

Przeгляд Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyjja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyjja:
ulica Stawkowska Nr. 277.

Ekspedycyjja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyjja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyjja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	Rocznie	w Austrii	8 zlr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	18 mk.	we Francji	24 fr.
	Półrocznie	"	4 " 40 "	"	" 3 "	"	9 "	"	12 "
	Kwartalnie	"	2 " 20 "	"	" 1½ "	"	4½ "	"	6 "

Kraków, 2 Marca 1878.

Nr 9.

Rok XVII.

TREŚĆ: I. RYDYGIER. Nowy sposób leczenia sustawów wrzekomych. — II. RASP. Ciężka obca w przewodach słuchowych zewnętrznych oraz sposoby ich doływania. — III. REIFER. Śmierć z ujęcia krwi u noworodka. — IV. *Oceny i sprawozdania*: O metaloskopii i metaloterapii zastosowanej do leczenia ciężkiej formy macinnictwa, sprawozdanie Dra Ponikly. KRULL. WEISS. — V. *Posiedzenia towarzystwa*: Towarzystwo lekarskie krakowskie. — VI. *Odcinek*: Klaudyjusz Bernard †. — VII. *Wiadomości bieżące*.

I. Nowy sposób leczenia sustawów wrzekomych.

Skręślił Dr. Rydygier w Jenie.

Podczas ostatniego Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie kilku kolegów zwracało uwagę na to, że teraz używając oprawy przeciwnilnej, doznawają często zawodu przy leczeniu sustawów wrzekomych sposobem Dieffenbacha, który polega na wbijaniu czopków z kości słoniowej w końce złamanej kości i dotychczas ze wszystkich środków zalecanych przeciwko sustawom wrzekomym najlepiej i najpewniej skutkowało. Jako przyczynę tych zawodów podawano to, że właśnie pod oprawą przeciwnilną odczyn zapalny albo wcale nie występuje, albo zbyt słabo.

Spostrzeżenia te opowiadali koledzy więc w tym celu, żeby dowiedzieć, jak dalece skuteczną jest oprawa przeciwnilna, jeżeli tak znaczne rękoczyny, jak wbijanie czopków z kości słoniowej w kość nie wywołują żadnego odczynu zapalnego. Mnie one oprócz tego pod innym jeszcze względem zajmowały, leczylem bowiem wówczas już blisko od roku przypadek stawu wrzekomego, który mi dużo kłopotu narobił swą uporczywością, gdyż wszystkie zwykle zalecane środki, a pomiędzy nimi i sposób Dieffenbacha pozostały bez skutku, aż wreszcie użyłem nowego sposobu, o którego ogólnej przydatności później starałem się przekonać na drodze doświadczenia i ten pomyślnym skutkiem został uwieńczony. Zanim przystąpię do opisu moich doświadczeń, opowiem wyżej namieniony przypadek:

Ernestyna Küsterówna, 15 lat licząca, przedstawiła mi się w ostatnich dniach sierpnia 1876 r. ze stawem wrzekomym lewej nogi. Przed rokiem niespełna zeskakując z drabiniastego wozu będącego w dość szybkim ruchu zaplątała się prawą nogą w koło od wozu, a zanim zdolano na jej krzyk wóz zatrzymać, już ją kawał drogi ze sobą powłóki; po wydobyciu nogi z koła, chora nie mogła na nią wcale postąpić. Po czterech dniach zawiązywany lekarz znalazł złamanie obu kości nogi po nad dolną trzecią częścią odnogi i założył oprawę z leszczotek; pomimo, że po kilku dniach

oprawa już nie przylegała szczerlnie do nogi, nie posłano po lekarza, dopiero po kilku tygodniach pomiarkowano, że kość nie zrosnięta w miejscu złamania się porusza. Wówczas zawiązywany lekarz założył oprawę gipsową, którą następnie jeszcze dwa razy zmieniał, tak że przez 10 tygodni złamana odnoga znajdowała się bez przerwy w oprawie gipsowej; pomimo to ruchomość niezmięszyla się, lecz pozostawała w tym samym stopniu po zdjęciu ostatniej oprawy, jaką była przed założeniem pierwszej. Zniecierpliwiona i zrozpaczona chora przez kilka miesięcy wcale się nie leczyła, aż wreszcie w końcu sierpnia 1876 r. namysłiwszy się przybyła do mnie szukać pomocy.

Chora opowiada, że w dziecięcych latach nigdy żadnej ważniejszej choroby nie przeżywała, kilka razy tylko po zazięczeniu cierpiała na nieżyt i kaszel. Dalej podaje, że się dość późno chodzić nauczyła i zawsze tak jak teraz była słabowitą; rodzice jej żyją do dziś dnia, oboje są zdrowi. Badając chorą nogę znalazłem — jak się to już powyżej rzekło — goleń i piszczel złamane po nad dolną trzecią częścią i w tym miejscu staw wrzekomy już blisko od roku istniejący; chora mogła tylko za pomocą dwóch kul chodzić, a utrzymując się z pracy rąk w polu, błagała usilnie o pomoc.

Po krótkim namyśle postanowiłem leczenie rozpocząć od środka najłagodniejszego, a dopiero gdyby ten zawiódł, chwycić się energiczniejszych, choć cokolwiek niebezpieczniejszych, ale za to pewniejszych co do skutku.

Stosownie do tego planu rozpocząłem leczenie od rozdarcia tkanki łącznej pośredniczącej pomiędzy końcami odłamków, zginając podudzie w miejscu złamaniem silnie przez kolano a następnie nałożyłem dokładnie przylegającą oprawę gipsową. Po 4 tygodniach oddalwszy takową, przekonałem się, że ruchomość wcale się nie zmniejszyła.

Drugim środkiem, jaki zastosowałem, był sposób Dieffenbacha. Chcąc chorą ochronić przed niebezpieczeństwem tego sposobu leczenia użyłem oprawy przeciwnilnej; niestety i ten środek zawiódł.

Również bez skutku pozostał dość niebezpieczny sposób Sommeo, który zaleca za pomocą druta srebrnego tkanekę

łączną pośredniczącą pomiędzy odłamkami zwolna przerznąć i w ten sposób wywołać zapalenie. I tutaj użyłem oprawy przeciwnie, żeby się zabezpieczyć przed zbyt wielkiem a niebezpiecznem często zapaleniem.

Wtenczas nie wiedziałem jeszcze, że postępowanie przeciwnie zmniejszając niebezpieczeństwo powyższych sposobów, zmniejsza zarazem ich pewność w działaniu; dowiedziałem się o tem — jak to już na wstępie namieniłem — dopiero na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich.

Nie chcąc dłużej męczyć chorą innemi jeszcze zalecanemi sposobami, jak np. zaprowadzeniem zawłoki i t. p. sposobami nie mniej niebezpiecznemi a jeszcze mniej pewnemi niżli użyte dotychczas, za jedyny sposób wprawdzie równie niebezpieczny ale za to przynajmniej obiecujący pomyślniejszy skutek uznałem wypilowanie. Sposób ten atoli oprócz znacznego niebezpieczeństwa ma jeszcze tę wadę wielkiej wagi mianowicie przy dolnych odnogach, że po jego użyciu zwykło pozostawać znaczne skrócenie odnogi; ta właśnie okoliczność skłoniła mnie do użycia nowego sposobu zasługującego na dalsze zastosowanie, który wykonany z przeciwną oprawą nie przynosi żadnego niebezpieczeństwa dla operowanego, a doprowadza zwykle do pożądanego skutku bez skrócenia operowanej odnogi.

Sposób ten jest następujący: Cięciem podłużnym w kierunku osi kości poprowadzonym w odpowiedniej długości rozdziela się skórę i części miękkie aż do kości nienaruszając wcale okostnej, następnie staramy się ile możności końce odłamków oddzielić od części miękkich, żeby jak największe płaty okostnej tak od górnego, jako i od dolnego odłamka można było oddzielić; podstawa tych płatów, które jużto po dłużno-czworoboczne, jużto podłużno-okrągławe być mogą, znajduje się blisko końca odłamków i pozostaje po obu stronach w związku z resztą okostnej. Przewracając płaty, górny na dół, a dolny do góry, możemy je równocześnie około ich osi przekręcić tak, iż wewnętrzna przedtem do kości przylegająca strona, pozostanie na zewnątrz zwróconą. Nieraz zdarza się, że oddzielając końce odłamków od części miękkich znajdziemy pomiędzy nimi resztki mięśni, które weisnąwszy się pomiędzy końce złamanej kości staw wrzekomy wywołały, albo też natrafimy znaczną ilość pośredniczącej tkanki łącznej; natenczas wypada dla pewniejszego skutku tę tkankę, jako też i mięśnie wyciąć, co zwykle łatwo się udaje.

W przypadku opisanym uważałem ten sposób jako zasługujący na pierwszeństwo przed wypilowaniem z następujących przyczyn: po pierwsze jest łagodniejszy, gdyż nie obraża się kości; powtórnie nie sprowadza skrócenia odnogi, co mianowicie przy dolnych odnogach, jak w naszym przypadku, jest wielkiej wagi. Z tych przyczyn zatem użyłem opisanego sposobu z pożądanym skutkiem. Po zdjęciu pierwszej oprawy czulem już tylko małą ruchomość na miejscu złamania, która pod następną oprawą zupełnie ustąpiła, tak, że po dwóch miesiącach chora już bez kul chodzić mogła.

Ośmielony tem powodzeniem przedsięwziąłem szereg doświadczeń poniżej opisanych, chcąc tą drogą przekonać się: 1) o nieszkodliwości tego sposobu, 2) o jego pewności w skutku. Doświadczenia moje robiłem na królikach, gdyż psy, których z początku chciałem użyć do doświadczeń, były bardzo niespokojne.

Chcąc mieć znaczny materiał doświadczalny, 28 królikom łamałem odnogi w różnych miejscach w ten sposób, że każdy królik tylko jedno miał złamanie; podczas łamania starałem się ile możności jak najdalej od siebie oddalić zla-

mane końce, żeby zapobiedz ich zrośnięciu. W tymże samym celu pozwoliłem królikom biegać po izbie bez oprawy, tylko od czasu do czasu wykonywając ruchy na miejscu złamania, żeby oddalenie odłamków utrzymać i zrośnięciu ich zapobiedz. Pomimo tych środków zrosły się prędzej lub później wszystkie kości złamane z wyjątkiem dziewięciu królików, u których od samego początku oddalenie było bardzo znaczne, z tego powodu pomijając wszystkie inne przypadki doświadczenia, które się nie udały, opiszę pokrótce tylko te, w których się rzeczywiście udało wywołać staw wrzekomy.

Doświadczenie 1.

Do tego doświadczenia użyłem wielkiej, białej samicy, u której staw wrzekomy znajdował się na prawej kości udowej; oddalenie końców odłamków pozostało bardzo znaczne; zdaje się, że pomiędzy nie weisnęły się włókna mięśni. Operację stawu wrzekomego wykonałem tak w tym przypadku jako i w następnych przy użyciu rozpylonego kwasu karbolowego (*Karbolspray*), a następnie założyłem oprawę przeciwną.

Cięciem podłużnym w kierunku osi długości rozdzieliłem skórę i części miękkie ponad stawem wrzekomym, następnie starałem się zbliżyć koniec dolnego odłamka znajdującego się znacznie na zewnątrz do górnego; przytém przekonałem się, że rzeczywiście pomiędzy końcami odłamków znajdowały się włókna mięśniowe. Po wycięciu tychże i dokładnym złożeniu końców odłamków wykroilem z górnego i dolnego płatu okostnej w postaci powyżej opisaną i wyróciłem dolny ku górze, a górny ku dołowi; ranę w skórze zeszyłem katgutem, a na to założyłem oprawę Listrową. Odnogę ostatecznie unieruchomiłem w następujący sposób: pudełko drewniane odpowiednie do wielkości królika użytego do doświadczenia tak urządziłem, że w przedniej jego ścianie znajdował się otwór, którymby królik powietrze i pokarm mógł dostawać, po obu stronach dna znajdowały się podłużne dziury, przez które można było po nad grzbietem królika przeprowadzić tasiemkę dającą się mocniej lub słabiej przyciągnąć i pod dnem pudełka zawiązać tak, że królik zupełnie spokojnie na miękkim wysłanem dnie musiał siedzieć; w tyle był otwór do wydalania odchodów. Pudełko w ten sposób dające się urządzić łatwo i z małym kosztem mogę polecić do przytrzymania królików, którym oprawę jaką założyliśmy, inaczej bowiem starają się od niej zwolnić, co im się też zwykle udaje. Końce odłamków unieruchomiłem nakładając na oprawę Listerowską z boków dwa paski tektury przymocowane długą opaską muslinową mocno nakrochmaloną, którą się odnogę okręca. Tak opatrzonego królika pozostawiłem przez 20 dni w pudełku, poczem dopiero zdjąłem oprawę. Wówczas przekonałem się, że rana *per primam intentionem* się zagoiła i staw wrzekomy już nie istniał.

Doświadczenie 2.

W tym przypadku staw wrzekomy znajdował się na lewem podudziu u wielkiego szarego królika od przeszło trzech miesięcy. Tutaj także rozdzieliłem cięciem podłużnym części miękkie aż do okostnej bez naruszenia tejże. W ten sposób zawsze postępowałem, a to głównie z tej przyczyny, aby ile możności jak najszersze płaty okostnej wykroić obok niezbyt długiego nacięcia podłużnego. Oddzielając bowiem po obu stronach cięcia podłużnego ile możności szeroki płat okostnej tak, że cięcie przypada mniej więcej na jego środek, nietylko trudności będziemy mieli w wykrojeniu szerszego

platu okostnej, jak gdybyśmy cięcie podłużne zaraz przez okostną poprowadzili, w takim razie pozostałoby nam pole operacyjne tylko po jednej stronie, co by znacznie operację utrudniło, gdyż wykrojenie szerokiego platu okostnej ku jednej stronie pod skórą lub pod mięśniami nie jest wcale łatwem. Nadto nie powinny cięcia boczne odgraniczające płatek okostny sięgać aż do końca odłamków, mają bowiem boczne mostki łączące podstawę platu z resztą okostnej po obu stronach, a prowadząc podłużne cięcie aż przez okostną już po tej stronie połączenie platu przecięlibyśmy. Tak górny jak i dolny płatek wykroilem z przedniej powierzchni goleni. Wykrojenie platu z piszczeli byłoby zbyt trudne, albo wcale nie potrzebne, gdyż wiemy z doświadczenia, że przy stawach wrzekomych goleni i piszczeli zupełnie do wyleczenia wystarcza wypilowanie końców odłamków samej goleni i dokładne ich złożenie. Pomiędzy końcami odłamków znajdującą się tkankę wyciąłem a nawet równocześnie oba końce oskrobałem. Oprawę zresztą w ten sam sposób założyłem, jak przy pierwszym doświadczeniu.

Po 18 dniach zdjąłem oprawę, zastałem atoli jeszcze nieznaną ruchomość w miejscu złamania. Założywszy świeżą oprawę niezamknąłem już królika do pudełka, lecz pozwoliłem mu po stajni biegać. Gdy po dwóch dniach wszedłem do stajni, spostrzegłem, że królik już oprawy na nodze nie miał, zdołał się bowiem od niej uwolnić; pomimo to stęzła kość na miejscu złamania, a nareszcie zupełnie się zrosła.

Doświadczenie 3.

Królikowi dość małego złamałem prawą kość udową. Po wykonaniu operacji w podobny sposób, jak przy pierwszych doświadczeniach i założeniu tejże samej oprawy przy-mocowałem królika w pudełku, po czterech dniach znalazłem go nieżywego. Przy badaniu pośmiertnym na miejscu operacji nie uwagi godnego nie znalazłem, mianowicie nie było tam ani śladu ropienia, tylko w płucach były liczne serowate ogniska, które prawdopodobnie już przed operacją istniały i śmierć spowodowały.

Doświadczenie 4.

Wielki, szary królik, miał staw wrzekomy na prawem przedudziu powyżej środka kości, górny odłamek goleni zakończył się ostro ku przodowi i groził przebicciem skóry. Cięcie podłużne zrobiłem eokolwiek ku wewnątrz od wystającego ostrego końca odpowiednio środkowi przedniej powierzchni kości goleniowej; po wydobyciu dolnego odłamka znacznie ku tyłowi i na bok przesuniętego i od górnego znaczną ilością tkanki łącznej (którą wyciąłem) oddzielonego, starałem się oba końce odłamków dokładnie złożyć. Ponieważ pomimo to pozostała wielka skłonność do usuwania się, a ostre konice i nadal groził przebicciem skóry, odejąłem go kleszczykami, następnie dopiero wykroilem zwykle płaty okostnej i założyłem powyżej opisaną oprawę. Oddaliwszy ją po trzech tygodniach znalazłem już kość na miejscu stawu wrzekomego należycie zrosniętą.

Przypadek ten przedstawia rodzaj połączenia mojego sposobu z wypilowaniem końców odłamków.

Szczegółowy opis następnych pięciu przypadków pomijam, nie chcąc nużyć czytelników powtarzaniem podobnego sposobu postępowania, namieniam tylko, że w 7, 8 i 9 doświadczeniu nie używałem Listerowskiej oprawy, lecz zastósowałem nowy środek przeciwny, to jest saletrę (*kali nitricum*), którego działanie przeciwny przez kilka miesięcy

przy łaskawej pomocy prof. Hüttera badałem. Doświadczenia te później ogłoszę, tu tylko namieniam, że operacje wykonywałem przy użyciu rozpylonego roztworu saletry, a do oprawy użyłem umyślnie na ten cel przyrządzonej juty z 5% roztworu saletry.

Już w tym miejscu namieniam, że saletra pomimo iż posiada własności przeciwny, nie może być zalecaną do użycia u ludzi, sprawia bowiem tak silne bóle, że jej po mniejszych nawet operacjach nie mogli znieść użytej do oprawy ran, lubo te goiły się pod nią bez ropienia.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Ciała obce w przewodach słuchowych zewnętrznych oraz sposoby ich dobywania.

Skreślił Dr. Henryk Rasp,

c. k. lekarz pułkowy.

Przewody słuchowe zewnętrzne są bardzo często siedzibą ciał obcych, zkad następnie muszą być wydobyte. U osób dorosłych dostają się ciała obce do przewodów słuchowych zwykle przypadkiem lub bezwiednie (np. we śnie), u dzieci zaś najczęściej przez swawolę innych dzieci podczas zabawy.

Umiejscowienie przewodów słuchowych z boku głowy, ich lekkość budowa, brak zdziergacza, prawie zupełna nieruchomość małżowin, usposabiają je więc, aniżeli inne przewody i otwory do łatwego dostawiania się w nie ciał obcych; małe włoski przy wejściu nie stawiają zapory nawet drobnym owadom.

Dotychczas przeróżne ciała obce znajdowano już w uszach, jak: wodę, ziemię, piasek, kamyczki, paciorki, kosteczki, kawalki ołówków, główki zapalek, ziarnka, pestki, włosy, zęby, robaczki i owady. Naturalnie wszystkie te ciała aby się mogły zmieścić w przewodzie, muszą być przynajmniej w jednym wymiarze mniejsze, aniżeli światło jego.

Następstwa znajdowania się ciał obcych w przewodach słuchowych zależą zawsze od ilości, wielkości i jakości tychże. Niekiedy przez długi szereg lat wcale żadnych albo mało tylko znaczne wywołują zmiany chorobowe i dolegliwości, czasami zaś spowodują najrozmaitsze cierpienia groźne, a nawet śmiertelne. Zważając na ich budowę anatomiczną można się spodziewać przedewszystkiem skutków pochodzących od bezpośredniego zadrażnienia lub ucisku błony wyścielającej; zatem przekrwienia, zapalenia, ropienia części miękkich, potem twardawych; następnie przebiccia bębienka; zniszczenia kostek słuchowych, ślimaka, błędnika, próchnienia kości skalistej itd. Zmianom tym chorobowym zazwyczaj towarzyszą: dokuczliwy ból w uchu i w odpowiedniej połowie twarzy, zawrót głowy, kaszel, kichanie. Czasem występują objawy podrażnienia lub porażenia w obrębie gałęzi obwodowych nerwu trójdzielnego i błędnego jako drgawki twarzowe, kureze krtaniowe, przeponowe, żołądkowe i połowicze odnóg, a niekiedy i ogólne cierpienia nerwowe odruchowe (*Reflexneurosen*), jako padaczka, nie- i przeczulica, porażenia połowicze będące następstwem obecności ciał obcych w przewodach słuchowych. Jak w jednym tak i w drugim kierunku znane są w literaturze wybitne przykłady, z których tu kilka przytaczam: 1) Dr. Rein (*Prag. Ver. Ztg 1862*) znalazł kiel ludzki nadpróchniały w przewodzie usznym, który tam od 40 lat bez sprawienia najmniejszej dolegliwości spoczywał. 2) Michel

(*Allg. Wien. Med. Ztg.* 1862) opisuje przypadek, w którym walczkowaty kawałek grafitu $4\frac{1}{2}$ '' długi a 3'' gruby, 2 lata bez żadnych złych następstw w uchu pozostawał. 3) Dr. Politzer (*Moos, Ohrenheilkunde*) wyciągnął z ucha pewnemu lekarzowi po 22 latach kawałek ołówka 12'' długi a 3'' gruby. 4) W otyjatriyce Toynbyego wspomniany jest przypadek, gdzie główka zapalki fosforowej przez 15 lat w woskowinie ugrzęzła i tkwiła. 5) Ja wydobyłem z ucha żołnierza ziarnko kukurydzy, które od 10 lat mu w uchu pozostawało i oprócz przytępienia słuchu żadnych innych złych następstw nie wywołało.

Takie pomyślnie atoli przypadki należą zawsze do rzadkich: o wiele więcej jest zaznaczonych w literaturze z niepomyślnym przebiegiem. 6) Arnold (*Moos, Ohrenheilkunde*) opisuje przypadek, w którym dziewczynka przez dłuższy czas doznawała kaszlu, wymiotów, przytęm widocznie chudła; trwało to tak długo, dopóki nie wydobyto jej z obu przewodów usznych po ziarnku fasoli, które od kilku lat tam tkwiły. Wydobyciu towarzyszył silny kaszel, wymioty i kichanie, poczem zupełnie wyzdrowiała. 7) Toynbee (*Moos, Ohrenheilkunde*) podobne przypadki chorobowe uważał w skutek kawalczka kości w uchu. 8) Tröltsch (*Chirurgie von Pitha u. Billroth*) podaje, iż Fabricius Hildanus wyleczył dziewczynkę cierpiącą na padaczkę, zanik jednej odnogi górnej i nieczulicę połowiczą, gdy mu się udało wydobyć z ucha kulkę szklaną, która od 8 lat tam zalegała. 9) Handsfield Jones (*Lancet 1863, Schmidt's Jahrbücher 1864*) opisuje porażenie połowicze z kurezami w skutek dostania się owadu do przewodu słuchowego. 10) St. Laurent Hilairet (*Gaz. des Hôp.* 1860) podaje następujące zdarzenie: Dziecko czteromiesięczne cierpiało od miesiąca na wymioty i drgawki, które po kilka razy dziennie z krzykiem nagle się zjawiają, przeważnie lewą połowę ciała zajmowały. Po niejakiem czasie pokazał się ropotok z ucha prawego i porażenie połowicze prawe. Wszystkie te przypadki ustąpiły, skoro podczas wystrzykiwania ucha wodą wypłynęła z niego ciemna grudka, która niezem innem nie była jeno zwiniętym stonogiem. W 4 miesiące później dziecko zupełnie wyzdrowiało. 11) Dr. Israel (*Berl. klin. Woch.* 1876) opisuje bardzo ciekawy przypadek, który przy pomocy profesora Langenbecka operował. Młodzieńcowi 20-letniemu wydłubującemu sobie woskowinę z ucha ołówkiem z główką kościaną, oderwała się ta główka podczas dlubania i utkwiała w lewym przewodzie słuchowym. Kilku lekarzy berlińskich nadaremnie starało się ją wydostać; w miesiąc później pacjent przyjęty do szpitala skarżył się na ból głowy po lewej stronie, rwanie i kłócie w lewym uchu. Przez wziernik sprawdzono przedziurawienie bębienka i ciała obce z gładką lśniącą powierzchnią tkwiące w jamie bębnekowej. W 3 dni po przyjęciu powstały dreszcze z gorączką (41.1 C.) która po 36 godzinach sama ustąpiła a natomiast ropotok z lewego ucha się pojawił. Pijawki, przyparki usunęły ból w uchu, lecz próby wydobywania ciała obcego nawet podczas uspienia okazały się bezskutecznymi. W tym pewnego dnia ustaje ropotok, a gorączka (39.6° C.) podniosła się z tętnem nieregularnym, wymiotami, oraz szeregiem objawów nerwowych jako to: drgawkami powiek i twarzy po lewej stronie, zwięzieniem żrenicy prawej a rozszerzeniem lewej, rwaniem w członkach, przeculicą całej skóry i skurczem pięści lewej, który to stan trwając przez 11 dni zniewolił ostatecznie do wykonania rękożynu w celu dobycia owego ciała z ucha. Cięciem okrążającym małżowinę oddzielono ją wraz z okostną wyrostka sutkowego od kości,

podważono ku przodowi z całym przewodem chrząstkowym i wtedy wyciągnięto z dna jamy bębnekowej ową fatalną kostkę. Rana spojona katgutem pod oprawą uciskającą zagoiła się wkrótce, a wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. 12) Podobny do właśnie opisanego przypadku wydarzył się mnie i koledze Dr. S. w Brzeżanach. 20-letni młodzieniec zgłosił się do nas przed 6 laty z prośbą, aby mu wyjąć taką samą kostkę z ołówka, która mu w uchu utkwiała. Widzieliśmy wyraźnie kostkę w przewodzie usznym, lecz wszelkie nasze usiłowania wydobywania jej były bez skutku, nieposiadaliśmy bowiem żadnych narzędzi usznych. Poradziliśmy tedy pacjentowi, aby jechał natychmiast do specjalisty do Lwowa, lecz ten zamiast do Lwowa udał się do zegarmistrza miejscowego, który cienkimi kleszczykami kostkę uchwyciwszy, wydobył ją z ucha. 13) W grudniu r. 1877 miałem sposobność przekonania się u pewnego żołnierza, któremu kolega Dr. W. z ucha ziarnko grochu od dzieciństwa tam zalegające wydobył, że przytępienie słuchu, wywołane usadowieniem się groszku w przewodzie słuchowym, pomimo iż groszek wydobytym został, nie ustąpiło.

Z podanych przykładów widzimy, że nie chcąc się narazić na zarzut lekceważenia a pacjenta na nieprzewidziane szkody, każde ciało obce z przewodu słuchowego o ile można najrychlej wydobyć należy. Gdyby w takich razach natychmiast użyto stosownej pomocy lekarskiej, wydobyć byłoby po większej części łatwiej, zazwyczaj jednak przed przybyciem lekarza pacjent sam albo domowi starają się udzielić pierwszej pomocy, przy której nie posiadając odpowiedniej wprawy, ani stosownych narzędzi, zamiast wydobyć, głębiej wpychają ciało obce do przewodu, tak, że później lekarzom daleko trudniej obce ciało uchwycić i wyciągnąć. W lecie r. z. zawezwano mnie na naradę lekarską z kolegą L. do chłopczyka czteroletniego, któremu podczas snu pestka z wiśni do ucha się wtoczyła. Nim nadszedł kolega L. już i babka i ciotka próbując szczęścia starały się drutem i szpilką podwójną od włosów pestkę wyważyć, lecz napróżno. Gdyśmy się obaj zjawili, chłopiec tak był już przestraszony i zrażony dawniejszymi manipulacjami, iż drżał na całym ciele na nasz widok, krzyczał i ani przystąpić do siebie nie pozwalał.

Po zadaniu 0,50 wodanu chloralu zobaczyłem w czasie snu pestkę w uchu, lecz tak głęboko, że ani podważyć, ani uchwycić jej nie mogłem, a wstrzykiwań ciepłą wodą zastósować także nie było można, gdyż chłopiec już się przebudził i wcale nie myślał spokojnie się zachować. Chciałem jeszcze raz za pomocą chloralu w większej ilości zadanego moeniejszy sen sprowadzić, i próbować sposobu naklejenia, lecz nie zgodzono się na moją propozycję i pestka pozostała w uchu.

Trudności, jakich dwukrotnie doświadczyłem przy dobywaniu ciała obcych z przewodów słuchowych zewnętrznych, skłoniły mnie do robienia doświadczeń już to na umyślnie w tym celu z papieru ulepionych cewkach na kształt przewodów słuchowych, już też na żywych wkładając do przewodów różne ciała do nitki przyklejone.

W skutek takich doświadczeń doszedłem do następujących wyników:

a) Im drobniejsze ciało obce i im bliżej wejścia się znajduje, tym łatwiej, im więcej i głębiej zaklinowane w przewodzie, tym trudniej go dostać.

b) Największe trudności napotkałem przy ciałach ostrych tkwiących obu ostremi końcami w ścianach przewodu.

c) Niezbędnymi warunkami przy dozywaniu ciał obcych z ucha są 1) spokój zupełny ze strony pacjenta, 2) stosowne narzędzia i sposoby.

Spokój bezwzględny sztucznie zawsze daje się sprowadzić u dorosłych za pomocą chloroformu, u dzieci za pomocą chloralu. Z narzędzi potrzebnymi są: wziernik uszny, łyżeczka Daviela, kleszczyki, strzykawka średniej wielkości, skubanka, klej stolarski i skalpel.

Sposoby dozywania są bezkrwawe i krwawe. Do bezkrwawych, których naturalnie zawsze pierwój użyć wypada, należą: a) Wywazenie, b) wypłokanie, c) wyciągnięcie, d) naklejenie. Do krwawych zaś: a) Metoda Langenbecka, b) przez nacięcie ściany przewodu.

Względnie do różnych ciał i ich usadowienia się w przewodzie, różnego wypada użyć sposobu. Gdy ciało obce jeszcze u wejścia się znajduje, łatwo łyżeczkę Daviela można po za nie wprowadzić, którą wywaza się ciało na zewnątrz. Ciała drobne lub takie, które w wodzie się rozrzedzają np. ziemia, piasek, paciorki, owady, najpewniej i najłatwiej wypłokać. Wypłokuje się wpuszczając silny prąd wody ciepłej za pomocą strzykawki do przewodu zawsze po jeduj ścianie, najlepiej po tój, do której ciało obce nie przylega szczehnie. Ciała twarde a cienkie tkwiące w uchu np. szpilki, druciiki, kosteczki, ołówki najlepiej kleszczykami małemi uchwycić i wyciągnąć, zaś ciała twarde a okrągłe lub kuliste zaklinowane w przewodzie np. ziarnka grochu, fasoli, kukurydzy, pestki, kostki z ołówek, kulczki śrutu, szklanne, najłatwiej przez wypłokanie albo naklejenie się wydobywa. Naklejenia myśl podał Engel Löwenberg i w następujący robi się to sposób: Bierze się najpierw klej stolarski, nalewa wodą na 24 godzin, potem paruje się w łaźni wodnej. Gdy dojdzie gęstości syropu macza się koniec pędzlika ze skubanki przygotowanego w tym gąszczu, wprowadza go następnie przez wziernik do ucha, podsuwa do ciała obcego i pozostawia w zetknięciu przez 2—3 godzin po upływie tego czasu wyjmuje się pędzlik zazwyczaj (jeśli było sucho w uchu) już z przyklejonem ciałem obcym. Sposób ten jako bardzo łatwy i praktyczny zasługuje na rozpowszechnienie. Dr. R. Holiday w „The Clinic of Cincinnati“ podaje następujący sposób: Bierze on kilka włosów z ogona końskiego 6" długich, zgina je w pętlę i wprowadza jak można najgłębiej do przewodu. Następnie skręca ostrożnie tą pętlą, pociąga ją, a za pierwszym lub drugim pociągnięciem wydobywa ciało obce. Sposobem tym, jakkolwiek bardzo zachwalonym udało mi się wydalić z ucha tylko takie ciała, które blisko u wejścia i niezaklinowane w uchu były. Manipulacja z pętlami włosa w ogóle była dla mnie trudniejszą, niżeli wszystkie, wyżej wymienione bezkrwawe sposoby.

Dr. Zaufal (*Correspondenzblatt für Böhmen 1873*) zaleca przy wydobywaniu ciał obcych z ucha trzymać się następujących prawideł: a) Przekonać się za pomocą wziernika (a nie zgłębnika), czy i w którym miejscu znajduje się ciało obce, b) jeżeli przewód jest tak obrzmiały, że wziernika wprowadzić nie można, należy pierwój obrzmienie usunąć, c) zbadawszy miejsce usadowienia i jakość ciała trzeba użyć odpowiedniej metody, d) gdy istnieje wątpliwość co do jakości, zacząć od wstrzykiwań, a skoro po kwadransie nie się nie pokaże, użyć zaraz naklejenia, bo za pomocą tego sposobu nawet z jamy bębenkowej ciało obce wydobyć można.

Po bezskutecznem użyciu opisanych powyżej sposobów bezkrwawych, jeżeli groźne przypadki życia lub zdrowiu zagrożają, przystępuje się do rękoczynu jednym z podanych

sposobów tj. albo przez nacięcie ściany przewodu np. przy wbiecia się igły w przewodzie, albo téż metodą, której użył Dr. Israel z Langenbeckiem w powyżej podanym przypadku.

III. Śmierć z ujęcia krwi u noworodka.

Podał Dr. A. Reifer,
lekarz miejski i sądowy w Tarnobrzegu.

Przeczytawszy w Przeglądzie Lek. sprawozdanie z wykładu prof. Hofmanna w przedmiocie krwotoku z pępowiny noworodków, przypomniałem sobie przykry epizod z własnej praktyki, a ponieważ wniosek ostatni słynnego profesora nie zamyka jeszcze stanowczo aktów co do sprzeczności zapartywań, czy zamiechane uciśnienie pępowiny pociąga za sobą niebezpieczeństwo dla płodu lub nie, zamyslałem dodać cegiełkę do budowy i podzielić się z kolegami nabytym doświadczeniem.

W jesieni r. 1873 pani Ż. K., żona inżyniera, wśród ciężkiego porodu wezwała mnie do wsi o milę od mego mieszkania odległej. Z pośpiechem wskazanym w takich przypadkach pojechałem do znanj mi rodziny, ale już na progu przyjął mnie mąż z wiadomością, że poród ukończony. Oświadczenie było jasne, konkluzja przeto konieczna „już teraz chwala Bogu pomoc pańska zbyteczna“. Zobacząc panią odpowiedziałem, z powagą lekarza, który umie ocenić wartość poglądów ludzi niezawodowych.

Pani K. średniego wzrostu, dobrej tuszy i ze zdrowej pochodząca rodziny, od wielu lat cierpiała na niedokrewność, a ponieważ była jedynaczką w domu i szczęśliwą w pożyciu małżeńskim, przeto często zapadała na „nerwy“.

W ogóle teraz częściej domagają się, ażeby rozstrojone nerwy poskramiać a uśmierzone na tory normalne wprowadzać i choroba ta przyprowadzająca do rozpaczliwości swoją chorych a ostatecznie i lekarza stała się endemiczną, powiedziałbym przestała być prerogatywą wielkich pań i przeszła do obozu demokratycznego.

Czuając zbliżający się kres ciąży, pani K. sprowadziła była akuszerkę o tydzień pierwój niż była potrzebna. Skutkiem tego stara akuszerka, która od czterdziestu lat wypełnia wszystkie czynności swego powołania dokładnie, ale automatycznie, obojętnie i bez zastanowienia, nadzwyczaj była zmęczoną po kilku nocach bezsennych. Poród był z rzędu trzeci, dzieci starsze miały cztery i dwa lata. Czynność porodowa trwała przeszło 16 godzin i bardzo rodzącą osłabiła. Właściwie jednak tylko okres pierwszy zbyt się długo przeciągał dla rzadkich i niedostatecznych bólów wykluczenie płodu nad półtóry godziny czasu nie zabrało. Dziecko urodziło się przed 25 minutami a łożysko jeszcze nie odeszło. Uplawy krwawe obfite, a przez ściany brzuszne można było wysledzić macię spłaszczoną, wreczastą, z dnem po nad pępek sięgającą (*atonía uteri*). Tętno 84 słabe, tętnica sprychowa cienka, pacjentka blada, śpiąca.

Gdy pokropienie zimną wodą, nacieranie brzucha, i zadany wyciąg sporyszu po sześć ziarn dwa razy w przeciągu pół godziny nie skutkowały, nie mając zaufania do wskazań Hippokratesa¹⁾ i akuszerów angielskich²⁾, oświadczyłem pa-

1) Oddz. V. Afor 49. Ἐς ὑπερίστων ἐπιπόσιος παρμηκῶν ἐπιτιθῆναι (sternutatorium applicans) ἐπιλαβανειν (comprimere) τοὺς μυκτῆρας καὶ τὸ στόμα.

2) Ueber Geburtshülfe u. Gynackologie in Frankreich, Grossbritannien etc. v. Dr. Arneth 1853. str. 228.

nu K., że trzeba rękoczynem ułatwić zakończenie porodu, gdyż teraz spokojna na pozór pacyjenta w większym jest niebezpieczeństwie niż przed godziną, gdy ją bóle zniewoliły do głośnych uzaleń. Po krótkiej opozycyji ze strony męża, przystąpiłem do wydobywania łożyska, które w górnej prawej stronie było przyczepione w przestrzeni przeszło dwóch cali kwadratowych. Wyjąłem je bez przeszkody całkowicie, guzy łożyskowe były gładkie i nie okazały braku lub zmian chorobowych.

Mimo drażnienia sprawionego ręką operującą, bóle porodowe nie nastąpiły, krew w wielkiej obfitości odpływała. Tylko ciągłym ugniataniem dna i górnej połowy macicy małą wywołałem odporność. Trzeba było całą dłonią naprzemian to nacierać to objąć silnie i ugnieść dno macicy, aby wywołać skurcz nie dłuższy niż chwilę trwający. Młodości i wątłości zwalczałem także środkami skrzepiającymi i podniecającymi, oblewaniem brzucha zimną wodą, chwilowym zimnym prądem wody z strzykawki przez pochwę i uspokojeniem bojaźliwej pacyjenta.

Wśród takich przypadków, które zajęły moją całą uwagę i wymagały skupienia sił umysłowych i fizycznych nie myślałem o noworodku. Słyszałem jednak niezbita dowody obecności jego i niezadowolonia objawione donośnym płaczem.

Już druga kończyła się godzina od wydobywania przyczepin płodowych, krew przestała się sączyć, macica przestankami ugniatana kurczyła się i ścigała, gdy zmęczony tą manipulacją miałem zamiar wezwać akuszerkę, aby mię zastąpiła. Odwróciwszy się do niej, widziałem ją drżącą obok noworodka teraz słabo kwilącego w poduszce. Przystąpiłem do dziecka, które było przerażająco blade, a wiedziony złowrogim przeczuć otwieram poduszkę, aż tu istna kałuża krwi, dziecko leży w kąpielu krwawej. Pępowina blisko dwa cale długa, z brzegami gładko ściętymi, nie podwiązana. Akuszerka zapewnia, że ją jak zwykle tasiemką zawiązała i znalazła jeszcze we krwi pętelkę, która się była ześliznęła. Zeznania jej uważam za wiarogodne, zwłaszcza, że wieloletnie jej doświadczenie nie dozwoliłoby takiego zapomnienia i że na sznurku łożyskowym znalazłem jeszcze podwiązkę. Trzymała się bowiem zasady zakładania podwójnych pętli i przecinania między nimi pępowiny.

Ponieważ ciało dziecka całe było chłodne, oddech bardzo powolny, płytki, ruch serca zaledwie słyszalny, kazałem po ponownym podwiązaniu pępowiny włożyć je do ciepłej kąpielu, podawać rumianek z kilkoma kroplami wina, pokrapiać zimną wodą i pobudzić do krzyku dla ułatwienia obiegu krwi i zatrzymania widocznie ulatującego życia. Sam przykuty stanem położnicy, który znów się pogorszył pod wpływem nieszczęśliwego przypadku, nie mogłem uczestniczyć w cudzeniu dziecka. Matkę uspokoiłem, macicę mechanicznie ugniataniem zwijałem. Po dziesięciu minutach akuszerka daje znać, że po bezowocnych usiłowaniach przywrócenia do życia, dziecko kończy.

Dziecko zatem umarło z przyczyny ujęcia krwi z pępowiny. Nie znalazłem przy oględzinach zewnętrznych innych zmian mogących wywołać lub przyczynić się do tak nagłej śmierci. Kiedy pętla odeszła a krwotok powstał, dokładnie wiedzieć nie można, wnioskuje jednak po słabującym płaczu dziecka, że krwawienie trwało około 15 — 20 minut. Śmierć nastąpiła w niespełna trzy godziny po urodzeniu się dziecka, które zaraz po wyjściu z łona matki oddychało, krzychało i nie było w stanie zamartwicy.

Oprócz opisanego, znany mi jeszcze z opowiadania drugiej akuszerki przypadek, w którym podwiązka także nienależycie ścisnęła pępowinę i krwotok wywołała. Pępowina, jak mówi położna, zrazu była twarda, gruba, naprężona, a w pół godziny potem rowek podwiązany tak się rozszerzył i pępowina tam tak ścisnęła, że podwiązka założona *lege artis* obwisła. Spostrzeżono wczesnie krwawienie, ściągnięto silniej i przypadek przebiegł bez następstw.

U zwierząt, które jak wiadomo ugryzają łożysko, nie wydarzają się krwotoki, prawdopodobnie z tego powodu, że odkasanie i przerywanie pępowiny trwa dość długo, że jest połączone z ugniataniem silnym i kręceniem naczyń krwionośnych w całym ich przebiegu i nareszcie, że przerwane końce tychże naczyń nierówno wystrzępione kurcząc się nie jednostajnie, zatykają światło żył.

Choćbyśmy jednak przypuścili, że pępowina niepodwiązana nie zawsze pociągnie ujęcia krwi, to doświadczenia smutne jak powyższe acz wyjątkowe, powinny skłonić lekarzy do nieporzucenia zwyczaju wickami uświęconego.

IV. Oceny i sprawozdania.

O metaloskopii i metaloterapii zastosowanej do leczenia ciężkiej (padaczkowej) formy macinnictwa. (*hystero-epilepsia*). (Sprawozdanie z odczytu prof. Charcota mianego w Salpêtrière d. 30 grudnia 1877.) Podał Dr. Stanisław Ponikło.

Jedną z metod od dawna zalecanych ku leczeniu macinnictwa, zwłaszcza też ciężkiej, padaczkowej odmiany tego cierpienia, jest tak zwana metaloterapia, znana także pod mianem metody Burq'a, który pierwszy ułożył system tego sposobu leczenia i starał się udowodnić doświadczalnie, że niektóre metale zdolne są wywrzeć swoisty wpływ na poszczególne objawy chorobowe macinnictwa. Rozróżniamy wedle tegoż metaloterapię zewnętrzną i wewnętrzną; zewnętrzna jest metodą wcześniejszą i polega na zastosowaniu metali na powierzchnię ciała, wewnętrzna zaś polega na podawaniu metali wewnątrz, skoro wewnętrzne tychże zastosowanie wydało uprzednio pewne znaczące wyniki. Metaloskopia jest niejako przygotowawczą częścią metaloterapii właściwej; ma ona na celu wyszukanie takiego metalu, który zdolny jest w sposób swoisty, sobie tylko u danego indywidualum właściwy, zmienić przypadki chorobowe macinnictwa a w szczególności wywrzeć pewien osobliwy wpływ na objaw upośledzonego czucia i osłabienie siły mięśniowej. Zachodzi tu pytanie, w jaki sposób mamy szukać tego właściwego metalu w danym przypadku? Nasamprzód doświadczamy metalu, który wedle doświadczeń Burq'a, najczęściej zmienia skutecznie w mowie będące przypadki, a tym metalem jest żelazo; jeżeli doświadczenie z żelazem nie doprowadziło do pożądanego wyniku, należy doświadczać kolejno innych metali, jednego po drugim, i tak: złota, miedzi, cynku, cyny itd., póki nam się nie uda napotkać metalu właściwego dla danego indywidualum, na który ono wyłącznie jest wrażliwe. Doświadczenie zaleca autor wykonać w sposób następujący: weźmy np. chorą z połowiczą znieczulicą po stronie lewej. Za pomocą klócia igłą przekonaliśmy się, że nie ma ani śladu czucia po stronie lewej. Przyłożywszy płytkę miedzianą na skórę części pozbawionej czucia np. na ramię (po poprzednim przekonaniu się, że chora w mowie będąca jest właśnie wrażliwą na miedź) zauważymy po krótkim przecią-

gu czasu, od kilku sekund do 15 lub 20 minut, że czucie zaczyna powracać i że każdorazowe ułknięcie igłą pociąga za sobą ból. Nadto dostrzeżemy zarumienienia skóry w najbliższem sąsiedztwie zastosowanej płytki metalowej a ranki po ułknięciach szpilka, które pierwój nie broczyły, poczynają broczyć obficie. Co więcj, dostrzeżemy znakomitego wzmożenia się siły mięśniowej, tak iż gdy poprzednio chora, badana siłomierzem okazała siłę mięśniową równą np. 15 do 20 kilo, obecnie siłomierz wskazuje cyfrę dwa razy wyższą. Zniknęła zatém pod wpływem właściwego metalu tak znieczulica, jak nieomoga mięśniowa. Doświadczenia takie wykonywał Charcot z dobrym skutkiem w obecności pp. Luysa, Dumonpelliera, w obec komisji tow. bijologicznego w Paryżu i wielu lekarzy, między innymi Klauđ. Bernarda, Beclarda, Berta, Bouleya i Vulpiana.

Jeżeli w dalszym ciągu co dopiero opisanego doświadczenia, przez dłuższy czas bez przerwy trzymać będziemy odnośny metal w zetknięciu ze skórą, to zauważymy, że czucie, które było powróciło bezpośrednio po zastosowaniu metalu, po upływie pewnego czasu znowu zniknie a może nawet ustąpi miejsca znaczniejszej niż przed doświadczeniem znieczulicy, tak że gdyśmy pierwój postrzegli tylko brak bólu po ułknięciu, obecnie chora wcale nie jest świadomą takowego. Jeżeli przeciwnie usuniemy płytkę metalową, skorośmy tylko uzyskali powrót czucia, to czucie trwa przez czas dłuższy, przez kilka godzin a nawet do jednego lub dwóch dni; nadto czucie staje się ogólném, powracając nie tylko w pobliżu miejsca zetkniętego bezpośrednio z metalem, lecz rozpościerając się na całą przestrzeń pozbawioną czucia. W każdym razie jednak jest to tylko zjawisko przemijające, a po upływie pewnego czasu chora popada napowrót w znieczulicę.

Możnaby sądzić, że zjawiska wyżej opisane, wywołane zetknięciem się metalu z powierzchnią ciała nie są niczém inném, jak tylko stanem nazwanym przez angielskich fizjologów „expectant attention,” a które polega na codzienném spostrzeżeniu, że jeśli kto zwróci uwagę na pewien punkt ciała swego i pomyśli sobie jakiś podmiotowy objaw, np. swędzenie, to sama ta myśl wystarcza do wywołania podmiotowego uczucia w témże miejscu. Ten sposób tłumaczenia zjawisk wyżej przytoczonych stara się Charcot odeprzeć następującemi doświadczeniami i dowodami. Nasamprzód kładzie nacisk na tę okoliczność, że doświadczenia te robił między innemi na chorych w praktyce prywatnej, których po raz pierwszy miał sposobność widzieć, a które wszystkie okazały się wrażliwe stale i wyłącznie na pewien metal, nie reagując wcale na żaden inny; większa część chorych nie wiedziała, jakie metale były zastosowane i z pewnością nie była świadomą skutków, przypisywanych metaloterapii.

Dalój przytacza autor ciekawe zjawisko, po raz pierwszy przez siebie spostrzegane, które nazwał „zjawiskiem przemieszczenia“ (*phenomène de transfert*): weźmy np. chorą z połowiczą znieczulicą strony lewej, u której po stronie prawej czucie jest zupełnie prawidłowe; jeżeli tedy wprowadzimy w zetknięcie ze skórą części chorój metal właściwy, to czucie w sąsiedztwie metalu powróci, lecz jeśli teraz będziemy badać czucie części przeciwnój, zdrowój, w miejscu zupełnie symetryczném z miejscem części chorój, pozostającém w zetknięciu z metalem, pod wpływem którego czucie przywróconém zostało, to dostrzeżemy, że w miejscu rzeczonym nastąpiła znieczulica, tak iż mamy do czynienia niejako z pewnym rodzajem przemieszczenia czucia. Trudno zaś

przypuścić, aby podobne zjawisko stale uważane mogło być zmyślane przez macinniczki.

Również przytacza autor inne ciekawe zjawisko, dotyczące upośledzenia wzroku w macinnictwie. Wiadomo, że w macinnictwie rozwija się czasem niedoślep oka strony ciała znieczulonej. Jedną z cech tegoż jest tak zwana achromatopsia tj. ścieśnienie pola widzenia względnie barw. Ścieśnienie to może czasem dosięgnąć tak wysokiego stopnia, że chora traci zupełnie poczucie barw i widzi wszystkie przedmioty w barwie brudno-szarój, jak gdyby były pociągnięte sepją. Co więcj uważamy tu to szczególne zjawisko, że poczucie barw w przebiegu tego zbroczenia znika w pewnym ściśle oznaczyć się dającym, stałym porządku, odmiennym od kolei widmowej barw. I tak nasamprzód ustępuje poczucie barwy fioletowej, dalój zielonój, czerwonój, pomarańczowój, żółtój; najpóźniej znika poczucie barwy niebieskiej a chore zachowują dokładne poczucie teje barwy aż do chwili zupełnej utraty poczucia barw. Jeżeli tedy chorój dotkniętej achromatopsją np. oka lewego przyłożymy w pobliżu oka płytkę miedzianą, (na którą metal chora jest wrażliwą, jak nas o tém pouczyło poprzednio skutecznie doświadczenie metaloskopijne), to doświadczymy po upływie kilkunastu minut, przesuując przed chorój okiem różnobarwny papier, że poczucie barw powróciło a co szczególniejsza, że poczucie pojedynczych barw powracało wedle odwrotnego porządku, w jakim w rozwoju cierpienia znikalo. I tak najprzód odzyskuje chora poczucie barwy niebieskiej, następnie żółtój, pomarańczowój, czerwonój, zielonój a wreszcie fioletowój*). Odjawszy następnie płytkę, przekonamy się, że poczucie barw pocnie ustępować i to dokładnie tą samą koleją, w jakiej te barwy w przebiegu zbroczenia w mowie będącego znikaly; wreszcie po ustąpieniu poczucia barwy niebieskiej chora popada w stan niedoślepu, jaki okazywała przed doświadczeniem. (*The Lancet* 1878, Nr. 2 i 5).

(Ciąg dalszy nastąpi. **)

Krull: Leczenie żółtaczkii nieżyłowej za pomocą wstrzykiwań zimnej wody do odbytnicy.

Dr. Krull zachwala ławatywy z zimnej wody w leczeniu żółtaczkii nieżyłowej. Za pomocą irygatora daje raz na 24 godzin ławatywę z zimnej wody w ilości od jednego do 2ch litrów, której cieplota za pierwszym razem winna być 12° R. a następną o 3 stopnie więcj, gdyż jelito trudniej znosi niższą cieplotę, gdy takowa jest równą cieplocie pierwszej ławatywy. Należy, aby chory o ile możności zatrzymał ławatywę jak najdłużej. Według Dra K. wystarczy najwyżej 7 ławatyw do zupełnego wyleczenia.

Ławatywy z zimnej wody mają usuwać uczucie ciężkości w dolku, ból głowy i zmniejszać brak łaknienia. Gdy choroba trwa od niedawna, po 24ch godzinach widzi się polepszenie znaczne, gdy dłużej, polepszenie wybitne przychodzi po kilku dniach. Według autora ławatywy z zimnej wody zwiększają ruch robaczkowy kieszek i pobudzają wydzielanie żółci, której obfitość w drogach żółciowych przeszkadza jej wolnemu wypływowi. (*Gaz. des Hôp. Nr. 146, 18 Decembre 1877.*)

Dr. M. Ż.

*) Doświadczenie to wykonywał Charcot kilkakrotnie na posiedzeniach „Société de Biologie“ w obecności prof. fizjologii Berta.

***) Jak skoro się tylko ukaże w *Lancecie*.

Leop. Weiss: **Gruźlica oka.**

U 27-letniego mężczyzny, wystąpiły wśród objawów zapalenia, obrzęku spojówki galkowej, bólów, wyparcia galki na przód, przy zaangażowaniu rogówki i wypocinie w źrenicy, oznaki zapalenia n. wzrokowego, siatkówki i jagodówki; siatkówka była barwy jasnej, o nierównej powierzchni; prawie całkowita ślepota; *punctio orbitae*; wydobyto nieco krwi; nieznamne polepszenie; po jednodniowym trwaniu choroby śmierć. Sekeyja: *Encephalomeningitis tuberculosa*, w naczyniówce świeże i zśerowaciale gruzelki; krwotok i oderwanie siatkówki i ciała szklanego. Przed śmiercią wystąpiły drgawki i bezprzytomność. Pluca za życia zdrowe, po śmierci wolno było zbadać tylko mózg i oko; nie wiadomo więc, czy gruźlica mózgu i oka była tu pierwotną, czy też drugorzędną. Bardzo dokładnie zbadał W. pod drobnowidem gruzelki naczyniówki również i w 2gim przypadku, który się tyczył 20-letniego mężczyzny, zmarłego wśród oznak zapalenia opony miękkiej mózgu, zżu itd.; przy seceji znaleziono gruzelki prosówkowe trzew, gruzelki naczyniówki około plamki żółtej. W. nie przypuszcza w tych 2ch przypadkach nazwy Hirshberga: *Choroiditis tuberculosa*, któraby mogła być stosowaną niekiedy w gruźlicy pierwotnej oka; razem z Weckerem i Poncetem sądzi autor, że naciek zapalny naczyniówki jest skutkiem drażnienia mnóstwa porozrzuconych gruzelków. W 3cim przypadku u 51-letniego mężczyzny nastąpiła w skutek wstrząśnienia utrata wzroku, który na oku lewym nieco się polepszył; w obu oczach utworzyła się zaćma. Na prawym oku doznał chory po zapaleniu płuc zapalenia rogówki, owrzodzenia tejże, zaćmienia ciała szklanego, na powierzchni tęczęwki pojawiły się guziczki, na błonie Descemet'a złogi, a w źrenicy wypocina. Po weteraniu szaruchy guziczki tęczęwki, które uważano najprzód za kilaki, potem za ziarniaki, szybko się rozmnożyły, powyrastały nawet z obwodu rzęskowego tęczęwki; w spojówce galkowej widać było guziczki nowotworzone. Gdy śród tworzenia się garbiaka twardówki chory prawie całkiem wzrok utracił, wyłuszczone galkę, znaleziono gruzelki w brodawce n. wzrokowego, w siatkówce, w całej długości jagodówki, ropę wewnątrz oka i oderwanie siatkówki. Po 6 miesiącach wycięto choremu nabrzmiąły i bolesny gruczoł limfatyczny podszczękowy ze strony prawej; zśerowaciała i z mnóstwem gruzelków. W. uważa ten przypadek za gruźlicę pierwotną oka i sądzi, że gruzelki powstały tu w tkance zapalnej w skutek zmian miejscowych lub wpływu skazy krwi.

Ciekawym jest, że W. przytaczając też samą literaturę i odnosząc się do prac tychże samych autorów, zajmujących się badaniem komórek olbrzymich, które referent już przed 1½ rokiem w Przeglądzie Lek. (1876, Nr. 48—51) uwzględnił, przychodzi całkiem niezależnie do takich samych wniosków i zdań co do przyrody gruzelka, postaci tej choroby w oku i co do znaczenia i pochodzenia komórek olbrzymich (por. Przegląd Lek. Nr. 1—3, 1878) *Dod. Sprawozd. (Archiv. f. Ophthalmologie, t. 23, dział 14, str. 57—158).*

Laskiewicz-Friedensfeld (Wiedeń).

V. Posiedzenia Towarzystw.**Towarzystwo lekarskie krakowskie.**

Posiedzenie zwyczajne II z dnia 16go stycznia 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 27.

- 1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
- 2) Kol. Zarewicz złożył na rece kol. bibliotekarza dar kol. Szeparowicza „Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej“.
- 3) Z kolei zabiera głos kol. Ponikło: „Temi dniami zwrócił uwagę Dr. Wilkosz na przypadek chorobowy leczony w szp. św. Łazarza, który uważany początkowo jako dur brzuszny, budził jednak podejrzenie na dur powrotny. Badanie krwi wykazało w samej rzeczy obecność pasorzyta właściwego durowi powrotnemu. Pasorzyt ten został wykryty poraz pierwszy we krwi osób chorych na dur powrotny przez Obermeyera w r. 1873, ale już w r. 1832 wykrył Ehrenberg w wodzie stagnującej pasorzyt, którego dotychczas nie jesteśmy w stanie odróżnić od pasorzyta w mowie będącego, z tego więc powodu musimy obydwa uważać za twory identyczne. Ehrenberg nazwał go *spirochate plicatilis*. Pasorzyt duru powrotnego widzieć można pod drobnowidem przy powiększeniu od 600 razy; przedstawia on się w kształcie cienkiej nitki, podobnej do nitki skrzepłego włókna, długości od 1½ — 6 ciałek krwi czerwonych, zwinętej na podobieństwo sprężynki kręconej, albo korkociągu i wykonywa ruchy trojakiemu rodzaju: 1) ruch około swej osi, 2) ruch posuwisty, 3) falujący. Temperatura ma wywierać szczególny wpływ na te ruchy. Podwyższenie jej albo obniżenie powstrzymuje chwilowo ruchy pasorzyta, wprawia go jakby w stan tęcza, przyczem skręty wyrównują się; skoro powraca równowaga w temperaturze, powracają ruchy pasorzyta.

W dyskusji zabierali głos koll. Browicz i Wilkosz.

Kol. Browicz namienia, że dur powrotny pojawia się w Krakowie już w drugiej epidemii. Przed 3 laty badał krew chorych i przekonał się, że w czasie napadu znajduje się pasorzyt we krwi w bardzo znacznej ilości, że ilość zmniejsza się w miarę ustępowania gorączki, a że w czasie apireksyi niema ich weale we krwi w stanie rozwinętym; napotkać można wtenczas tylko pojedyncze zarodniki, które w miarę potęgającej się ciepłoty i wśród sprzyjających okoliczności rozwijają się z wielką szybkością. W obecnych 4 przypadkach choroby, z których jeden zakończył się śmiercią, znalazł zawsze znaczną ilość tych tworów: w jednym zaś krew badana była z przedostatniego dnia drugiego napadu, po 6 dniowej apireksyi, a znalazło się ich nie wiele. Według twierdzenia niektórych badaczy dają się pomienione pasorzyty dłuższy czas utrzymać; o ile sięga doświadczenie kol. B., rozpadają się one po 2 — 3 dniach w drobne ziarnka, a ułożenie ich przypomina kształt pasorzyta. Heidenreich zdołał, utrzymując te pasorzyty w osobnych komorach i w stosownej temperaturze, utrzymać ich ruchy przez czas dłuższy. Według spostrzeżeń Kolna który zajmował się botaniczną przyrodą tych tworów, znajdujemy spirale obok innych pasorzytów w bagnach, ale w niewielkiej ilości, jest to jednakże prawdopodobnie droga, którą dostają się one do ustroju ludzkiego.

Kol. Wilkosz skreślił kliniczny przebieg owych czterech przypadków duru powrotnego, spostrzeganych w szp. św. Łazarza na oddz. kol. Pareńskiego.

4) Kol. Wurst okazał dwie wyłuszczone galki oczne, jedna za życia, z przyczyną współzależnego cierpienia drugiego oka, druga wyjęta po śmierci. W pierwszej znacznie zmniejszonej i zniekształconej napotykałyśmy w miejscu rogówki bliźnowatą tkalinę, z którą zrosnięta tęcza i ciało rzęskowe; soczewki brak zupełny, ciało szklane rozplynione. Naczyniówka około 2 mm. gruba, oddzielona od twardówki tworzy lejek, z szerszą podstawą ku tylniej ścianie galki ocznej; w kilku miejscach łączą ją z twardówką błony wrzekome nitkowate. Drugi przypadek, gdzie za życia była jaskra następową przedstawia następujące zmiany: Połowa rogówki zamieniona w wypukłą bliźnę, w bliźnę wrosniętą tęczęwka; tarcza nerwu wzrokowego przedstawia głęboką exkawyację, którą już wolnym okiem dojrzeć dokładnie można, pod lupą widać dokładnie kolankowate zagięcia naczyń na brzegu tarczy. Nerw wzrokowy o połowę cieńszy od nerwu wzrokowego

drugiego oka, a zanik sięga aż do miejsca skrzyżowania się obu nerwów.

5) Na wniosek Kol. Blumenstoka wybrano komisję z 5 członków, która ma się zająć rewizyją statutu i poczynić wnioski ewentualnych zmian. W skład tej komisji wchodzi kol. Domański, Grabowski, Obaliński, Oettinger i Schorowski.

6) Kol. Obtulowicz okazał narzędzia służące do endoskopii, a mianowicie wziernik t. j. reflektor i zgłębniki proste i krzywe, zaopatrzone okienkiem, i okienkowe ze zwierciadłkiem. Demonstrację narzędzi poprzedził krótkim wykładem o klinicznym zastosowaniu, o historii endoskopu, której początek sięga roku 1805 (Porri). W r. 1826 przedstawił Segalas akademii francuskiej odpowiedni wziernik do badania cewki moczowej. Właściwym twórcą i ojcem endoskopii jest Desormeaux, który w r. 1853 skonstruował endoskop, a rozprawa jego ogłoszona w r. 1865 zjednała mu zasłużone pochwały, wygórowana cena jednak i niezgrabny kształt narzędzi stały na przeszkodzie rozpowszechnieniu wziernika; połączenie przyrządu oświetlającego i endoskopu nie było szczęśliwe, i dopiero późniejsi pracownicy, jak Cruise w Dublinie, Fürstenheim, Langiebert, Warwik i Tarnowski uprościli odnośnie przyrządy.

Resztę ciekawszych szczegółów o postępach endoskopii w latach ostatnich znajdują czytelnicy w pracy Grünfelda umieszczonej w *Wiener Klinik* z roku ubiegłego, której streszczenie prelegent podał w ezerweowych numerach *Przeglądu Lekarskiego*. Zdaniem prelegenta endoskopija znajduje wdzięczne pole popisu w chronicznym zapaleniu rzeżączkowym cewki moczowej, do lat bowiem ostatnich była to *terra incognita* nawet dla specjalistów. Dopiero za pośrednictwem wzierników można było wysledzić, na jakiej podstawie opartem jest wydzielanie się tej nieprzyjemnej dla pacjentów kropli co rano, czy przyczyną tej *goutte militaire* jest przerost brodawek błony śluzowej w miejscu ograniczonym, czy też powierzchowne owrzodzenie. Zład pochop do leczenia miejscowego za pomocą przyrządów czy to lasieczką kamienia piekielnego, czy też siarkanu miedziowego, lub rozezynami azotanu srebrowego od 1:20 aż do 1:3. Celem ułatwienia pedzelkowania cewki moczowej skonstruował Gschirliak na oddziale prof. Redera w Wiedniu kateter z giętkim w środku pędzlem, zewnątrz bardzo podobny do cewnika *à double courant*, do którego przez rurkę poboczną wlewa się lub wstrzykuje strzykaweczką nieco większą niż Pravaza rozezyny azotanu srebrowego lub tym podobne, które napływają do pędzla, zwilżają go i umożliwiają dokładne wypędzowanie nawet całej cewki moczowej od tyłu ku przodowi. Bliższe szczegóły o tym sposobie leczenia podał autor w *Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis* z roku 1877, zeszyt 4ty. Co do osobistych doświadczeń prelegenta, to wspomina on pokrótce, iż w istocie szczególniej przy oświetleniu słonecznym można wybornie widzieć szczególne miejsca błony śluzowej i studyjować je według wskazówek podanych przez Grünfelda, lecz do zobaczenia niektórych szczegółów, jak np. ujścia moczowodu i sondowania go, potrzebowały bardzo wielkiej wprawy i długiego doświadczenia. Słusznie też powiada prof. Auspitz, że włożenie zgłębnika do moczowodu u mężczyzny z pomocą endoskopu wydaje mu się rzeczą bardzo trudną. Co do wyników terapeutycznych, to prelegent zaleca szczególniej w uporzeczonych przypadkach chronicznego zapalenia wieńcowego cewki moczowej, gdzie endoskop wykazuje tylko zwiotczenie błony śluzowej i liczne kropki żółtawe, jako ujścia gruczołków Littrého napełnione wydzieliną nieżywą, zasypywania głębiej położonych części cewki moczowej azotanem bizmutowym (Rp. *Magisterii Bismuthi 1-00, Pulveris plumosi subtilissime pulverisati 4-00*), i tym sposobem udało mu się już wyleczyć kilka rozpaczliwszych śluzotoków cewki, gdzie wszelkie wstrzykiwania i środki wewnętrznie podawane nie osiągnęły pomyślnego rezultatu, a przynajmniej nie mogły usunąć owej nieznosnej kropekki śluzowej lub mléczno zabarwionej. Dzięki endoskopii można również wykryć polipy cewki moczowej, o których dotąd chirurgia nader skąpe tylko posiadała wiadomości, zwiężenia cewki moczowej można dokładnie oglądać i w ciężkich przypadkach próbować tą drogą włożyć cieniutkie świeczki, chociaż Thompson pod tym względem wycieć i to bardzo słusznie ufa wprawie ręcznej, niż endoskopowi. Cały podział anatomiczny zapalenia cewki moczowej ulega obecnie przeistoczeniu umiejętnym, a przyszłość

lubo może poskromi nieco zanadto sangwiniczne nadzieje przywiązywane do tej metody chirurgicznego badania cewki moczowej, to jednak niezawodnie uzasadni umiejętnie jej wprowadzenie do praktyki lekarskiej i każe korzystać ze zdobyczy naukowych, jakich nam ta metoda przysporzy z wszelką pewnością.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Klaudyjusz Bernard. †

Dnia 10 lutego straciła Francya najpotężniejszy filar swęj tegoczesnej chwaly naukowej. Złożony od sześciu tygodni chorobą nerek dokonał Klaudyjusz Bernard żywota wśród objawów mocznicy w 65 roku życia, i to w tej chwili, kiedy owoce kilkadziesiątletniego spostrzegania objawów życia zamierzał ułożyć w osobnym dziele: „*Histoire des theories de la vie*,” które niestety przedwcześnie spółka wydawnicza Germer Bailliere światu zapowiedziała.

Urodzony w Saint Julien r. 1813, nim wszedł na drogę, z której do końca nie miał zbożyć, Kl. Bernard poświęcił się piśmiennictwu scenicznemu, za radą jednak Saint Mare Girardina porzucił pióro, i wziął do ręki skalpel i już w r. 1839 zamianowany został internem szpitali. W r. 1843 otrzymał stopień doktorski i nieopatrując w sobie zamilowania do praktyki lekarskiej, z zapalem i z zamilowaniem wziął się do pracy pod kierunkiem Magendiego, którego mianowany został asystentem. W r. 1854 zajął umyślnie dla niego założoną katedrę fizjologii ogólnej w Sorbonie, a wytworny wykład, ścisłość metody doświadczałnej, samodzielny kierunek zjednały imieniu młodego profesora zasłużony rozgłos. Od tej chwili zaczyna się długi szereg powodzeń. Kl. Bernard wszedł w posiadanie tych wszystkich honorów i tytułów, któremi rządy i instytucje odznaczają wybrańców nauki, a których wymienienie w obec jego imienia jest zbyt ciężkim.

Mnoga działalność Kl. Bernarda obejmowała wszystkie pytania fizjologiczno-biologiczne, i pozostawiła na nich piętno wysokiego umysłu. Do pierwszych publikacyj należą doświadczenia nad sokiem żołądkowym, jelitowym, śliną, żółcią, nad wpływem nerwów na trawienie, nad oddychaniem, nad obiegiem krwi, nad trzustką. W r. 1849 stwierdził Kl. Bernard czynności glikogenetyczne wątroby, i w tymże roku wywołał eukrycję nakłóciem dna komórki czwartej, w trzy lata później wykrył nerwy naczyniowe. W r. 1855 przeznaczony do zastąpienia Magendiego, Kl. Bernard stanął na czele pracowni swego nauczyciela, co było zdaje się najwyższym wyrazem jego ukrytych pragnień, i tu z podwojoną dzielnością, a z większym pożytkiem prowadził dalej dzieło swego poprzednika. Na ten okres przypadają dzieła: *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (1858); *Leçons sur les substances toxiques et medicamenteuses* (1857); *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme* (1859); *Leçons de physiologie expérimentale, appliquée à la médecine* (1856); *Leçons sur les propriétés des tissus vivants* (1866); *Traité iconographique de médecine opératoire* (1866). W r. 1869 mianowany profesorem w muzeum historii naturalnej, Kl. Bernard pozostawił sobie z dwóch poprzednich katedr tylko jedną w Collège de France i w tym okresie ogłosił: *Leçons de pathologie expérimentale* (1872); *Leçons sur les anesthésiques et l'asphyxie* (1875); *Cours de physiologie expérimentale* itd. Jeśli dodamy autorską czynność w licznych towarzystwach naukowych paryskich i zagranicznych, drobniejsze prace rozsiane w publi-

eystyce peryjodycznej, możemy powziąć gruntowne przekonanie o twórczości umysłu i nieznużonej pracy nieodżałowanej pamięci wielkiego fizjologa.

Dziela wyżej wymienione, jak wszystko co wyszło z pod ręki Kl. Bernarda, wyróżniają się jemu tylko właściwą dobitnością, ścisłością, a ta jasność i kontrola krytyczna, któremi pociągał i przekonywał słuchaczy, stanowi piętno cennych prac jego.

Doniosłość naukowych odkryć Kl. Bernarda jest tak wielką, że są one dobrze znane ogółowi lekarskiemu; nie chcąc więc powtarzać rzeczy znanych, w tém krótkim pośmiertnym wspomnieniu zastanowię się nad tą myślą przewodnią, pod natchnieniem której nie schodził on z torów pierwotnie obranych, nad tą metodą, która go prowadziła z odkrycia do odkrycia, metodą tak prostą, tak zrozumiałą, a nawet pozornie skromną, a tak brzemionną w odkrycia, tak programową dla przyszłości fizjologii.

Chociaż ojcostwo wytworzenia fizjologii doświadczalnej należy się Magendiemu, chociaż sięgając w oddaloną przeszłość, w ogólnym pojęciu znaczenia doświadczeń, jest to metoda Bacona i Descartesa, to jednak przed Bernardem doświadczano dla tego, jak się wyrażał Magendie „ażeby widzieć;“ dopiero uczeń i następca Magendiego, a dziś świeżą pokryty mogiłą Kl. Bernard wytworzył prawdziwą metodę doświadczalnej fizjologii, opartej na świadomości celów doświadczeń i tych kresów, do których badanie doprowadzić może. Metoda ta, ze względu na olbrzymie wyniki, do których doprowadzi przyszłych badaczy, nieśmiertelnia swego twórcę.

Kl. Bernard wielokrotnie uwydatnia w swych pismach, że objawy życia tak dobrze nadają się do badania doświadczalnego, jak objawy fizyki i chemii, że pojmowanie Cuviera, podług którego doświadczenie na żywym stworzeniu zaburza przyrodzoną czynność, i wprowadza w błąd badającego, jest nieuzasadnionem, gdyż jedynie droga doświadczalna prowadzi do analizy życia. Zastrzega się jednak Kl. Bernard przeciw mniemaniu, jakoby doświadczenie fizjologiczne mogło doprowadzić do poznania istoty objawów życia; ono nam umożliwia, powiada Kl. Bernard, zapoznanie się z warunkami wywołującymi te objawy i określenie ich przyczyn pośrednich, gdyż co się tyczy przyczyn bezpośrednich i wewnętrznej przyrody objawów życia, tych zagadnień nie potrafi rozwiązać doświadczenie fizjologiczne, jak nie potrafi fizyka i chemia określić wewnętrzną naturę tych objawów, których warunki powstania są jej znane. Dalekim był Kl. Bernard od odróżnienia metody spostrzegalnej od doświadczalnej w tém pojmowaniu, jak je wypowiedział Cuvier: „spozstrzegacz pod słuchuje naturę, doświadczający pyta się jej.“ Dla Kl. Bernarda spostrzeganie i doświadczanie prowadzą do jednego celu, do nagromadzenia faktów, na umiejętnym obrobieniu których zasadza się sąd o rzeczy; doświadczanie jest dalszym ciągiem spostrzegania, jest rozszerzeniem zakresu tego ostatniego; jeśli spostrzegający wie dobrze, że mocz ciemny, wysycony pochodzi od gorączkującego, to badający dojdzie do tegoż samego wyniku po przeświadczeniu się o wysokim ciśnieniu gatunkowym tej wydaliny i o zwiększonej ilości mocznika, w niej zawartego, a więc tak doświadczający jak spostrzegający, obaj zebrali pewną ilość faktów, na podstawie których wydali sąd jednaki, tylko że orzeczenie pierwszego łatwo może okazać się błędnem, gdyż barwa ciemna moczu może mieć liczne odcienia i zależeć od wielorakich przyczyn, sąd zaś doświadczającego polega na mocnej podstawie roz-

biornu chemicznego. Spostrzeganie jest własnością umysłów niekontrolujących się, nie zagłębiających się w istotę rzeczy. Doświadczenie jest postępowym wynikiem spostrzegania, jest potrzebą krytycznego kierunku, cechującego naszą epokę.

Zaznaczywszy tę jedność spostrzegania z doświadczaniem, zmierzających do nagromadzenia faktów Kl. Bernard nazywa faktem fizjologicznym ten objaw, do stwierdzenia którego wystarczą zmysły; jeśli przy pomocy pewnego chemicznego postępowania otrzymujemy ze krwi ciecz bezbarwną, dającą osad z odczymikiem miedziowo-potasowym, burzącą się po dodaniu zaczynu, to są to fakta fizjologii doświadczalnej, na podstawie których wydajemy sąd, że krew zawiera w sobie cukier. Gromadząc fakty, zestawiając je umiejętnie, dochodzimy do fizjologicznego określenia (*determinisme physiologique*), które nas poucza o warunkach, wywołujących objawy życiowe, a na poznaniu których kończy się kres dążeń fizjologa, skoro istota samych objawów, ta przyczyna przyczyn, jest niedoścignoną.

Po przeszło trzydziestoletniem badaniu objawów życiowych zapytał siebie w końcu Kl. Bernard, co jest życie? Każe się on zrzekać w odpowiedzi zgubnego złudzenia, jakoby istota życia nadawała się do odgadnięcia, gdyż tak jak chemik zna objawy powinowactwa, a nie wie co to jest samo powinowactwo, jak fizyk z objawów zna siłę ciężenia, lecz jej samęj określić nie potrafi, tak i fizjolog przestać musi na poznaniu warunków, wywołujących objawy życiowe i w końcu przeświadczyć się, że tajemnica życia nie jest większą niż te wszystkie, które zaliczamy do przyczyn pierwotnych. Wyrzekł się więc Kl. Bernard tak materyjalistów, jak i spirytualistów, gdyż jedni i drudzy zdają się przesądzać o znajomości przyczyn pierwotnych, które w obecnym stanie rzeczy trzeba wykluczyć z zakresu fizjologii, natomiast wyznaje on, że są sprawy z góry zakreślone, regulujące porządek i postać objawów życiowych, i że są warunki materyjalne niezmiennie te objawy wywołujące, a poznanie których jest zadaniem fizjologii doświadczalnej.

Rząd Rzeczypospolitej, idąc za jednomyślnem życzeniem narodu francuskiego, uchwalił urządzić pogrzeb Kl. Bernarda na koszt państwa; wyróżniając w ten sposób Thiersa i Kl. Bernarda, zdawałoby się, że francuzi dopatrują się pewnej analogii między temi dwiema postaciami. Jak Thiers wyzwalał po całym szeregu nieszczęść ziemi francuską z rąk nieprzyjaciela, dowiódł żywotności politycznej społeczeństwa swego, tak Kl. Bernard, kiedy w czasie całego pasma bezowocnych lat szkoły francuskiej i mistrze nauki wraz z narodem oddali się rozkoszom używania, natchnionym przez cesarstwo, on sam jeden, jak szczyt granitu, nie zanurzył się w toni poziomu, nie wypuścił z rąk sztandaru chwały przeszłości, a odkryciami swemi stwierdzał płodność ducha francuzkiego, niespożytość jego intuicji. Lecz taka ozdoba ludzkości nie mogła być chlubą jednego narodu, nie mogła swój wpływ zamknąć w granicach jednego kraju stojąc na tej wysokości, z której rzucił światło w najdalsze zakątki kuli ziemskiej; Kl. Bernard prędzej niż każdy inny miał prawo powiedzieć: „w mojem królestwie słońce nie zachodzi;“ a chociaż szkła niemieckie, przez które do nas dochodzą promienie z Francji, spolaryzowały nie jedno imię francuskie, chociaż np. *piqure* Kl. Bernarda czasem brzmi w ustach polskich: *diabetischer Stich* Schiffa, był to jednak jeden z największej u nas znanych i największej do swych prac wzbudzającej zaufanie francuski uczonej. Składając tę skromną gałązkę

na grób wielkiego fizjologa, dopełniamy należnego obowiązku holdu względem tej wspaniałej postaci, która przesuwała się przez ten krótki żywot, tak niezatartemi zgłoskami wypisała swe imię na kartach nauki lekarskiej.

Dr. A. Kwaśnicki.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, 28 lutego. Czytelnicy Przeglądu Lek. przypomną sobie zapewne felieton nasz, napisany w roczniku 1874, Nr. 1—4, p. t. „Trucicielka Krystyna Edmunds przed przysięgłymi londyńskimi.“ Jak wiadomo, kobieta ta została naprzód skazaną na śmierć, a po zapadłym wyroku dopiero w skutek interwencji ministra sekretarza spraw wewn. i orzeczenia psychiatrów Gulla i Orangea przesłana została jako chora na umyśle do zakładu dla obłąkanych zbrodniarzy w Broadmoore. Otóż z dzieła Fieldinga Blandforda, docenta psychiatrii w Londynie, które właśnie wyszło w tłumaczeniu niemieckim (*Die Seelenstörungen u. ihre Behandlung*, Berlin 1878) dowiadujemy się (str. 320—321), że panna Edmunds po dziś dzień pozostaje w Broadmoore i że wszyscy lekarze tego zakładu uzuali ją za obłąkaną; przebyła ona w zakładzie okresy przytłumienia i manii przyostrej, a obecnie jest spokojną; następnie pokazuje się, że ojciec jej i brat umarli w domu obłąkanych, siostra jest histeryczną i usiłowała sobie odebrać życie; brat młodszy umarł na chorobę mózgową, dziadek (ojciec matki) umarł w 43 roku życia na niedoleżność porażenne, jeden z blizkich krewnych był tępym na umyśle. Mimo to wszystko Krystyna w swoim czasie przez przysięgłych londyńskich skazana była na śmierć!

* Dr. Edgar Kurz we Florenyji umieszcza w *Deutsche Zeits. f. pract. Medicin* (1878, Nr. 8) uwagi nad chorobą króla włoskiego Wiktora Emanuela i stosunkami lekarskimi we Włoszech, z których wynika, że królowi, który umarł na zapalenie płuc i to już w 5tym dniu choroby, puszczone 3 razy krew i przystawiono nadto 18 pijawek, pomimo, że od kilku lat cierpiał na sprawę miażdżycową tętnic, a od kilku miesięcy ciągle niedomagał, nadto pomimo, że przed ostatnim powrotem do Rzymu już w Turynie krew mu puszczone. Lekarze włoscy młodszy występują nareszcie przeciw nadużyciu we Włoszech upustu krwi w zapaleniu płuc, powołując się na zdanie Leberta, Niemeyera, Jaccouda, Cantanigo itd; praca Dietla zdaje się być im całkiem nieznaną. Dziwne panuje tam także uprzedzenie co do zagadkowej choroby „*miliaris*“, która jako gorączka prosówkowa ma występować wśród duru, zapalenia płuc i gorączki pologowej i zwiastować śmierć chorego; ma to być choroba nie tylko zębna, ale bardzo częsta, częstokroć ukrywająca się, jak zapomnianej pamięci Psora. Otóż zdaniem prof. Baccellego król Wiktor Emanuel miał uleść właśnie tej zagadkowej *miliaris*, która jednak nie jest niezem inną, jeno prostymi potówkami, częściej aniżeli u nas występującymi w okolicach gorących, zwłaszcza pod wpływem użycia ciepłego pokrycia i ciepłych napojów.

* Nie spodziewaliśmy się zaiste, że w tygodniku naszym wypadnie nam jeszcze kiedyś wystąpić przeciw koltunowi. Zaledwie jednak pochowaliśmy jego pogromcę, a tu pojawia się pod samym Krakowem lekarz, z powodu sędziwego wieku niby wytehnienia na wsi szukający, a radzący kmiotkom w ciężkich przypadkach chorobowych szukać zbawienia w hodowaniu koltunów! Rzecz nie do uwierzenia prawie, a przecież wiadomość czerpiemy z wiarogodnego źródła. Rumienimy się z tego kapłana Eskulapa, który przynajmniej o pół wieku zapóźno się pojawił, aby obalamć lud wiejski, ale nie poprzestając na tym pozwalały sobie przypomnieć Władzom, że prof. Dietl wykorzystując w swoim czasie przesąd koltunowy działał nie tylko w imieniu nauki ale i z npoważnienia Rządu. Powinny więc Władze baczną zwrócić uwagę, aby lud prosty znów nie uległ zgubnemu przesądowi.

* *W. med. Presse* (Nr. 8) zwraca uwagę, że cena chininu, która w r. 1876 tak znacznie poskończyła w górę, że Ministerstwo zezwoliło na odpowiednie podwyższenie taksy, wkrótce potem znów powróciła do stopy pierwotnej; skutkiem czego ministerstwo węgierskie przywróciło taksę poprzednią, czego jednak ministerstwo nasze dotąd nie uczyniło.

* W ostatnim numerze tygodnika londyńskiego „*The Lancet*“ z d. 23 bm. umieszczony jest artykuł oryginalny p. t. *Structural Changes of the Sympathetic Nerve in Diabetes*, by Dr. Stanislaus John Pomiklo, Assistant to the pathological Institute of the university of Cracow, read before the Cracow Medical Association on Nov. 7th 1877. Jestto skrócony nieco artykuł współpracownika naszego, umieszczony w Nr. 49 Przegl. Lek. z r. 1877.

* Z 1go zeszytu Pamiętnika Tow. lek. warsz. za r. 1878, który właśnie nas doszedł, dowiadujemy się z prawdziwą przyjemnością, że z pomiędzy czasopism lekarskich przez Towarzystwo lek. warszawskie prenumerowanych Przegląd Lek. liczył najwięcej (bo 58) czytelników.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 7 (od 10—16 lutego) umarło w Krakowie osób 49; 21 mężczyzn i 28 kobiet; 21 osób w obwodach i 28 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnej ludności wynosiła 46,3; a we Lwowie 31,6; w Warszawie 33,9; w Poznaniu 27,9; w Wiedniu 32,8; w Budapeszcie 43,8; w Pradze 41,9; w Tryjeście 50,5; w Genewie 33,4; w Brukseli 22,2; w Paryżu 28,0; w Londynie 28,1; w Kopenhadze 23,9; w Chrystyjanii 22,8; w Petersburgu 54,4; w Odessie 30,1; w Bukareszcie 38,1; w Barcelonie 45,2; w Aleksandrii 36,1; w Gdańsku 21,8; w Berlinie 27,4; w Monachium 38,4; w Augsburgu 45,7; w Dreźnie 26,5. W tymże czasie zmarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 15; mianowicie: z dławca 3 osoby, z czerwonki 1, z posocznicy 1, z duru brzusznego 2, z duru powrotnego 7. Liczba chorych na dur powrotny zwiększa się w szpitalach i śmiertelność z niego jest większa.

* **Warszawa**. Departament medyczny w cyrkularzu do gubernatorów, powołując się na dawniejsze swoje rozporządzenie, ponawia surowy zakaz używania t. zw. papieru ołowianego do obwijania: tytoniu, tabaki, herbaty, konserw, czekolady, konfitur, kielbas, ryb, sera i t. p. produktów spożywczych. Doświadczenia chemiczne wykazały trujące własności powyższego papieru, szczególnie, jeśli zawijane w niego przedmioty są mokre lub też nie zupełnie suche, wywołujące zatem prędzyszy rozkład metalu. W powyższych razach ma być jedynie używana cyna, to jest papier ołowiany, pokryty grubą warstwą cyny. (*Kw. Warsz.*)

* **Paryż**. Nagrodę Monthyona w dziale medycyny i chirurgii otrzymali od Akademii umiejętności: Hannover (niemiec za prace o siatkówce), Parrot i Picot. Pomiędzy innymi otrzymali także nagrody za prace w dziedzinie fizjologii doświadczalnej: Ferrier, Carville i Duret.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny w Berlinie Dr. O. Simon temi dniami obejmuje klinikę chorób skórnych we Wrocławiu. — Dr. W. Goldzieher, b. asystent w Heidelbergu habilitował się jako docent anatomii patolog. oka, a Dr. Purjesz starszy jako docent historii medycyny, obaj w Peszcie.

* **Kronika wojenna**. Na Kaukazie i w Armenii sroży się dur, przeważnie brzuszny (w Karsie jest 5000, w Hassan-Kaleh 7000 chorych). Zarazie tej uległo już i kilku lekarzy: Glasgo, Kassakow, Wasyliew i Pelikan; ostatni był blizkim krewnym b. prezesa kolegium lek. w Petersburgu, znakomitego Eugieniusza Pelikana, i wnukiem b. rektora wileńskiego.

* **Konkurs**. Na posadę starszego lekarza, w charakterze dyrektora, przy szpitalu powszechnym w Tarnowie z roczną placą 400 zlr. w. a., z pomieszkaniem w gmachu szpitalnym, opalem i światłem, z terminem do 30 marca rb. Ubiegający się winni załączyć metrykę urodzenia, świadectwo zdrowia, dyplom Dra med. i chirurg. oraz magistra akuszery, lub dyplom Dra w. n. lek. i wywód praktyki dotychczasowej i wystosować podanie do „Komisyi Instytutu ubogich i chorych w Tarnowie.“

Piśmiennictwo lekarskie. VOLKMANNS Sammlung klin. Vorträge Nr. 125. Dr. JUSTI. Ueber adenoide Neubildungen im Nasen-Rachenraume. str. 18.

Nr. 126. Dr. KAHLBAUM. Die klinisch diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie; str. 20.

Nr. 127. Dr. H. FRITSCH. Der Kephalotripter und Brauns Kranioklast; str. 16.

Nr. 128. Dr. H. RANKE. Ueber das Thymol und seine Benutzung bei der antiseptischen Behandlung der Wunden; str. 36.

F. WINCKEL. Die Pathologie und Therapie des Wochenbetts. Ein Handbuch für Studierende und Aerzte. Dritte vielfach veränderte Auflage. Berlin 1878. Hirschwald. Duża Ska str. XIV. 546. 11 m.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Srodę 6 marca br. o godzinie 5tej po południu posiedzenie zwykłe, na którym: 1) kol. prof. Rydel odczyta swe spostrzeżenia kliniczne nad kataraktą i jej operacją, 2) kol. Skórczewski będzie mieć odczyt poprzednio zapowiedziany, nakoniec 3) Komitet przedstawi niektóre wnioski w sprawach Towarzystwa.

Po tém posiedzeniu odbędzie się posiedzenie Komisji sprawozdawczej.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. G. w M. Otrzymałiśmy i unieśliśmy, tylko prosimy o cierpliwość z powodu nawalu materyjału. — Dr. S. w T. Znajdziesz kolega w dziele Caspra-Limana II, oraz Virchowa Jahresbericht 1874, I, 291.

Do niniejszego Nru dołącza się prospekt na **Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

MATTONIEGO

BUDENSKA KRÓLEWSKA WODA GORZKA

zalecana bywa najgoręcej przez pierwsze lekarskie powagi w kraju i za granicą przeciw nawykowemu zaparciu stolca i wszystkim ztąd wynikającym chorobom **bez wszelkich nieprzyjemnych skutków** nawet przy dłuższem użyciu.

Przez obfity zasób **chlorku sodu, dwuwęglanu sodowego i węglanu sodowego** zasługuje woda ta na pierwszeństwo przed wszelkimi innymi wodami gorzkimi krajowymi i zagranicznymi.

MATTONI & WILLE, c. k. austr. dostawca dworu

Właściciel 6 połączonych królewskich źródeł gorzkich w Budzie.

Przepisy leczenia i broszury gratis.

BUDA-PESZT, Dorotheagasse Nr. 6.

Skład w Krakowie: u J. WENTZLA.

L. 54.

OGŁOSZENIE.

W celu rozdania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 850 zlr. z fundacyi JW. Rady stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszém Konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studia swe ukończyli, najdalej w przeciągu dwóch lat po ukończeniu studiów. Każdy z ubiegających się powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

Podania należy wnieść najdalej do dnia 1 Kwietnia b.r. na ręce podpisanego lub jego zastępcy.

Kraków d. 22 Lutego 1878 r.

Plotrowski
Dziekan.

ASTMY

Duszność, chrypka, katarzawy zardawione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu Rurek antiastmatycznych p. Levasseura, 23. rue de la Monnaie w Paryżu.

Dostać można w składach materyjów aptecznych P. Gallego i J. Mrozowskiego ulica Miodowa w Warszawie; w Krakowie w aptece p. J. Trauczyńskiego; we Lwowie w aptece p. Mikolascha; w Brodach w aptece p. Kullaka.

NEWRALGIE

wszelkie cierpienia nerwowe każdej chwili ustępują po użyciu pigulek antinewralgicznych Dra CRONIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

Podpisany poleca Panom Lékarzom swe

Przyrządy elektryczno-lékarskie

dla prądu tak galwanicznego jak indukcyjnego z wszelkimi dodatkami, ogniwami najrozmaitsze itd. przyczém pozwala sobie zwrócić uwagę na najnowszy

Przyrząd indukcyjny przenośny

według pomysłu Spamera zbudowany, a opisany i polecony w wydanyim własnie Wykładzie Elektrotterapii Dra Domńskiego na str. 315.

Cenniki na żądanie przesyła gratis i franco.

Rudolf Krüger

fabrykant przyrządów elektrycznych lékarskich i telegrafów w Berlinie S. W. Simeonsstrasse 20

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEN

Alservorstadt am Glacis. Schwarzspanierhaus Nr. 5.

poleca się ze wszystkimi tego rodzaju należąciami artykułami wedle najnowszój konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie darmo.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Gräfenberg

na Szląsku austriackim.

Mój nowy dom leczniczy „Annahof“ posiada 60 pięknie umeblowanych pokoi, wykwinnie urządzoną jadalnię i wielką ku południowi zwróconą otwartą werandę. Łazienki i natryski odpowiadają wszelkim nowoczesnym wymogom.

Lekarz kąpielowy Dr. Anjel (mówi po polsku) mieszka w tymże domu. Najbliższa stacyja kolei o 2 mile odległa Ziegenhals. **Neugebauer.**

Wyciąg igliwijowy do wdęchań

przeciw chrypcy, niezytom krtani i płuc i do poprawy powietrza w mieszkaniach.

Wyciąg igliwijowy do kąpiel

przeciw gościecowi i porażeniom;

rozseła Zakład leczniczy igliwijowy Dra. Stedry Perchtoldsdorff pod Wiedniem.

Skład główny w Krakowie: W aptece „pod Gwiazdą“ P. Wiszniewskiego.