy, po części jako salicylurowy się wydziela, dawno wiadomo; wydzielanie rozpoczyna się nader szybko, trwa jednak dłużej niż dzień jeden.

Doświadczenia Kolbego i Thierscha w Lipsku robione, pokazały, iż kwas salicylowy jest znakomitym środkiem przeciwgnilnym; zarówno jak kwas karbolowy przeszkadza albo niszczy fermentacją i gnicie. Dodając kwas salicylowy do emulsji słodkich migdałów, zawierającej amygdalinę, zapobiegamy tworzeniu się olejku gorzkich migdałów; mączka gorczyczna w połączeniu z nim nie daje z wolą zapachu olejku gorczycznego; fermentacja cukru winnego nie następuje przy obecności 1‰ kwasu, a nawet rozpoczęta niweczy się małą ilością kwasu; dodawszy 1/2‰ przy 18° do mleka krowiego zwarzy się ono w 36 godzin później aniżeli takąż ilość czystego mleka.

Również kwas salicylowy zapobiega rozkładowi moczu, gniciu mięsa, jaj i t. p. Jako antyseptyk kwas salicylowy ma pierwszeństwo przed karbolowym. Jest bardziej trwałym, z łatwością można nim każdy opatrunek nasycić, nie ulatnia się z niego, jak to ma miejsce przy kwasie karbolowym. Doświadczenia Listera pokazały jak trudno ostatni w opatrunku ustalić, co nakoniec zmusiło go zmieszać takowy z żywicą i parafiną (*antiseptischer Mull*). Lecz w ten sposób okazało się niemożliwym do opatrunku tyle kwasu dodać, aby przeszkodzić rozwojowi bakterji i tworzeniu się ropy, co było za cel wytknięte, o czem świadczą nowsze badania i codzienne doświadczenie. Pomimo to, zadawalano się dotychczas dezynfekcyjnym opatrunkiem Listera. Prócz tego kwas salicylowy nie posiada drażniącego działania fenolu. Gdy stężony kwas karbolowy jest środkiem silnie zracym, tworzy strupy, nawet rozcieńczony drażni rany, wewnątrz zaś użyty pociąga za sobą katar żołądka, to przeciwnie czysty kwas salicylowy w ustach wywołuje smak nieco kwaskowaty, nie rodrażnia błony śluzowej jamy ustnej i żołądka, nie ma drażniącego wpływu na rany; prócz tego przy pochłonięciu przez rany nawet znacznej ilości tego kwasu nie ma objawów zatrucia.

Thiersch pierwszy używając tego kwasu do opatrunku ran, podając zarazem świetne swe rezultaty, powiada, że dotychczasowe jego doświadczenia upoważniły go do wypowiedzenia, że kwas salicylowy posiada dobre, nie dostaje zaś mu nieprzyjemnych własności kwasu karbolowego. Ponieważ kwas salicylowy nie ma trujących własności fenolu, nie posiada drażniącej i szkodliwej własności na błony śluzowe w ogólności, w szczególności zaś w organizmie jest trwałym, łatwo wsysa się, lecz długo pozostaje i wsławił się jako znakomity środek przeciwgnilny—te okoliczności pozwoliły mi przypuścić, że on w dostatecznej ilości podany powinien zwalczać gorączkę. Postanowiłem to dokładniej zbadać, a potrzebny materiał został mi w tutejszym szpitalu kantonowym w St. Gallen do mego rozporządzenia przez lekarzy dostarczony. Dokonane badania potwierdziły, że kwas salicylowy jest silnym środkiem przeciwgorączkowym, i że takowy w zastosowaniu i działaniu może rywalizować z chininą. Przed rozpoczęciem metodycznego badania należało się przekonać, jakie ilości działają przeciwgorączkowo, czy je organizm może bez szkody znosić i jak dalece można się z dawkami posunąć. 1,0 kwasu salicylowego był bez działania, dodawano ostrożnie po 0,5 i nie zauważano żadnego znaczącego wpływu. Czem większe zaś były dawki, tem ciepłota bardziej się obniżyła. Dla otrzymania największego skutku (*Maximaleffekt*), całą ilość zwykle w jednej dawce podawano wieczorem, w taki sposób jak chininę. 3,0—4,0 w godzinę sprawiały szum w uszach, to miało również miejsce przy większych dawkach. Doświadczenia te wymagały wiele czasu, ponieważ długi przeciąg czasu nie było kwasu salicylowego w czystym stanie.

Dawka kwasu salicylowego jest mniej więcej dwa razy taka, jak chininy, dla tego samego działania przeciwgorączkowego, i jeżeli Jürgensen przy zapaleniu płuc krupowem podaje 5,0 chininy bez szkodliwego wpływu, to możemy zapewnić, że 10,0 kwasu salicylowego prócz szumu w uszach i przemijających nudności nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów; główny zaś nacisk kładziemy na to, iż trawienie w niczem nie zostaje upośledzonym.

Nasza chora, która największe dostawała dawki nie miała nigdy obłożonego języka, w dniu nawet zażycia stosunkowo był u niej dobry apetyt. Najzupełniej jesteśmy przekonani, że wspomnianą dawkę możemy powiększyć bez wywołania objawów



otrucia, jakkolwiek niczem nie byliśmy powodowani, aby oznaczyć największą dawkę (*Maximaldosis*).

Niższa granica odpowiada mniej więcej 2,0, tak jak dla chininy 1,0. Zwykle jednak dawki stosownie do natężenia gorączki bywają powiększane. W ogóle możemy powiedzieć, że większe dawki wywołuje odnośnie i większe obniżenie ciepłoty, nie zwiększając nieprzyjemnych skutków i ponieważ większe dawki nie pociągają za sobą żadnego niebezpieczeństwa, nie należy się obawiać upadku sił, przeciwnie, przyzwyczajeni jesteśmy przy większych dawkach otrzymywać zadawalniające rezultaty.

Nasze zwykle dawki 4,0—8,0 raz lub dwa razy dziennie podawane stosownie do indywidualności i natężenia gorączki nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa; z drugiej zaś strony można zupełnie polegać na ich działaniu przeciwgorączkowym.

Staraliśmy się w krótkości skreślić nasze spostrzeżenia nad działaniem kwasu salicylowego, jednak uprzedzamy, iż nie byliśmy w możności zbadać je we wszystkich kierunkach, i że przeważnie zwróciliśmy uwagę na przeciwgorączkowe własności kwasu salicylowego, gdyż dla zbadania innych fizjologicznych własności czas był zbyt krótki.

Kwas salicylowy inaczej działa na zdrowych, mianowicie niegorączkujących, inaczej na gorączkujących.

1. Niegorączkującym podawaliśmy mniejsze dawki niż gorączkującym. Większe dawki przy gorączce nie pociągają za sobą złych skutków, przeciwnie, przekonaliśmy się, iż te same dawki (2,0 i większe) u zdrowych mogą wywołać groźne objawy, głuchotę, osłabienie nóg, obłąd, i że śród nagłego upadku sił i drgawek następowała w niektórych wypadkach śmierć. Tem powodowani ograniczyliśmy się mniejszymi dawkami i za największą dawkę u zdrowego oznaczyliśmy 4,0. Zauważono przytem następujące objawy: niesmak, niezadługo po zażyciu napływ krwi do głowy; twarz a potem i cała skóra daje subiektywne uczucie ciepła, niekiedy występuje lekki pot, wzrok i słuch są wtedy upośledzone; nudności miały miejsce tylko w jednym wypadku, w innych nie dostawało objawów ze strony przewodu pokarmowego. Po 3,0 u niektórych osób występował po 2—3 godzinach szum w uszach, po 4,0 w 2 godziny regularnie to zauważano, i zwykle po 6 godzinach ustępowało. Głuchotę po tych dawkach zauważano tylko w jednym wypadku. Wessanie następuje zbyt szybko, i w jednym wypadku, w którym przedtem umyślnie diurezę powiększyłem, otrzymałem po upływie 7½ min. niepewną, po 10-ciu zaś pewną reakcją na kwas salicylowy.

W tymże wypadku po 32 godzinach znalazłem jeszcze w moczu ślady kwasu salicylowego; pośrodku tego czasu reakcja była tak nieznaczna, że płyn w naczyniu był zupełnie nieprzezroczysty, po dodaniu znacznej ilości roztworu trójchlorku żelaza. Stan ogólny za wyjątkiem pierwszych 15-tu minut nigdy nie podlegał znacznym zmianom.

Zbadaliśmy jeszcze wpływ kwasu salicylowego na ciepłotę i częstość tętna, gdy tymczasem porównawcze badania z chininą u zdrowego nie doprowadziły Liebermestera do zasługujących na uwagę i pewnych zmian. Nasze badania pokazują, iż nie może być mowy o jakimkolwiek godnem uwagi obniżeniu ciepłoty i zmniejszeniu częstości tętna, w ogóle nie ma pewnej i charakterystycznej zmiany, wniosek ten zasada się na mierzeniu ciepłoty u kilku bezgorączkowych, których leczono kwasem salicylowym, i u których nawet zważając na wahania dzienne (*Tagesfluctuation*) żadnego wpływu nie spostrzegano.

Bischoff Jan, tragarz, St. Gallen, 45 lat wieku, był przyjętym 21 października 1874 r. zachorował przed 8 dniami. *Rheumatismus articulorum chronicus*. Chory silnie zbudowany, już kilka razy zapadał na ostry reumatyzm, podczas przyjęcia ostatniego były stawy stóp i kolan bolesne, po zmniejszeniu się zaś natężenia choroby, pozostała tylko bolesność na zewnętrznej stronie prawego kolana, co przeszkadzało wstawać choremu. Serce nie przedstawiało nic nienormalnego. Po miesiącu ciepłota była normalną, również nie dostawało innych godnych uwagi objawów.

W poniżej zamieszczonej tablicy oznaczyliśmy odznaczającemi się cyframi ciepłotę odpowiadającą równoczesnemu podaniu środka przeciwgorączkowego.



Styczeń.	6	7	8	9	10	11
Godzina.						
7	—	37,0	37,2	37,0	36,6	36,7
11	—	37,2	37,2	37,1	37,0	37,0
3	—	37,4	37,2	37,1	37,1	37,5
7	37,2	37,8	36,9	37,0	37,0	37,4
11	36,8	36,8	37,1	37,2	37,2	37,5
			3,0 ac. sal. (1 godz.)		3,0 ac. sol. (4½ godz.)	

Pierwsza dawka była podaną o godzinie 1-iej po południu 8 stycznia na raz, dzień przedtem zaś dokładnie mierzono ciepłotę; druga dawka 10 stycznia o godz. 4¼ po poł. Zważając, iż ciepłota w obu razach zupełnie zgadza się z ciepłotą d. 9 stycznia o teje godzinie, i że kwasu salicylowego tegoż dnia nie dawano, to pokazuje się, iż nie nastąpiło obniżenie ciepłoty. Ponieważ obniżenie ciepłoty dnia 9 stycznia nie można przypisać działaniu kwasu salicylowego, podanego 8 stycz., 11 bowiem ciepłota jest wyższą niż 10-go, pomimo to, iż 10-go takż ilość kwasu była podaną w cztery godziny później aniżeli 8 stycznia.

Meili Marya, służąca, St. Gallen, 38 lat wieku; wstąpiła 14 stycznia, zachorowała przed 8 dniami; *Cat. gastricus*. Chora zdrowego wyglądu, skarży się na silne bóle głowy, brak apetytu; język obłożony wilgotny, nudności nie ma, wypróżnienia skąpe.

Po zupełnem ustąpieniu powyższych objawów, był chorąj dwa razy podany kwas salicylowy. Poprzednio istniejący katar żołądkowy nie wznowił się po kwasie salicylowym; chora wypisała się 20 stycznia zdrową.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

— Przyczynek do etiologii dusznicy bolesnej. Według G. Sée'a (*France méd.* N. 26 i nast.—*Berlin. klin. Woch.* 1876 N. 18) dusznica bolesna nie polega na prostej nerwicy, lecz na ischemii serca. Do przyczynowych okoliczności należą przede wszystkim mechaniczne zmiany w tętnicach wieńcowych, potem zwyrodnienia mięśnia sercowego i rozszerzenia jam sercowych; w drugim rzędzie należałoby uwzględnić czysto funkcyjne zaburzenia w tętnicach wieńcowych, jak u palących mocno, histeryczek i t. d. Wszakże w najczęstszych wypadkach zachodzi rzeczywiste obrażenie organiczne. Z tej ischemii serca Sée wyjaśnia sobie wszystkie zjawiska pojedyncze, które stanowią napad i przyczynę śmierci. Jeśli mięsień sercowy i z nim zakończenia nerwu błędnego otrzymują mniej krwi, natenczas w ostatnich wytwarzają się bóleści z niedokrwistej przyczyny; równym sposobem powstaje uczucie duszenia (*angor*). To drażnienie czuciowych nerwów pobudza drogą odruchową gałązki ruchowe nerwu błędnego, w następstwie czego wolniej tętno pod koniec napadu i w końcu przerywają się skurcze serca; później nerw błędny popada w wycieńczenie i następuje widywane w końcu przyspieszenie tętna. Bolesne rozpromienianie ku barkom, ku ramieniom i ku innym okolicom ciała Sée tłumaczy przez centralne przechodzenie z pierwotnie podrażnionych włókien nerwowych na rozmaite inne nerwy czuciowe. Co do leczenia, to Sée zaleca usilnie podczas napadu podskórne zastrzykiwania morfiny albo wodań chloralu (2—3 gramów) jako lewatywę; *spiritus Mendereri* (*Liq. amon. acet.* rozcieńczony równą częścią wody) w 6—8 gramach znakomite oddawał usługi w niektórych wypadkach. W chwilach wolnych od napadu Sée podaje naprzemian *kali bromatum* i *digitalis*, zaleca spokojny, umiarkowany sposób życia, zabrania tabaki, herbaty i kawy, a z napojów wysokowych zezwala tylko na małe ilości wina.

— **Kiła złosliwa.** Przez Dra Guibont (Union med. 1875. Nr. 62—Med. chir. Rundschau 1876. z. 1 p. 48.). Kiła wskazuje albo już wczesnie podczas swego trwania pewną złosliwość (*s. maligna precox* lub *primitica*), albo takową osiąga dopiero w następstwie własnego działania na organizm (*s. maligna tardiva* lub *consecutiva*). W ostatnim wypadku wystąpienie jej bywa po większej części nagłem; podczas dobrego przebiegu jednego z zwyczajnych objawów zakorzenionej (*constitutionalis*) kiły wystąpiły nagle zaburzenia w ogólnym stanie, które wstrząsały organizm w wysokim stopniu i niekiedy życiu zagrażały, albo też owe lekkie objawy, niekiedy nawet cierpienie początkowe, przybierały nader złosliwy charakter (wyzerający). Przyczyną takiego przebiegu bywa niekiedy przedwczesne przerwanie leczenia albo zupełne zaniedbanie tegoż. już odziedziczona słaba konstytucya, niestosowny sposób życia, zbytne wysilenia, niedostatek lub choroby jakie, wyniszczające zdrowie. Niekiedy jednakże niepodobna dowieść żadnych z tych chorób; natomiast za takową uważać należy szczególną skłonność albo szczególną jakość jadu, który się dostał do ciała, albo wreszcie zbyt wielką tegoż ilość. Rokowanie bywa bardzo niepomyślnem z powodu powikłań towarzyszących tym złosliwym formom kiły, jako to bezprzestannéj gorączki, nadzwyczajnéj słabosci, upadku sił, zaburzenia w trawieniu, zmniejszenia się apetytu, rozwolnienia. Do tego przychodzi jeszcze, że się chorzy sami zatrują oddechając powietrzem zakażonem przez przez zawieszone w powietrzu cząsteczki wydzielin od osutek (*efflorescentia*) rozwijających się na rozmaitych miejscach ciała, wyglądających zło i bezprzestannie wydzielających, które prócz tego dolegają tak samodzielnie, jak za dotknięciem i z tego powodu zaburzają sen. Leczenie winno być skierowanem głównie na podniesienie sił i na usunięcie zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia. Z tego powodu przedewszystkiem nie przepisuje się żadnych specifica, lecz stara się o dobre powietrze i odpowiednią higienę, podaje tonica, stare wino, chininę, mocne zupy. Zbyt silne wydzieliny należy wstrzymywać przez odstrigentia, a odrażliwej woni zapobiegac przez *alcoholica* i *aromatica*. Dla podniesienia apetytu podaje się gorzko-aromatyczne napary. Dopiero po polepszeniu się ogólnego zdrowia stosuje się specifica i przy formach z wrzodami podaje *Kal. jodatum* (0,5 gm. pro dosi) najprzód raz, potem trzy razy dziennie, *protojoduretum hydrargyri*, jeśli się chce oszczędzać żołądek i jelita, wcierania *ungu. neapolitanum* dwa dni po sobie, trzeciego dnia następuje kąpiel siarkowa, potem znowu dwa dni wcierania i t. d. Zewnętrznie należy dbać o jak największą czystość, często się kąpać i zmywać ciało. Autor jest przeciwko temu, ażeby odrywać strupy wrzodów, ponieważ zasłaniają utraty istoty. Jeśli się oddzielają przed zabliznieniem, to trzeba zastosować pobudzające środki opatrunku: *ungt. styracis*, roślinny węgiel sproszkowany, chininę, kamforę, jodoform, stosownie rozrzedzoną nalewkę jodową, aromatyczne wino, spirytus kamforowy, albo należy użyć stosownych okładów rozmiękczejących.

— **Przyczynek do leczenia miodnicy za pomocą gliceryny.** Przez Dra J. Jacobsa (Virchow's Archiv LXV. p. 481 — Centralblatt 1876. Nr. 16). Autor spostrzegł u dwóch pacjentów, którzy prawie to samo brali pożywienie, że po dłuższem używaniu gliceryny według przepisu Schulzena zmniejsza się wydzielanie cukru, zwiększa ciężar ciała i poprawia ogólny stan zdrowia, wszakże tylko na czas przemijający. W pierwszym wypadku codzienne wydzielanie cukru ze 261,9 gm. (przecięciowej ilości z ośmiu dni) spadło po 6-ciotygodniowem zażywaniu gliceryny na przecięciowo 71,7 gm. i wzrosło potem znowu do 144,2 gm. W drugim wypadku spadło ono z przecięciowo 188,3 gm. po 4 tygodniach na 64,2 gm. i wzrosło później do 97,8 gm. W ogóle środek ten znosili chorzy dobrze. Autor uważa oba wypadki za ciężkie, ponieważ przy wyłączeniu roślinnego pożywienia pierwszy chory raz w jednym dniu wydzielił cukru jeszcze 38,8 gm., a drugi w 48 godzinach jeszcze 82,5 — 83,3 gm. i ponieważ po dodaniu kwasu solnego do moczu nie wydzielił się kwas moczowy. Rzecz wspomnienia godna, że w obu wypadkach ciężkość gatunkowa moczu wzrastała, gdy spadała ilość cukru i odwrotnie.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Sto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 11 (23) Мая 1876.

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rs. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875. Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*. — Sprawozdanie z pory zdrojowej w zakładzie wód mineralnych słono-gorzkich siarczano-alkalicznych w Solcu za rok 1875. Przez Dra *Wyrzykowskię*, lekarza zdrojowego (Dokończenie). — Kronika zagraniczna. O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego. Przez Dra *C. E. Bussa* w Bazylei. Podał Dr *Henryk Loewenstam* (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. Przyczynki do etiologii dusznicy bolesnej. Kiła złośliwa. Przyczynki do leczenia miodnicy za pomocą gliceryny. — Dodatek. Propedeutyka Lekarska ark. 6 i 7. Bibliografii i Krytyki Lekarskiej Nr. 22.

## Piąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1875.

Przez Dra Med. *Narkiewicza-Jodko*,

Dane statystyczne, jakich nam księgi Instytutowe za rok 1875 dostarczają są następujące:

W roku tym szukało pomocy w Instytucie Oftalmicznym osób 3177, a mianowicie: na salach Instytutowych leczyło się osób 503, w ambulatoryum 2664.

Z tej ogólnej liczby leczyło się:

mieszkańców m. Warszawy: w Instytucie	181,	w ambulatoryum	2060
przyjezdnych . . . . .	322	"	614
	503	"	2674
chrześcijan . . . . .	469	"	1912
starozakonnych . . . . .	34	"	762
	503	"	2674
mężczyzn . . . . .	244	"	1269
kobiet . . . . .	227	"	962
dzieci (obojsza płci do lat 10). . . . .	32	"	443
	503	"	2674



Z ogólnej tej ilości, możemy pewne cyfry co do rezultatów leczenia podać tylko o chorych na salach instytutowych leczonych, w tej bowiem tylko kategorii chorych, przebieg choroby może być od początku, t. j. dnia przybycia chorych, do końca obserwowany i rezultat ostateczny poznany, u chorych zaś leczonych w ambulansie jest to z powodów nie jednokrotnie już w naszych sprawozdaniach wyłuszczone i dobrze każdemu lekarzowi znanych, nie możebnem.

Z mieszczących się stale w Instytucie	339	opuściło szpital w zupełnem zdrowiu
"	"	"
"	"	"
"	"	"
"	"	"
"	"	"
		503

Z roku przeszłego pozostało w Instytucie chorych	39
w ciągu 1-go kwartału, roku 1875 przybyło . . .	118
" 2-go " " " " . . .	130
" 3-go " " " " . . .	107
" 4-go " " " " . . .	109
	503

Z tej ogólnej liczby na koszeie instytutu le-		
czonych było osób . . . . .	36	przez dni szpitalnych 1441
na salach ogólnych na własnym koszeie . . .	390	" 14189
pensyonarzy klasy II-ój (po 1 rs. dziennie) . . .	62	" 1639
" " I-ój (po rs. 1 k. 35 dz.) . . .	15	" 339
	W ogóle 503	17608

przecięciowa ilość dni szpitalnych na jednego chorego wynosi 35. Stosunek ten jednak nie jest we wszystkich kategoriach chorych jednaki i da się ująć w pewny zawsze jednostajnie powtarzający się matematyczny stosunek, a mianowicie: chorzy stosunkowo największą uiszczający za kuracyę opłatę najkróciój bawią w Instytucie i przeciwnie.

Niżej pomieszczone cyfry najlepiej ten stosunek uwydatnią.	
1 przeciętna dla pensyonarzy I-ój klasy . . .	339 dni : 15 = 22,60
2 " " II-ój klasy . . .	1639 „ : 62 = 26,43
3 „ dla chor. ogól. na swoim koszeie . . .	14189 „ : 390 = 36,38
4 „ „ na koszeie Instytutu . . .	1441 „ : 36 = 40
	17608 dni : 503 = 35

Obliczając zaś przeciętną na każdy dzień roku wypadła, iż w roku 1875 mieliśmy w ogóle 48,23 chorych przecięciowo dziennie: z tej liczby wypadła na pokoje oddzielne 5,41, na sale zaś ogólne 42,82 (w r 1874 6,2 i 37,3, w ogóle 43,5).

Wyszczególnienie chorób leczonych na salach  
Instytutu

1. Herpes Zoster ophtalmicus . . . . .	1	42. Iritis idiopatica . . . . .	6
2. Dystriehiasis . . . . .	11	43. „ syphilitica . . . . .	9
3. Phimosi palpebrarum . . . . .	4	44. Irido-cyclitis . . . . .	3
4. Ectropium spasticum . . . . .	2	45. Synechia post. . . . .	9
5. „ organicum . . . . .	2	46. Irido chorioideitis . . . . .	3
6. Entropium (spast. et organ.)	21	47. Chorioideitis post. . . . .	3
7. Diphteritis cutis pelpebr. . . . .	1	48. „ aequatorialis . . . . .	1
8. Ulcus syphilit. margin. palp. . . . .	1	49. „ disseminata . . . . .	3
9. Blepharadenitis ciliazis. . . . .	7	50. Glaucoma simplex. . . . .	16
10. Combustio palpebr. et conj. . . . .	1	51. „ inflamatum . . . . .	6
11. Symblepharon . . . . .	1	52. „ absolut. inflam. . . . .	2
12. Conj. Catarh. splx. . . . .	11	53. „ secundare . . . . .	3
13. „ „ tumida . . . . .	8	54. Chorioideo-retinitis . . . . .	1
14. „ blennorhoica acuta . . . . .	12	55. Retinitis albuminurica . . . . .	1
15. „ „ chron. . . . .	32	56. Amotio retinae . . . . .	7
16. „ diphteritica . . . . .	13	57. Neuroretinitis . . . . .	1
17. „ granulosa acuta . . . . .	11	58. Neuritis descendens . . . . .	1
18. „ „ chron. . . . .	42	59. Ambliopia sine materia . . . . .	3
19. „ phlyctaenulosa . . . . .	5	60. Amaurosis acuta „ . . . . .	1
20. Tumor plicae semilunar. . . . .	1	61. Atroph. n. opt. progres. . . . .	3
21. „ dermoid. conj. bulbi . . . . .	1	62. Cataracta luxata . . . . .	1
22. Stenosis ducti nasolacr. . . . .	3	63. „ senilis . . . . .	31
23. Blennorhea sacci lacr. . . . .	1	64. „ secund. . . . .	4
24. Fistula „ „ . . . . .	5	65. „ traumat . . . . .	3
25. Keratitis parench. part. . . . .	7	66. „ zonularis . . . . .	1
26. „ „ diffusa . . . . .	8	67. „ diabetica . . . . .	1
27. „ phlyctenulosa . . . . .	14	68. „ mollis . . . . .	6
28. „ ulcerosa acuta . . . . .	21	69. „ membranacea. . . . .	1
29. „ „ chron. . . . .	31	70. Paralysis accomod. . . . .	1
30. „ vasculosa . . . . .	7	71. „ abducentis . . . . .	2
31. Ulcus corneae serpens . . . . .	6	72. „ oculomotor. . . . .	2
32. Perforatio corneae . . . . .	2	73. „ omni. musculor. . . . .	1
33. Fistula „ . . . . .	1	74. Strabismus convergens . . . . .	6
34. Koratocele . . . . .	2	75. „ divergens . . . . .	2
35. Malacia corneae . . . . .	3	76. Insuf. recti int. . . . .	1
36. Prolaps. iridis . . . . .	2	77. Panophthalmitis traumat . . . . .	1
37. Leucoma . . . . .	9	78. Sarcoma orbitae . . . . .	1
38. „ adherens . . . . .	15	79. Tumor cistic. orbitae . . . . .	1
39. Staphyloma corneae . . . . .	3	80. Infl. telle celulos orbit. . . . .	1
40. Scleritis . . . . .	1	81. Towarzyszy chorych i służby 19	
41. Kerato-iritis . . . . .	6		

Wykaz szczegółowy operacji i rezultaty tychże.

Nr. bieżący.	R o d z a j o p e r a c y i.	Ilość ogólna.	R e z u l a t.			
			Dodatni.	Połowicz.	Ujemny.	Żaden.
1	Operacji opadniętej powieki górnej ( <i>ptosis</i> ) . . . . .	3	3	—	—	—
2	„ nieprawidłowo-rzęsności i zawróconej powieki ( <i>dystrichiasis et entropium</i> ) . . . . .	54	52	2	—	—
3	„ rozszerzenia szczeliny powiekowej ( <i>canthoplastica</i> ) . . . . .	7	7	—	—	—
4	„ plastycznych na powiekach i nosie . . . . .	4	3	1	—	—
5	„ skrzydlika ( <i>pterygium</i> ) . . . . .	1	1	—	—	—
6	„ nowotworu łącznicowego . . . . .	1	1	—	—	—
7	Wycięcie przerosłej fałdy półksiężycowej . . . . .	1	1	—	—	—
8	Obcięcie łącznicy w około rogówki ( <i>perikeratotomia</i> ) . . . . .	10	9	1	—	—
9	Obcięcie garbca rogówki ( <i>abrasio staphylomatıs</i> ) . . . . .	4	4	—	—	—
10	Wycięcie częściowe tęczy ( <i>iridectomia</i> ) 100 . . . . .					
	a) przed operacją zaciemka . . . . .	8	8	—	—	—
	b) po operacji zaciemka . . . . .	2	2	—	—	—
	c) z powodu chorób zapalnych . . . . .	32	24	3	—	5
	d) w celu poprawienia wzroku . . . . .	58	53	4	—	1
11	Operacji zaciemka ( <i>cataracta</i> ) 60 . . . . .					
	a) discisio . . . . .	10	10	—	—	—
	b) extractio modo Graefe . . . . .	47	43	3	1	—
	c) „ cataractae secundariae . . . . .	1	1	—	—	—
	d) „ linearis . . . . .	3	2	—	1	—
	e) „ „ cum iridectomia . . . . .	5	3	2	—	—
12	Odsunięcie mięśni prostych 18 . . . . .					
	a) wewnętrznego . . . . .	12	12	—	—	—
	b) zewnętrznego . . . . .	4	4	—	—	—
	c) górnego . . . . .	2	2	—	—	—
13	Przysunięcie przyczepu mięśnia prostego zewnętrznego . . . . .	2	2	—	—	—
14	Przecięcie guza torbielowego oczodołowego . . . . .	1	1	—	—	—
	W ogóle	272	248	16	2	6
	Obliczając w odsetkach	100	91,1	6,0	0,7	2,2

Pod nazwaniem rezultat dodatni rozumiemy przyniesienie choremu pomocy mniejszej lub większej, ale zupełnej i niedającej się niczem poprawić, jednym słowem, pomocy w danym wypadku możebnej. Rezultatem połowicznym nazywamy rezultat nie zupełnie dobry, ale dający się drogą operacji polepszyć. Operacja bez rezultatu, ani szkody, ani pomocy choremu nie przynosi, ujemna przynosi szkodę choremu, gdyż po niej w gorszych pozostaje warunkach niż przedtem i zwykle bez żadnej nadziei polepszenia.



### S p r a w o z d a n i e z A m b u l a t o r y u m.

Przez dni ambulansowych 298 (w święta i niedziele nie ma przyjęcia) wpisano do ksiąg ambulatoryjnych nowych chorych 2674; tym i dawniej leczącym się udzielono konsultacyi 14335, przecięciowo więc po 48 dziennie. Największą ilość konsultacyi udzielono dziennie w lipcu (2161) przecięciowo po 80,4 dziennie, najmniejszą w styczniu (755) przecięciowo po 29 dziennie. Operacyi małych, jak przecięcie kanałków łzowych, otwarcie ropni i guzków pojęzmiennych (*chulazion*) otwarcie worka łzowego, wydobywanie ciał obcych i t. p. wykonano 134. Operacye większe wykonane ambulatoryjnie zaliczone zostały do wykazu powyżej podanego.

Księgi ambulatoryjne wykazały następujący stosunek chorób rozmaitych części i funkeyi oka.

Choroby powiek	spozrzegano razy	265	w odsetkach	9,2	w r. przeszłym	8,75
"  łącznicy	"	1379	"	48,2	"	47,9
"  dróg i org. łzow.	"	58	"	2	"	2,95
"  rogówki i tward.	"	420	"	14,6	"	15,55
"  tęczy	"	127	"	4,4	"	2,5
"  naczyniówki	"	54	"	1,9	"	2,5
"  soczewki	"	81	"	2,9	"	3,65
"  siatkówki	"	34	"	1,2	"	0,9
"  nerwu wzrokow.	"	30	"	1,1	"	0,7
"  oczd. i cał. gałki	"	54	"	1,9	"	2
"  mięśni ocznych	"	37	"	1,3	"	1,3
"  refrakcyj oka	"	92	"	3,2	"	3,65
"  akkomodacyj oka	"	95	"	3,3	"	2
Skalecz. oka i okolic tegoż	"	136	"	4,8	"	4 65
W ogóle		2862		100		100

Różnica tak niewielka pomiędzy ilością chorych w ambulansie leczonych i chorób jakie u tychże znaleziono, stąd pochodzi, że w roku bieżącym tylko zupełnie odmienne i niezależne od siebie choroby notowaliśmy, przeważnie jeżeli takowe w obu oczach jednego indywiduum do rozmaitych działów należące znajdowaliśmy.

Wykaz porównawczy dat statystycznych tegorocznych z poprzedniami.

	Było le- czonych.	Wambu- lansie.	Ilość konsul- tacyi.	Na sa- lach.	Przez dni szpi- talnych.	Operacyi wykona- no.
1871	2392	2127	12682	265	9034	125
1872	3055	2577	14677	478	14850	225
1873	3203	2663	12493	540	16351	269
1874	3168	2616	12844	552	15872	274
1875	3177	2674	14335	503	17608	272
W ogóle	14995	12657	67031	2338	73715	1165

Porównywając dane statystyczne roku 1875 z takimiż z roku poprzedniego widzimy we wszystkich pozycjach różnicę na lepsze, oprócz pozycji ilości chorych na salach instytutowych. Ilość tych chorych rzeczywiście jest mniejsza i to prawie o  $\frac{1}{9}$  całej ilości, bo o 49 osób. Zmniejszenie to ilości jednak łatwo wytłómaczymy, porównywając ilość nowych chorych w różnych kwartałach roku 1875 przybywających z taką ilością z lat poprzednich. Przeglądając sprawozdania z lat ubiegłych przekonujemy się, że kwartał III-ci, to jest letni, zwykle stosunkowo największy kontyngens chorych szpitalowi dostarczał, np. w roku przeszłym 159 chorych (na ogólną ilość 552), w r. zaś 1875 tylko 107, t. j. mniej jak w którymkolwiek innym kwartale; różnica więc tylko tych kwartałów przenosi różnicę jaką w ilości chorych z lat 1875 i 1874 znajdujemy. Przyczyną zaś zmniejszonej ilości chorych w III-cim kwartale r. 1875 była restauracya sal ogólnych instytutu, którą w r. przeszłym odrazu na obu dolnych piętrach dokonywano. Malowanie ścian i podłóg, a zwłaszcza tych ostatnich farbą olejną po kilkakroć przeciąganą zajęło czas 6-ciu przeszło tygodni, podczas których chorzy na korytarzach i w salach jadalnych pomieszczenie znaleźć tylko mogli; musieliśmy więc w tym czasie przyjmowanie nowoprzybywających chorych dla braku pomieszczenia ograniczyć; z drugiej zaś strony przy tak szczupłym i niepodzielnym pomieszczeniu, jakim rozporządzaliśmy z konieczności, oddzielanie chorych zaraźliwych od niezaraźliwych miejsca mieć nie mogło, a ponieważ ilość tych ostatnich, jak to zwykle bywa, w letnich miesiącach była bardzo znaczną, więc dla trudności ustrzeżenia od zarażenia się przyjmowaliśmy prawie tylko chorych podległych cierpieniom łącznicy, a wypadki mogące być leczonemi ambulatoryjnie lub nie wymagające pośpiesznej kuracyi (jak np. niektóre operacyjne) odsyłałiśmy na czas późniejszy.

Od kilku lat podlegaliśmy rozmaitym przepisom, odnośnie do ilości chorych, których instytut na salach swych pomieścić może, nawet w przeszłorocznym sprawozdaniu już kilka słów tej kwestyi poświęcałem, obecnie ta rzecz zdaje się być racjonalnie uregulowaną. Możemy przyjmować chorych 42 na sale ogólne, ilość zaś pensyonarzy jest nie ograniczoną, t. j. możemy ich tylu przyjmować ile łóżek w oddziale dla tych chorych przeznaczonym pomieścić się daje, z uwzględnieniem warunków wygody i stosownie do wymagań samych chorych. Mamy w oddziale pensyonarzy 8 pokoi oddzielnych, w których chorzy mogą się pojedynczo lub po dwóch pomieszczać, możemy więc stosownie do żądania tychże, pomieścić od 8 do 16 współcześnie. Ilość zaś 42 określająca najwyższą cyfrą chorych mogących być współcześnie pomieszczeniemi na salach ogólnych jest określoną z jednej strony na zasadzie przeciętniej z lat ostatnich, z drugiej zaś na podstawie obrachowania dochodu instytutu, tak z odsetek funduszów własnych, jak i z kosztów kuracyjnych, względnie na opędzenie kosztów utrzymania szpitala o 42 łóżkach.

Z ulepszeń jakie w roku bieżącym w Instytucie zaprowadzonymi zostały, wspomnę tylko o ważniejszych, jak o zaprowadzeniu w oddziale pensyonarzy, dzwonek elektrycznych służących do przywołania w każdym czasie służby, oraz o zakupieniu dużego aparatu elektrycznego o prądzie stałym systemu

Sterera, posiadanie którego dozwala na stosowanie na miejscu środka tak ważnego przy leczeniu chorób ocznych, jakim jest elektryczność, środka, którego dotychczas szukać musieliśmy w ambulatoriach kolegów zajmujących się leczeniem elektrycznością.

Rezultata przy leczeniu osiągnięte, jak w poprzednich, tak i w r. bieżącym były doskonałe: na pięciuset przeszło chorych leczonych na salach Instytutu tylko 21, t. j. 4% nie doznało polepszenia, na 272 wykonanych operacji tylko dwóm dostał się w udziale rezultat ujemny, t. j. 0,7% w 248 zaś wypadkach, t. j. w 91,1% był rezultat jak najlepszy; mamy więc niepłonną nadzieję, że o ile tylko środki materyalne na to pozwalają będą, instytucya ta dobroczynna ciągle powiększać będzie pole swojej działalności, a już i dzisiaj, na silnych i trwałych stojąc podstawach, do zaszczytniejszych instytucyi kraju naszego zaliczoną być musi.

Operacyi na powiekach wykonaliśmy w roku 1875 ilość dość znaczną, bo 67: z tych 61 operacyi miało na celu polepszenie stosunku powieki do oka, nadwerężonego przez następstwa zwyrodnienia ziarnistego łącznicy. Zawrócenie powieki (*entropium*), nieprawidłowo-rzęsność (*dystrochiusis*), skrócenie szczeliny powiekowej (*blepharo-phimosis*), są temi fatalnemi następstwami występującemi już to wspólnie na jednym oku, już też pojedynczo, już to podczas postępu zwyrodnienia, już też w okresie zablizniania się i zaniku łącznicy. Jeżeli w sprawozdaniu wyliczaliśmy ilość obserwowanych wypadków każdój z tych zmian organicznych, to czyniliśmy to jedynie dla wykazania mniejszej lub większej częstotliwości tychże, notując jedynie najwybitniejsze cechy zmian powiekowych chociaż najczęściej zawrócenie z nieprawidłoworzęsnością się łączy, a bardzo często obok tychże zmian spotykamy skrócenie szczeliny powiekowej.

W celu usunięcia, albo jak to w licznych wypadkach ma miejsce poprawienia niekorzystnych warunków, w jakich oko przy wymienionych zmianach powiek pozostaje stosowaliśmy.

Operacyę tarsoplastyka	zwaną	razy	23
„ Pagenstechera	„	6	
„ Rava	„	17	
„ canthoplastia	„	7	
„ Arlta (częściową)	„	1	
„ Flarera	„	1	
Wycięcie fałdy równol. do brzegu powieków		6	
			Razem 61.

O wskazaniach do tych operacyi, już nie raz w poprzednich moich sprawozdaniach mówiłem, więc nie wrócę do nich dzisiaj, nadmienię tylko, że powrotów choroby najmniej obserwowałem po operacyi, której wprowadzenie do Warszawy sobie przypisuję, t. j. po sposobie *Tarsoplastica* zwanym, którego szczegółowy opis w drugim sprawozdaniu zamieściłem, i który sumiennie polecić mogę kolegom okulistom, jako łatwy w wykonaniu, nie pozostawiający za-



dnych kosmetycznie szpecących śladów, nie wymagający długiego pobytu w szpitalu i najmniej podległy recydywom; mówię najmniej, bo absolutnie pewnego sposobu nie znam, a 3<sup>o</sup>, co najwyżej recydyw spostrzeganych przy tarsoplastyce jest prawie niczem przy obrzymim procencie, jakim operowani sposobami Arlta lub Gräfego podlegają. Ilosć chorych dotychczas przezemnie tym sposobem operowanych przynosi cyfrę 100, więc mogę poniekąd na wiarę zasługiwać.

Operację opadniętej powieki stosowaliśmy 3 razy: raz przy wadzie wrodzonej, jednostronnej, połączonej z zezem zocznym (*strab. converg.*), po poprzednim usunięciu takowego, także na drodze operacyjnej. Nadto stosowaliśmy tę operację na obu powiekach jednego chorego podległego porażeniu zupełnemu wszystkich mięśni obu oczu, datującem od lat 4 na prawem i od pół roku na lewem oku, przy wcale nie złej sile widzenia i anisotropii (S.  $\frac{2}{5}$ , M.  $\frac{1}{24}$ , d. z +20, n. z Jägra. S  $\frac{2}{5}$ , H.  $\frac{1}{24}$ , s. z +20 n. Jägra). Chory z powołania agronom, był zachwycony efektem operacji i w pół roku po wyjściu z instytutu przedstawiał się mnie zadowolniony możliwością użycia obu rąk przy pracy, kiedy przed operacją zawsze jednej potrzebował dla unoszenia powieki do góry. Zadziwiającem było u tego chorego, że pomimo iż różnica w sile widzenia obu oczu nie była tak wielką, a nieruchomość obu gałek zupełną, podwójnego widzenia nawet przy pomocy szkieł neutralizujących anisotropię i kolorowych wywołać nie można było (pryzmy najsłabsze wywoływały) tak widać wyuczył się ruchami całej głowy wyręczać brak ruchów mięśniowych ku koordynacji obu pól widzenia służących.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

## Sprawozdanie z pory zdrojowej w zakładzie wód mineralnych słono-gorzkich siarczano-alkalicznych w Solcu za rok 1875.

Przez Dra Wyrzykowskiego, lekarza zdrojowego.

(*Dokończenie.*)

P. T., z Piotrkowa, były urzędnik, w r. 1863 uległ w skutek przebywania przez kilka miesięcy w mieszkaniu wilgotnem, ciasnem i nieprzewietrzanem ostremu gośćcowi wielostawowemu. Choroba miała przebieg bardzo ostry i ciężki, a po przejściu okresu ostrego, z przyczyny nieprzyjaznych warunków, w jakich chory dalej znajdował się, przeszła w stan przewlekły. Stawy, głównie kończyn dolnych pozostały moeno obrzmiałemi, bolesnemi, chód stał się niemożliwym. W ciągu następnych lat 12, pomimo używanych rozmaitych środków wewnętrznych i zewnętrznych choroba utrzymywała się prawie w jednym stopniu, zmuszając chorego do ciągłego leżenia w łóżku w zupełnej bezwładności. W chwili przybycia do Solea znalazłem chorego bladego, źle odżywionego, leżącego w łóżku w postawie na wpół siedzącej, które to położenie przy wygięciu się kolumny pacierzowej ku tyłowi było dla chorego najdogodniejszym i wszelkie usiłowanie wyprostowania z powodu występujących wtedy bólów w krzyżu było bardzo dolegliwym, nogi w kolanach były nieco zgięte,

przyczem nie dawały się ani wyprostowywać, ani bardziej zginać, same stawy kolanowe były mocno obrzmiałe, na ucisk bardzo wrażliwe. Podobne obrzmienie tylko mniejsze znajdowałem w stawach stopowych, biodrowych i w wielu stawach palcowych. Stawy łokciowe i ramieniowe były wolne, natomiast mocno były obrzmiałe i bolesne stawy palcowe u rąk. Tętno serca były słabe ale czyste; wątroba nieco powiększona i twardsza, śledziona utrzymywała się w granicach prawidłowych; apetyt mierny, zaparcie stolca; w moczu znajdowałem powiększoną ilość kwasu moczowego i barwników żółciowych, a natomiast mniejszą ilość mocznika. Z innych objawów chorobnych zasługiwało jeszcze na uwagę przewlekłe zapalenie łącznicy w obu oczach, przyczem od czasu do czasu cierpienie to występowało w dość znacznym stopniu, w skutek występujących powierzchownych owrzodzeń na rogówce.

Chory ten po 4 tygodniach kuracyi, pijąc wodę Karlsbadzką Mühlbrunn 3 razy dziennie, z dodatkiem z początku do pierwszego kubka soli karlsbadzkiej, przy diecie przeważnie mlecznej, przy kąpielach mineralnych i okładach z mułu na stawy cierpiące, doszedł do takiego stopnia poprawy, że mógł przytrzymując się stołu chodzić nieco po pokoju; w dalszym ciągu poprawa ta jeszcze była widoczniejszą, gdyż mógł nieco postąpić opierając się jedynie na lasce. W tym czasie apetyt się poprawił obrzmienie wątroby ustąpiło, wypróżnienia były regularne, w moczu zwiększyła się ilość mocznika obok jednoczesnego pomniejszenia się w nim kwasu moczowego: nawet i owe przewlekłe zapalenie oczów i te znacznie się poprawiło, pozwalając choremu zdjąć z oczów umbrę. Chory opuścił Solec nie uzdrowionym w zupełności, ale w stanie o wiele lepszym jak przybył, pozwalając mu weselej spojrzeć w świat i cieszyć się nadzieją jakiejś poprawy, będąc poprzednio przez lat 12 bezprzestannie przykucniętym do swego łoża boleści.

W zołzach na 110 chorych wyleczyło się w zupełności osób 83, u 25 wystąpiła poprawa, mianowicie w 20 wypadkach bardzo znaczna, w 5 mniej wyraźna, nakoniec w 2 wypadkach nie było żadnej poprawy. Rezultat powyższy jest bardzo pomyślnym; wprawdzie w liczbie wyleczonych znajdowało się 62 wypadki form lżejszych, w których wyleczenie szczególnie przy kuracyach u źródła jest prawem prawie ogólnem, odtrąciwszy zatem te lżejsze formy chorobne, wypadnie w formach cięższych stosunek następujący: na 48 chorych wyleczyło się 21, otrzymało znaczną poprawę 20, u 5 chorych poprawa była nie wielka, a u 2 rezultat kuracyi był ujemny, lecz i ten stosunek, zważając na ciężki przebieg choroby nie można uważać za bardzo niepomyślny, albowiem połowa prawie chorych wyzdrowiała, a zaledwie w siódmej części wypadków rezultat nie był bardzo zadawalniający.

Najuporeczywszemi w zołzach formami chorobnymi, pomijając już cierpienia kości i okostnej były jak i w latach zeszłych zadawnione obrzmienia gruczołów chłonnych, głównie na szyi, szczególnie gdy te ostatnie były znacznie powiększone, twarde i niebolesne; kilkoletnie moje doświadczenie u źródła Soleckiego nauczyło mnie, iż tak olbrzymio powiększone gruczoły, nawet przy bardzo wyraźnej i zupełnie zadawalniającej poprawie w stanie ogólnym, bar-



dzo często pozostawały bez zmiany; w takim razie, bez względu na chwilowo nawet kwitnący stan takich chorych, nie można było uważać choroby za usuniętą, owszem na pewno prawie można było przepowiedzieć, że w następnym roku z nadechodzącą wiosną cierpienie odnowi się na nowo i odnawiając się tak corocznie, ostatecznie podkopie zdrowie chorego: w tym względzie szczególnie był pouczającym dla mnie jeden wypadek obserwowany przez 4 lat z rzędu.

M. B., 16-stoletnia dziewczyna ze Staszowa, przybywszy przed 4-ina laty do Solca przedstawiała wszystkie cechy zolżów tak zwanych odrętwiałych, nos, usta obrzmiałe, gruczoły na szyi powiększone, twarde, niebolesne, skóra blada, ruchy leniwe, apetyt niewielki, stolce opieszale. Przy leczeniu zdrojowem stan ogólny znakomicie się poprawił, lecz obrzmienie gruczołów pozostało prawie w jednej mierze. W następnych dwóch latach chora przybywała zawsze z temi samemi objawami, z tą jeszcze różnicą, że gruczoły z każdym rokiem były coraz więcej obrzmiałe. Poprawa uzyskana przy leczeniu zdrojowem trwała zawsze przez jesień i początek zimy, z wiosną choroba się odnawiała i występowała z każdym rokiem z coraz większem natężeniem; dodać tutaj winniem, że chora, jako należąca do niższej klasy i do tego starozakonna, przebywała w zacisznym, dusznym nieprzewietrzanym mieszkaniu w czasie zimy, jak to jest właściwem tej klasie ludzi i przeważnie żyła kartofflami; wszystkie te warunki tak nieprzyjazne dla zdrowia, nie uciekając się nawet do jakiegoś przewlekłego zakażenia, dostatecznie tłumaczyły ową uporczywość choroby. Ta sama wreszcie chora przybyła i w roku zeszłym, lecz tym razem stan jej był rozpaczliwy, gruczoły na szyi i pod szczęką obrzmiałe do wielkości średniego jabłka i takich guzów po kilka było po każdej stronie, podobne guzy dały się wyczuć pod pachami i w pachwinach. niektóre z nich przeszły w ropienie: owrzodzenia w skutek tego utworzone miały dno szare, słoninowate, sączyły w niewielkiej ilości wodnistą ropę z krwią zmieszaną, brzegi były twarde wywinęte, odżywianie chorej było mocno upośledzone, skóra była ziemista, wieczorami chora gorączkowała; z opowiadania chorej dowiedziałem się, że po powrocie po ostatniej kuracyi czuła się względnie zdrową do zimy, w czasie zimy często doświadczała dreszczy, głównie wieczorami, następnie wystąpił ból głowy, apetyt zginął prawie zupełnie, wkrótce potem chora spostrzegła, iż obrzmienie gruczołów szybko się powiększało, a w końcu potworzyły się owrzodzenia. Regularność dawniej występująca co 4 tygodnie, od pół roku nie pojawiła się wcale. Z innych zmian znalazłem obrzmienie wątroby, nieznaczne powiększenie śledziony i znaczne pomnożenie ciałek białych we krwi. Rozumie się, że w tym stanie chorej o właściwej kuracyi zdrojowej i mowy być nie mogło. Woda solecka, jako potężny czynnik roztwarzający i rozpuszczający, w takich stanach chorobnych, przyspieszając przemianę materyi, niezawodnie spowodowałaby w krótkim czasie wycieńczenie i przyspieszyłaby śmierć chorej, ograniczyłem się tylko na środkach wzmacniających i na miejscowem leczeniu wrzodów, która to jednakże kuracya nie odniosła żadnego prawie skutku i chora opuściła zakład w takim samym stanie, w jakim przybyła. Objawy chorobne



i zmiany anatomiczne spostrzegane u tej chorób w ostatnim roku przedstawiały nam wszystkie znaki, już nie zółzów, jak w początku choroby, ale białaczki (*leukaemia*), mianowicie białaczki limfatycznej; możnaby sądzić, że białaczka w tym wypadku występowała z początku; stanowczego na to dowodu nie można mieć żadnego, lecz rozejrzawszy się bliżej w patogenezie tej ostatniej choroby, można śmiało z najnowszymi badaczami nie uważać jej za żadną swoistą chorobę, zawdzięczającą swój początek pewnemu właściwemu zakażeniu, lecz za następstwo w ogóle wszelkiego wadliwego odżywiania, przy którym pierwiastki zużyte nie wydalają się z ustroju, owszem nagromadzają się w nim, zakażają go, do którego to zakażenia, jeszcze bardziej przyczyniają się przerosty bądź śledziony, bądź jak w tym wypadku gruczołów limfatycznych, przyczyniając się do pomnożenia białych ciałek we krwi.

Mając ten wzgląd na uwadze, zwracam też zawsze pilną uwagę na obrzmienie gruczołów i gdy w pośród leczenia zdrojowego, pomimo poprawy w ogólnym stanie, takowe pozostają w jednej mierze, przystępuję zawsze do leczenia ich miejscowego. W ostatnim roku w tym względzie okazały mi się bardzo skutecznymi wstrzykiwania w miąższ gruczołów kwasu octowego lub roztworu azotanu srebra. Zaczynałem zawsze od zastrzykiwań kwasu octowego. Ten ostatni oprócz krótkotrwałego kłującego bólu nie sprawia choremu żadnych innych dolegliwości; częstokroć po pierwszym najdalej po drugim lub trzecim zastrzyknięciu gruczoły miękkły i rozchodziły się w zupełności. Jeżeli zaś zastrzykiwania te okazywały się bezskutecznymi i gruczoły okazywały raczej skłonność do przejścia w ropienie, nie upierałem się przy nich długo, lecz przechodziłem do zastrzykiwań roztworu azotanu srebra. Oddziaływanie w tym ostatnim razie było o wiele silniejsze, ból po zastrzyknięciu trwał dosyć długo, niekiedy do 24 godzin, odpowiednia okolica ciała mocno nabrzmiwała i obrzmienie takie utrzymywało się 2 do 4 dni; zwykle w miejscu nastrzyknięcia tworzył się nie wielki ropień, po opróżnieniu którego obrzmienie rozchodziło się, a wtedy można się było przekonać, że sam gruczoł znacznie zmalał lub rozszedł się w zupełności; w tym ostatnim wypadku gruczoły zanikają w skutek swego rozpadu i zropienia, po części zaś zapewne w skutek bliznowatego skurczenia się przyległych tkanek. Gruczoły zatem giną w tym razie na drodze zapalenia i ropienia, z tą jednakże różnicą, że gdy ropienia w gruczołach pozostawione naturalnemu przebiegowi trwają zazwyczaj miesiące całe, tutaj sprawa cała kończy się w przeciągu paru tygodni. Rezultat przy zastosowaniu powyższej metody leczenia we wszystkich wypadkach był pomyślny. Pomijając wypadki łżejsze na dowód pomyślnego działania przytoczę wypadek następujący:

M. T., panna, lat 18 licząca, z Sandomierskiego, przybyła w roku zeszłym po raz pierwszy do Solea. Ogólny stan odżywienia u chorób był zadowalniający, głównem tylko cierpieniem było mocne obrzmienie gruczołów szyjowych, szczególnie z prawej strony i podszczękowych na linii pośrodkowej. Obrzmienie to datowało się od lat kilkunastu, lecz dopiero od dwóch lat przyjęło bardzo znaczne rozmiary. Cała okolica przyuszna prawa była mocno wypukłą i nierówną, przy obmacywaniu dawał się wyczuć jakby jednolity guz

złożony z kilku zrazów; przy dokładniejszym zbadaniu okazywało się dopiero, iż guz ten był zbiorem licznych guzików od wielkości wiśni do wielkości orzecha włoskiego; niektóre z tych guzów były większe, chełbozące, inne były bardzo twarde, po nad niektórymi skóra była cienka, przeświecająca i po przez nią dawały się widzieć, a jeszcze lepiej wyczuć stwardniałe, żółto zabarwione ogniska. Podobny zbiór gruczołów, tylko znacznie mniejszych i jednostajnej konsystencji, znajdował się pod szczęką dolną. Z lewej strony szyi i pod pachami gruczoły były mniej obrzmiałe i nie zlane z sobą razem. W rzeczonym wypadku obok kuracyi zdrojowej przystąpiłem od razu do wspomnianych powyżej zastrzykiwań. Rozpoczęłem od zastrzykiwań kwasu octowego, jakkolwiek byłem przekonany, że takowy przy tak znacznem zwyrodnieniu gruczołów pomódz nie może. Po trzech zastrzyknięciach gruczoły podszczękowe znacznie zmiękły i pomniejszyły się w swój objętości, w szyjowych zaś gruczołach z prawej strony zmiana była mniej wyraźną, chociaż i tutaj cały guz znacznie się zmniejszył i w pojedynczych jego oddziałach dało się spostrzegać wyraźne zmięczenie. Niespodziewając się lepszego rezultatu po dalszem zastrzykiwaniu kwasu octowego, przeszedłem do zastrzykiwań roztworu azotanu srebra; już po pierwszym takim zastrzyknięciu wystąpiło umiarkowane ropienie i razem z ropą oddzielały się kawałki masy serowatej; po tygodniu gdy objawy zapalne ustąpiły, ponowiłem zastrzyknięcie, tym razem gruczoły podszczękowe rozeszły się w zupełności, a z jednolitego pakietu gruczołów szyjowych pozostały 3 zupełnie oddzielone guzy, które wielkością nie przechodziły orzecha tureckiego; masa serowata i teraz jeszcze się oddzielała, lecz w znacznie mniejszej ilości; po trzecim zastrzyknięciu i te pozostałe guzy rozeszły się, pozostawiając nieznaczne tylko stwardnienie, przyczem blizny utworzone były bardzo nieznaczne i nie sprawiały najmniejszego oszpecenia. Jednocześnie obok tej poprawy i stan ogólny chorób znakomicie się polepszył i chorą pod każdym względem można było uważać za zupełnie uleczoneą.

O innych działach chorób z powodu wielkiej różnorodności pojedynczych wypadków nie można nic ogólnie powiedzieć, zastrzegając zatem opis do najbliższego numeru *Gazety Lekarskiej* bardziej interessujących wypadków, mianowicie z działu chorób nerwowych i przymiotu, obecnie na tem zamykam sprawozdanie z ubiegłego sezonu.

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

### O zastosowaniu kwasu salicylowego, jako środka przeciwgorączkowego.

Przez Dra C. E. Buss'a w Bazylei.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin* Ziemssen'a i Zenkera).

Podał Dr Henryk Lewenstam.

(*Dalszy ciąg*).

Przy takimże traktowaniu fenolu kali kwasem węglanym tworzy się kwas paroxybenzoesowy, który nie posiada wspomnianych własności kwasu salicylowego.



Odnosnie wewnętrznego użycia Bertagnini podał do wiadomości, że 6,0 kwasu salicylowego w przeciągu 2 dni użyte sprawia szmer w uszach,—że on z moczu po części jako kwas salicylowy, po części jako salicylurowy się wydziela, dawno wiadomo; wydzielenie rozpoczyna się nader szybko, trwa jednak dłużej niż dzień jeden.

Doświadczenia Kolbe go i Thiersch'a w Lipsku robione, pokazały, iż kwas salicylowy jest znakomitym środkiem przeciwgnilnym; zarówno jak kwas karbolowy przeszkadza albo niszczy fermentacją i gnicie. Dodając kwas salicylowy do emulsji słodkich migdałów, zawierającej amygdalinę, zapobiegamy tworzeniu się olejku gorzkich migdałów; mączka gorczyczna w połączeniu z nim nie daje z wolą zapachu olejku gorczycznego; fermentacja cukru winnego nie następuje przy obecności 1<sup>1</sup>/<sub>100</sub> kwasu, a nawet rozpoczęta niweczy się małą ilością kwasu; dodawszy 1<sup>2</sup>/<sub>100</sub> przy 18° do mleka krowiego zwarzy się ono w 36 godzin później aniżeli takaż ilość czystego mleka.

Również kwas salicylowy zapobiega rozkładowi moczu, gniciu mięsa, jaj i t. p. Jako antyseptyk kwas salicylowy ma pierwszeństwo przed karbolowym. Jest bardziej trwałym, z łatwością można nim każdy opatrunek nasycić, nie ulatnia się z niego, jak to ma miejsce przy kwasie karbolowym. Doświadczenia Lister'a pokazały jak trudno ostatni w opatrunku ustalić, co nakoniec zmusiło go zmieszać takowy z żywicą i parafiną (*antiseptischer Mull*). Lecz w ten sposób okazało się niemożliwym do opatrunku tyle kwasu dodać, aby przeszkodzić rozwojowi bakterji i tworzeniu się ropy, co było za cel wytknięte, o czem świadczą nowsze badania i codzienne doświadczenie. Pomimo to, zadawalano się dotychczas dezynfekcyjnym opatrunkiem Lister'a. Prócz tego kwas salicylowy nie posiada drażniącego działania fenolu. Gdy stężony kwas karbolowy jest środkiem silnie zracym, tworzy strupy, nawet rozcieńczony drażni rany, wewnątrz zaś użyty pociąga za sobą katar żołądka, to przeciwnie czysty kwas salicylowy w ustach wywołuje smak nieco kwaskowaty, nie rodrażnia błony śluzowej jamy ustnej i żołądka, nie ma drażniącego wpływu na rany; prócz tego przy pochłonięciu przez rany nawet znacznej ilości tego kwasu nie ma objawów zatrucia.

Thiersch pierwszy używając tego kwasu do opatrunku ran, podając zarazem świetne swe rezultaty, powiada, że dotychczasowe jego doświadczenia upoważniły go do wypowiedzenia, że kwas salicylowy posiada dobre, nie dostaje zaś mu nieprzyjemnych własności kwasu karbolowego. Ponieważ kwas salicylowy nie ma trujących własności fenolu, nie posiada drażniącej i szkodliwej własności na błony śluzowe w ogólności, w szczególności zaś w organizmie jest trwałym, łatwo wsysa się, lecz długo pozostaje i wsławił się jako znakomity środek przeciwgnilny—te okoliczności pozwoliły mi przypuścić, że on w dostatecznej ilości podany powinien zwalczać gorączkę. Postanowiłem to dokładniej zbadać, a potrzebny materiał został mi w tutejszym szpitalu kantonowym w St. Gallen do mego rozporządzenia przez lekarzy dostarczony. Dokonane badania potwierdziły, że kwas salicylowy jest silnym środkiem przeciwgorączkowym, i że takowy w zastosowaniu i działaniu może rywalizować z chininą. Przed rozpoczęciem metodycznego badania należało się przekonać, jakie ilości działają przeciwgorączkowo, czy je organizm może bez szkody znosić i jak dalece można się z dawkami posunąć. 1,0 kwasu salicylowego był bez działania, dodawano ostrożnie po 0,5 i nie zauważano żadnego znaczącego wpływu. Czem większe zaś były dawki, tem ciepłota bardziej się obniżyła. Dla otrzymania największego skutku (*Maximaleffekt*), całą ilość zwykle w jednej dawce podawano wieczorem, w taki sposób jak chininę. 3,0—4,0 w godzinę sprawiały szum w uszach, to miało również miejsce przy większych dawkach. Doświadczenia te wymagały wiele czasu, ponieważ długi przeciąg czasu nie było kwasu salicylowego w czystym stanie.

Dawka kwasu salicylowego jest mniej więcej dwa razy taka, jak chininy, dla tego samego działania przeciwgorączkowego, i jeżeli Jürgensen przy zapaleniu płuc krupowem podaje 5,0 chininy bez szkodliwego wpływu, to możemy zapewnić, że 10,0 kwasu salicylowego prócz szumu w uszach i przemijających nudności nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów; główny zaś nacisk kładziemy na to, iż trawienie w niczem nie zostaje upośledzonym.

Nasza chora, która największe dostawała dawki nie miała nigdy obłożonego języka, w dniu nawet zażycia stosunkowo był u niej dobry apetyt. Najzupełniej jesteśmy przekonani, że wspomnianą dawkę możemy powiększyć bez wywołania objawów



otrucia, jakkolwiek niczem nie byliśmy powodowani, aby oznaczyć największą dawkę (*Maximaldosis*).

Niższa granica odpowiada mniej więcej 2,0, tak jak dla chininy 1,0. Zwykle jednak dawki stosownie do natężenia gorączki bywają powiększane. W ogóle możemy powiedzieć, że większe dawki wywołuje odnośnie i większe obniżenie ciepłoty, nie zwiększając nieprzyjemnych skutków i ponieważ większe dawki nie pociągają za sobą żadnego niebezpieczeństwa, nie należy się obawiać upadku sił, przeciwnie, przyzwyczajeni jesteśmy przy większych dawkach otrzymywać zadawalniające rezultaty.

Nasze zwykle dawki 4,0—8,0 raz lub dwa razy dziennie podawane stosownie do indywidualności i natężenia gorączki nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa; z drugiej zaś strony można zupełnie polegać na ich działaniu przeciwgorączkowym.

Staraliśmy się w krótkości skreślić nasze spostrzeżenia nad działaniem kwasu salicylowego, jednak uprzedzamy, iż nie byliśmy w możności zbadać je we wszystkich kierunkach, i że przeważnie zwróciliśmy uwagę na przeciwgorączkowe własności kwasu salicylowego, gdyż dla zbadania innych fizjologicznych własności czas był zbyt krótki.

Kwas salicylowy inaczej działa na zdrowych, mianowicie niegorączkujących, inaczej na gorączkujących.

1. Niegorączkującym podawaliśmy mniejsze dawki niż gorączkującym. Większe dawki przy gorączce nie pociągają za sobą złych skutków, przeciwnie, przekonaliśmy się, iż te same dawki (2,0 i większe) u zdrowych mogą wywołać groźne objawy, głuchotę, osłabienie nóg, obłąd, i że śród nagłego upadku sił i drgawek następowała w niektórych wypadkach śmierć. Tem powodowani ograniczyliśmy się mniejszymi dawkami i za największą dawkę u zdrowego oznaczyliśmy 4,0. Zauważono przytem następujące objawy: niesmak, niezadługo po zażyciu napływ krwi do głowy; twarz a potem i cała skóra daje subiektywne uczucie ciepła, niekiedy występuje lekki pot, wzrok i słuch są wtedy upośledzone; nudności miały miejsce tylko w jednym wypadku, w innych nie dostawało objawów ze strony przewodu pokarmowego. Po 3,0 u niektórych osób występował po 2—3 godzinach szum w uszach, po 4,0 w 2 godziny regularnie to zauważano, i zwykle po 6 godzinach ustępowało. Głuchotę po tych dawkach zauważano tylko w jednym wypadku. Wessanie następuje zbyt szybko, i w jednym wypadku, w którym przedtem umyślnie diurezę powiększyłem, otrzymałem po upływie 7½ min. niepewną, po 10-ciu zaś pewną reakcją na kwas salicylowy.

W tymże wypadku po 32 godzinach znalazłem jeszcze w moczu ślady kwasu salicylowego; pośrodku tego czasu reakcja była tak nieznaczna, że płyn w naczyniu był zupełnie nieprzezroczysty, po dodaniu znacznej ilości roztworu trójchlorku żelaza. Stan ogólny za wyjątkiem pierwszych 15-tu minut nigdy nie podlegał znacznym zmianom.

Zbadaliśmy jeszcze wpływ kwasu salicylowego na ciepłotę i częstość tętna, gdy tymczasem porównawcze badania z chininą u zdrowego nie doprowadziły Liebermestera do zasługujących na uwagę i pewnych zmian. Nasze badania pokazują, iż nie może być mowy o jakimkolwiek godnem uwagi obniżeniu ciepłoty i zmniejszeniu częstości tętna, w ogóle nie ma pewnej i charakterystycznej zmiany, wniosek ten zasada się na mierzeniu ciepłoty u kilku bezgorączkowych, których leczono kwasem salicylowym, i u których nawet zważając na wahaniaienne (*Tagesfluctuation*) żadnego wpływu nie spostrzegano.

Bischoff Jan, tragarz, St. Gallen, 45 lat wieku, był przyjętym 21 października 1874 r. zachorował przed 8 dniami. *Rheumatismus articulorum chronicus*. Chory silnie zbudowany, już kilka razy zapadał na ostry reumatyzm, podczas przyjęcia ostatniego były stawy stóp i kolan bolesne, po zmniejszeniu się zaś natężenia choroby, pozostała tylko bolesność na zewnętrznej stronie prawego kolana, co przeszkadzało wstawać choremu. Serce nie przedstawiało nic nienormalnego. Po miesiącu ciepłota była normalną, również nie dostawało innych godnych uwagi objawów.

W poniżej zamieszczonej tablicy oznaczyliśmy odznaczającemi się cyframi ciepłotę odpowiadającą równoczesnemu podaniu środka przeciwgorączkowego.

Styczeń.	6	7	8	9	10	11
Godzina.						
7	—	37,0	37,2	37,0	36,6	36,7
11	—	37,2	37,2	37,1	37,0	37,0
3	—	37,4	37,2	37,1	37,1	37,5
7	37,2	37,8	36,9	37,0	37,0	37,4
11	36,8	36,8	37,1	37,2	37,2	37,5
			3,0 ac. sal. (1 godz.)		3,0 ac. sol. (4½ godz.)	

Pierwsza dawka była podana o godzinie 1-ej po południu 8 stycznia na raz, dzień przedtem zaś dokładnie mierzono ciepłotę; druga dawka 10 stycznia o godz. 4¼ po poł. Zważając, iż ciepłota w obu razach zupełnie zgadza się z ciepłotą d. 9 stycznia o teje godzinie, i że kwasu salicylowego tegoż dnia nie dawano, to pokazuje się, iż nie nastąpiło obniżenie ciepłoty. Ponieważ obniżenie ciepłoty dnia 9 stycznia nie można przypisać działaniu kwasu salicylowego, podanego 8 stycz., 11 bowiem ciepłota jest wyższą niż 10-go, pomimo to, iż 10-go także ilość kwasu była podana w cztery godziny później aniżeli 8 stycznia.

Meili Marya, służąca, St. Gallen, 38 lat wieku; wstąpiła 14 stycznia, zachorowała przed 8 dniami; *Cat. gastricus*. Chora zdrowego wyglądu, skarży się na silne bóle głowy, brak apetytu; język obłożony wilgotny, nudności nie ma, wypróżnienia skąpe.

Po zupełnem ustąpieniu powyższych objawów, był chorą dwa razy podany kwas salicylowy. Poprzednio istniejący katar żołądkowy nie wznowił się po kwasie salicylowym; chora wypisała się 20 stycznia zdrową.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*

## Wiadomości bieżące.

— Przyczynek do etiologii dusznicy bolesnej. Według G. Sée'a (*France méd.* N. 26 i nast.—*Berlin. klin. Woch.* 1876 N. 18) dusznica bolesna nie polega na prostej nerwicy, lecz na ischemii serca. Do przyczynowych okoliczności należą przede wszystkim mechaniczne zmiany w tętnicach wieńcowych, potem zwyrodnienia mięśnia sercowego i rozszerzenia jam sercowych; w drugim rzędzie należałoby uwzględnić czysto funkcjonalne zaburzenia w tętnicach wieńcowych, jak u palących mocno, histeryczek i t. d. Wszakże w najczęstszych wypadkach zachodzi rzeczywiste obrażenie organiczne. Z tej ischemii serca Sée wyjaśnia sobie wszystkie zjawiska pojedyncze, które stanowią napad i przyczynę śmierci. Jeśli mięsień sercowy i z nim zakończenia nerwu błędnego otrzymują mniej krwi, natenczas w ostatnich wytwarzają się bóleści z niedokrwistej przyczyny; równym sposobem powstaje uczucie duszenia (*angor*). To drażnienie czuciowych nerwów pobudza drogą odruchową gałązki ruchowe nerwu błędnego, w następstwie czego wolniej tętno pod koniec napadu i w końcu przerywają się skurcze serca; później nerw błędny popada w wycieńczenie i następuje widywane w końcu przyspieszenie tętna. Bolesne rozpromienianie ku barkom, ku ramieniom i ku innym okolicom ciała Sée tłumaczy przez centralne przechodzenie z pierwotnie podrażnionych włókien nerwowych na rozmaite inne nerwy czuciowe. Co do leczenia, to Sée zaleca usilnie podczas napadu podskórne zastrzykiwania morfiny albo wodań chloralu (2—3 gramów) jako lewatywę; *spiritus Mendereri* (*Liq. amon. acet.* rozcieńczony równą częścią wody) w 6—8 gramach znakomite oddawał usługi w niektórych wypadkach. W chwilach wolnych od napadu Sée podaje naprzemian *kali bromatum* i *digitalis*, zaleca spokojny, umiarkowany sposób życia, zabrania tabaki, herbaty i kawy, a z napojów wysokowych zezwala tylko na małe ilości wina.



— **Kiła złosliwa.** Przez Dra Guibont (Union med. 1875. Nr. 62—Med. chir. Rundschau 1876. z. 1 p. 48.). Kiła wskazuje albo już wczesnie podczas swego trwania pewną złosliwość (*s. maligna precox* lub *primitica*), albo takowa osiąga dopiero w następstwie własnego działania na organizm (*s. maligna tardiva* lub *consecutiva*). W ostatnim wypadku wystąpienie jej bywa po większej części nagłem; podczas dobrego przebiegu jednego z zwyczajnych objawów zakorzenionej (*constitutionalis*) kiły wystąpiły nagle zaburzenia w ogólnym stanie, które wstrząsały organizm w wysokim stopniu i niekiedy życiu zagrażały, albo też owe lekkie objawy, niekiedy nawet cierpienie początkowe, przybierały nader złosliwy charakter (wyzerający). Przyczyną takiego przebiegu bywa niekiedy przedwczesne przerwanie leczenia albo zupełne zaniedbanie tegoż. już odziedziczona słaba konstytucya, niestosowny sposób życia, zbytne wysilenia, niedostatek lub choroby jakie, wyniszczające zdrowie. Niekiedy jednakże niepodobna dowieść żadnych z tych chorób; natenczas za takową uważać należy szczególną skłonność albo szczególną jakość jadu, który się dostał do ciała, albo wreszcie zbyt wielką tegoż ilość. Rokowanie bywa bardzo niepomyślnem z powodu powikłań towarzyszących tym złosliwym formom kiły, jako to bezprzestannéj gorączki, nadzwyczajnéj słabosci, upadku sił, zaburzenia w trawieniu, zmniejszenia się apetytu, rozwolnienia. Do tego przychodzi jeszcze, że się chorzy sami zatrują oddechając powietrzem zakażonem przez przez zawieszane w powietrzu cząsteczki wydzielin od osutek (*efflorescentia*) rozwijających się na rozmaitych miejscach ciała, wyglądających zło i bezprzestannie wydzielających, które prócz tego dolegają tak samodzielnie, jak za dotknięciem i z tego powodu zaburzają sen. Leczenie winno być skierowanem głównie na podniesienie sił i na usunięcie zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia. Z tego powodu przedewszystkiem nie przepisuje się żadnych specifica, lecz stara się o dobre powietrze i odpowiednią higienę, podaje tonica, stare wino, chininę, mocne zupy. Zbyt silne wydzieliny należy wstrzymywać przez odstrigentia, a odrazliwej woni zapobiegac przez *alcoholica* i *aromatica*. Dla podniesienia apetytu podaje się gorzko-aromatyczne napary. Dopiero po polepszeniu się ogólnego zdrowia stosuje się specifica i przy formach z wrzodami podaje *Kal. jodatum* (0,5 gm. pro dosi) najprzód raz, potem trzy razy dziennie, *protojoduretum hydrargyri*, jeśli się chce oszczędzać żołądek i jelita, wcierania *ungu. neapolitanum* dwa dni po sobie, trzeciego dnia następuje kąpiel siarkowa, potem znowu dwa dni wcierania i t. d. Zewnętrznie należy dbać o jak największą czystość, często się kąpać i zmywać ciało. Autor jest przeciwko temu, ażeby odrywać strupy wrzodów, ponieważ zasłaniają utraty istoty. Jeśli się oddzielają przed zabliznieniem, to trzeba zastosować pobudzające środki opatrunku: *ungt. styracis*, roślinny węgiel sproszkowany, chininę, kamforę, jodoform, stosownie rozrzedzoną nalewkę jodową, aromatyczne wino, spirytus kamforowy, albo należy użyć stosownych okładów rozmiękczejących.

— **Przyczynek do leczenia miodnicy za pomocą gliceryny.** Przez Dra J. Jacobsa (Virchow's Archiv LXV. p. 481 — Centralblatt 1876. Nr. 16). Autor spostrzegł u dwóch pacjentów, którzy prawie to samo brali pożywienie, że po dłuższem używaniu gliceryny według przepisu Schulzena zmniejsza się wydzielanie cukru, zwiększa ciężar ciała i poprawia ogólny stan zdrowia, wszakże tylko na czas przemijający. W pierwszym wypadku codzienne wydzielanie cukru ze 261,9 gm. (przecięciowej ilości z ośmiu dni) spadło po 6-ciotygodniowem zażywaniu gliceryny na przecięciowo 71,7 gm. i wzrosło potem znowu do 144,2 gm. W drugim wypadku spadło ono z przecięciowo 188,3 gm. po 4 tygodniach na 64,2 gm. i wzrosło później do 97,8 gm. W ogóle środek ten znosili chorzy dobrze. Autor uważa oba wypadki za ciężkie, ponieważ przy wyłączeniu roślinnego pożywienia pierwszy chory raz w jednym dniu wydzielił cukru jeszcze 38,8 gm., a drugi w 48 godzinach jeszcze 82,5 — 83,3 gm. i ponieważ po dodaniu kwasu solnego do moczu nie wydzielił się kwas moczowy. Rzecz wspomnienia godna, że w obu wypadkach ciężkość gatunkowa moczu wzrastała, gdy spadała ilość cukru i odwrotnie.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Sto Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 11 (23) Мая 1876.