

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Sokołowski i Oltuszewski. Przypadek ciała obcego w oskrzeli lewem. — II. J. K. Wiktor. O wartości szczepienia ospy. (Dokończenie). — Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. Sekeyja oftalmologiczna. — *Dział sprawozdawczy*: — 155. Mosevig, Moorhof, Mikulicz, Gussenbauer, Bidder, Falkson, Hoefmann, Leisrink, Woelfler, Prof. Koenig. O zastosowaniu jodoformu przy leczeniu ran. (Dokończenie). — 156. Verneuil. Nowe wskazanie przy leczeniu zapalenia stawu biodrowego — 157. Fournier Choroba Pott'a pochodzenia przymiotowego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA KAZUISTYCZNE ZE SZPITALA Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

I. PRZYPADEK CIAŁA OBCEGO W OSKRZELU LEWEM

Spostrzegali D-r **Sokołowski i Oltuszewski.**

14 Kwietnia 1881 r. przyjętą została do oddziału dla chorób piersiowych w szpitalu św. Ducha chora M., lat 37 mająca. Chora przy przyjęciu opowiada nam, że będąc zupełnie zdrową, tydzień temu przy jedzeniu podczas obiadu, raptem doznała ataku silnego kaszlu i duszności. Duszność owa silna w nateżeniu trwała do samego wieczora, wieczorem zaś w czasie napadu silnego kaszlu wyrzuciła około łyżki czystej krwi. Przez dwa dni następne duszność, chociaż mniejsza, jednakże stale pozostawała, wywołując silny suchy kaszel, nie dający nawet nocą spokoju chorej. Na 4 dzień, z zalecenia lekarza, zażyła środek wymiotny. Wymioty wystąpiły obficie, ulga jednakże żadna po nich nie nastąpiła. Przy przyjęciu znaleźliśmy stan następujący: chora wzrostu średniego, odżywianie ogólne dobre, twarz lekko cyjanotyczna, stan bezgorączkowy, tętno 76. Chora od czasu do czasu kaszle sucho. Przy położeniu grzbietowem i głębokiem westchnięciu, słychać oddech lekko świszczący, tak w momencie wdechu jak i wydechu. Przy oddechu powierzchownym świstu nie słychać. Obie strony klatki piersiowej podnoszą się jednakowo. Drżenie klatki piersiowej z obu stron jednakowe. Ilość oddechów na minutę 36. Przy opukiwaniu klatki piersiowej zmian żadnych nie daje się wykryć. Przy wysłuchiwaniu z obu stron klatki piersiowej słychać oddech pęcherzykowy z lekkim świstem wdechowym i wydechowym. Badanie laryngoskopijne dało rezultat ujemny, pomimo że wewnątrz krtani aż do rozdwojenia oskrzeli wybornie za pomocą wziernika było dostępne do zbadania. Inne organa nie przedstawiały żadnych zбочeń. Ciężota ciała wieczorem 37,6° C. Chorej zalecono derywację na klatkę piersiową, oraz

środek wykrztuśny pod postacią apomorfiny. W ciągu następnego tygodnia stan chorej pozostawał prawie ten sam; pomimo znacznej dawki środka wykrztuśnego, kaszel pozostawał ciągle suchym, duszącym. plwocina wcale niewystępowała. Chora z powodu bezsennych nocy słabła widocznie. W płucach oddech świszczący, wyżej opisany, pozostawał bez zmiany, z tą tylko różnicą, że takowy od czasu do czasu mniej lub wyraźniej występował. Bliżej go lokalizować się nie dało. W ciągu drugiego tygodnia pobytu chorej w szpitalu, stan pozostawał ciągle bezgorączkowym: ciepłota ranna wynosiła 36,5° C., wieczorem 37,3° C. duszność zaczęła się wzmacniać, kaszel suchy pod postacią silnych ataków, szczególnie nocą, trwał bezprzerwanie, pomimo przeróżnych środków narkotycznych chorej zaleconych, w płucach oddech świszczący zaczął występować wyraźniej z tyłu między łopatkami przy kolumnie kręgosłupowej, z obu jednakże stron natężenie jego było jednakowe. Obok tego wydech stawał się coraz bardziej wyraźnym, żadne rżenia nie występowały, plwocina żadna.

Z końcem Kwietnia chora zaczęła dosyć szybko upadać na siłach i pod względem ogólnego stanu odżywiania, duszność trwała stale, kaszel suchy występował więcej w nocy, oddech świszczący wzmacniał się w natężeniu, szczególnie z tyłu w okolicy wnęki płuc, przyczem wydech przybierał powoli charakter oskrzelowy, z przodu również oddech świszczący stawał się bardziej stałym. W ciągu całego Maja, stan chorej pozostawał mniej więcej ten sam. Duszność trwała dalej, plwocina nie wydzielala się wcale, oddech świszczący zmniejszał się od czasu do czasu w natężeniu, stale jednakże bardziej wyraźnym był w tylnych i górnych częściach klatki piersiowej. Powoli oddech świszczący stawał się mniej wyraźnym, nawet ustępował w zupełności na dni kilka, natomiast wydech oskrzelowy, z tyłu stawał się coraz wyraźniejszym, lokalizując się coraz bardziej z lewej strony. Duszność od czasu do czasu zmniejszała się znacznie. Stan ogólny chorej upadał coraz bardziej. Dnia 8 Czerwca chora dostaje dreszczy, klucia w lewym boku, gorączki, męczącego kaszlu, przyczem wyrzuca nieznaczna ilość śluzowej plwociny. Przy opukiwaniu z tyłu z lewej strony, absolutna tępość rozpoczyna się od 9 żebra, powyżej stłumienie nieznaczne. Oddech na miejscu tępości nieokreślony, powyżej słabo pęcherzykowy z nieznaczna ilością wilgotnych rżeń. W moczu białko w nieznacznej ilości. Po paru dniach oddech pomiędzy łopatką a kolumną kręgową przybrał charakter oskrzelowy, od czasu do czasu zjawiały się wilgotne rżenia, a u dołu słychać było ten sam oddech oskrzelowy, tylko jakby nieco z daleka. W moczu białko w znacznej ilości. Przyłączające się rozwolnienie pozbawiło do reszty sił chorą. Gorączka ciągle się utrzymywała. Pod koniec Czerwca nogi zaczęły obrzękać i wystąpiły dreszcze z potami nocnymi, powtarzające się prawie codziennie. Ból klujący w lewym boku, kaszel męczący nie dawał często spać chorej, plwocina z nieznaczna ilością krwi przybrała charakter śluzowo-ropny. Chora chudła coraz bardziej. Gorączka utrzymywała się do końca Czerwca. W moczu białko w bardzo znacznej ilości. W ciągu Lipca chorej zaczęła puchnąć twarz, obrzęk kończyn dolnych stawał się coraz znaczniejszym. Duszność i klucie w lewym boku popowoli zmniejszały się, oddech od góry z tyłu z lewej strony powoli zaczął się wyjaśniać, pozostawał bowiem tylko wydech wydłużony z charakterem nieco

oskrzelowym u dołu ciągle utrzymywał się charakter oskrzelowy, a przy kaszlu wysłuchać się dawały dźwięczne wilgotne rżenia.

Stan pozostawał bezgorączkowym. Dreszcze z potami występowały tylko od czasu do czasu. Białkomocz utrzymywał się ciągle. Chora nędziła z dniem każdym, a ciągle trwające rozwolnienie przyspieszyło zejście śmiertelne, które nastąpiło 4 Sierpnia.

Autopsyja, łaskawie zrobiona przez kolegę *E l s e n b e r g a*, wykryła następujące zmiany: Trup blady, średniego wzrostu, dolne kończyny znacznie obrzękłe. Opona twarda mózgu biała. Zatokę podłużną wypełniają czerwone skrzepy krwi. Opona pajęczna obrzękła, rowki między zawojami mózgu dość głębokie, naczynia na podstawie mózgu próżne. Substancje mózgu na przekroju blade, błyszczące, wilgotne, komórki mózgu dość znacznie rozszerzone. Substancja móżdżku biała, błyszcząca.

Po otwarciu klatki piersiowej, płuca prawie wcale nie opadają. Lewe płuco przyrośnięte w $\frac{2}{3}$ częściach górnych za pomocą luźnych błon fałszywych, w dolnych częściach znajduje się około 3 uncyj płynu przezroczystego, surowiczego. Płuco lewe powiększone. Rozlane stwardnienie dolnego płatu i tylnodolnej części górnego. Prawe płuco przyrośnięte na całej przestrzeni. Krtani i przełyk nic godnego uwagi nie przedstawiają. Prawe płuco emfizematyczne, w tylnych częściach i przy wierzchołku obrzękłe, w przednich częściach blade, suche.

W dolnej gałęzi lewego oskrzela, znajduje się kość, z ostremi brzegami, długości 1 ctm., szerokości 7 ctm. Miejsce w oskrzelu, gdzie była kość, przedstawia, kilka dość głębokich owrzodzeń z brzegami białozółtawymi, słabo podminowanymi. Naokoło kości błona śluzowa zgrubiała, naciekła krwią. Poniżej idące oskrzela znacznie rozszerzone, błona śluzowa takowych ciemnoczerwono zabarwiona, dość cienka. Dolny zraz lewego płuca przedstawia jednolite zgęszczenie szaro-różowego koloru, w niektórych tylko miejscach ziarniste. Drobne te ziarenka są koloru blade-żółtego. Oprócz tego, na rozkroju widać rozszerzone oskrzela, otoczone szaro-brunatną zbitą tkanką łączną (*pneumonia calaecticorum chronica* — z zejściem w czarną indurację). W zrazie górnym te same zmiany, tylko daleko świeższe: płuco rozrywa się łatwiej, a wyciekający płyn mętny, czerwony, zawiera niewielką ilość powietrza. Serce dość małe. Mięsień serca blady, twardy. W prawym przedsionku i komórce dość znaczna ilość pośmiertnych skrzepów. Śledziona powiększona, twarda mączkowato zwyrodniona. Nerki powiększone przedstawiają zmiany następujące: otoczka schodzi dość łatwo, powierzchnia przekroju gładka, substancja korowa zgrubiała, blade żółta. W substancji korowej widać punkta i smugi podłużne stłuszczonej mass nabłonkowych. Piramidy ciemnoczerwone, ostro odgraniczone. Takie same smugi w dolnej części piramid. Kiszki ściągnięte, błona ich śluzowa biała, pokryta znaczną ilością śluzu.

*

*

*

Przypadki ciała obcego w oskrzelu nie należą do rzadkości, w literaturze mamy — począwszy od bardzo gruntownej pracy *S t o k e s'a* — zestawione całe setki

przypadków. Wyżej opisany przypadek zasługuje jednakże pomimo to na uwagę z dwóch względów.

1). Ciało obce utkwilo w lewym oskrzelu, zdarza się to tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach, zwykle bowiem ciało obce zatrzymuje się w prawym oskrzelu, które ze względu anatomicznego przedstawia ku temu daleko korzystniejsze warunki niż lewe.

2). Dany przypadek przedstawiał się ciekawym pod względem dyagnostycznym; w nim — jak to wyżej opisano — brakowało nam najbardziej charakterystycznych i typowych objawów dyagnostycznych ciała obcego w oskrzelu, t. j. zmniejszonego inspiracyjnego rozszerzenia się odpowiedniej części klatki piersiowej, w porównaniu z drugą stroną i powtóre — zmniejszonego, lub osłabionego oddechu pęcherzykowego w tejże części płuca. Dwa powyższe objawy są typowymi i niemal zawsze występują przy obecności ciała obcego w oskrzelu. W naszym przypadku brakło w zupełności owych objawów, klatka piersiowa z obu stron rozszerzała się jednakowo i z obu stron słyszeć się dawał wzmocniony oddech pęcherzykowy. W naszym przypadku istniał jednakże objaw inny, niesłychanie rzadki, na który dopiero od niedawnego czasu zwrócił uwagę profesor *Weit* z Heidelberga (*Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XIV*), mianowicie obecność szmeru świszczącego, słyszalnego w czasie wysłuchiwania, ale to tylko podczas głębokiej inspiracji — przy oddechu powierzchownym szmer ów zniknął. *Weit* szmer ów słyszał po stronie zwężonego oskrzela, w naszym przypadku szmer słyszeć się dawał z tyłu, pomiędzy łopatkami, z obu stron kręgosłupa. Zresztą objaw ów był zmiennym, były bowiem dni gdzieśmy go wcale nie słyszeli, znówu innemi dniami nabierał nateżenia, występując stale w ciągu dni kilku. Wreszcie z chwilą wytwarzającej się sprawy zapalnej objaw ów zniknął zupełnie.

II. O WARTOŚCI SZCZEPIENIA OSPY.

Skreślił D-r **J. K. Wiktor**,
lekarz miejski w Rozwadowie nad Sanem.

(Rzecz czytana na 4-tem posiedzeniu sekcji dla medycyny publicznej III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 51).

Daleko cięższe jednak podniesiono ze strony przeciwników szczepienia zarzuty przeciw szczepieniu krowianką humanizowaną. Podniesiono mianowicie możność przeszczepienia podczas szczepienia krowianką z ramienia na ramię chorób takich jak gruźlica, dalej żółzów i przymiotu. To już są zarzuty, których tak łatwo, jak poprzedzających, odeprzeć nie można. Chociaż bowiem wielu badaczy przemawia przeciw możności przeszczepienia przymiotu podczas szczepienia limfą humanizowaną i twierdzi, że w przypadkach, w których dowodzą przeszczepienia przymiotu, było albo zrobione mylne rozpoznanie i wzięto wy-

sypkę skórą występującą niekiedy po szczepieniu za syfilityczną — albo też, że u dzieci, którym zaszczepiono ospę wystąpił przymiot dotąd ukryty dziedziczny, a że wnet po szczepieniu wystąpił, rozpoznano go jako przeszczepiony, to przecież fakta przemawiają za tem, że istotnie można podczas szczepienia z ramienia na ramię przeszczepić zwłaszcza przymiot, a możność ta odstrasza bardzo wiele osób od szczepienia, zwłaszcza krowianką humanizowaną. W literaturze lekarskiej znanych jest 50 przypadków, w których 750 osobom zaszczepiono podczas szczepienia przymiot. Na sto przeszło milionów osób szczepionych nie wielka to ilość 750, którym przymiot zaszczepiono — w każdym razie jednak, jeżeli i te dadzą się usunąć, szczepienie dużo na wartości i popularności zyska. Nieprzyjaciolom zaś szczepienia przyznać należy tę zasługę, że wytykając rzetelne wady szczepienia, zniewałają zwolenników szczepienia do wykluczenia wad, a dadzą się one może — jeżeli nie wykluczyć zupełnie, to przynajmniej zmniejszyć *ad minimum*. A można zmniejszyć znakomicie liczbę przypadków przeszczepienia przymiotu — mianowicie jeżeli z większą sumiennością, z większą uwagą, czystymi narzędziami, i limfą ze zdrowych, młodych, uważnie i dobrze wybranych dzieci szczepić będziemy. Niektórzy autorowie (F ü r t h i inni) twierdzą, że przymiotu przy szczepieniu ospy nie podobna przeszczepić, dowodzą jednak, że trzeba szczepić limfą z dzieci zdrowych i młodych (niżej roku), limfą czystą, bez przemieszek krwi lub ropy, czystymi narzędziami i t. p., a przymiot się nigdy nie przeszczepi. Wykluczyć możnaby zupełnie przeszczepienie przymiotu podczas szczepienia ospy tylko wtedy — gdybyśmy szczepili limfą zwierzęcą, t. j. krowianką nie humanizowaną, z krów, wołów lub cieląt — i szczepienie w przyszłości w tym kierunku zreformowaniem, zdaje się, być musi, że będziemy szczepili krowianką tylko zwierzęcą. Szczepienie limfą zwierzęcą wyklucza również przeszczepienie zołzów i gruźlicy, można bowiem po zdjęciu limfy ze zwierzęcia, przed użyciem limfy zabić zwierzę, z którego limfę wzięto i przekonać się, czy zwierzę nie ma choroby perłowej i t. p. Ponieważ choroba perłowa przytrafia się u krów i wołów 1 do 2 razy na sto, a u cieląt w pierwszych 3 miesiącach życia 1 raz na 2 do 3 tysięcy, zołzów zaś ani u cieląt ani u bydła nie bywa — przeto najlepiej by było używać do szczepienia limfy z cieląt.

Przeciwnikom szczepienia pozostał jeszcze zarzut i to według nich najcięższy — jaki czynią szczepieniu — mianowicie brak teoretycznego naukowego wyjaśnienia — w jaki właściwie sposób szczepienie chroni lub ma chronić od ospy prawdziwej. Na to mieliśmy dotąd tylko empiryczne dowody, to jest fakta i daty — że śmiertelność wskutek ospy po odkryciu i zaprowadzeniu szczepienia się zmniejszyła, że szczepionych bardzo mało zapada na ospę, a jeżeli pewien procent zapada po jakimś czasie po szczepieniu na ospę rodzimą — to za to ospa u nich przebiega znacznie łagodniej i mało wskutek ospy umiera i t. d. i t. d. jako to już wyżej przytoczyliśmy. Pozostaje nam odeprzeć zarzut — że brakuje nam naukowego wyjaśnienia — w jaki sposób szczepienie chroni od ospy — wczem będzie zarazem leżyć wykazanie, że szczepienie chroni od ospy tylko na pewien okres czasu, u różnych indywidualów różny. Chociaż brak naukowego teoretycznego wyjaśnienia — w jaki sposób rzecz jakaś jest użyteczną i pomocną — jeżeli fakta tylko stwier-

dzają, że rzecz ta jest istotnie pożyteczną i pomocną — nie powinien upoważniać ludzi poważnie myślących do występowania, aby rzecz pożyteczną i t. p. zarzucić — aby ją za szkodliwą uważać i t. p., jak to czynią przeciwnicy szczepienia ze szczepieniem. Choć bowiem naprzykład do dziś dnia nie daje nam nauka teoretycznego wyjaśnienia — w jaki sposób chinina leczy zimnicę — ale faktem jest ogólnie znanym i stwierdzonym — że chinina istotnie leczy zimnicę, to przecież nie przyszło nikomu na myśl, aby dla braku naukowego wyjaśnienia teoretycznego wyrzucić środek, w praktycznym leczeniu zimnicy tak pomocny i pożyteczny i nie podawać chininy w zimnicy — a takby wypadło według rozumowania przeciwników szczepienia postąpić; dla tego bowiem, że nie znamy naukowego wyjaśnienia jak szczepienie chroni od ospy — radzą szczepienie zupełnie zarzucić — aby dzieci niepotrzebnie nie kaleczyć, a pomimo tego, że nie mamy naukowego wyjaśnienia jak chinina leczy zimnicę — zapisujemy przecież (pomimo że chinina jest bardzo drogim lekiem) w zimnicy chininę. Zresztą czyż mielibyśmy rezygnować z możliwości wyjaśnienia naukowego teoretycznego, w jaki sposób szczepienie chroni od ospy, jeżelibyśmy tego dziś uczynić nie mogli? W taki sposób wszelka kwestyja naukowa, która nie ma dotąd naukowego wyjaśnienia — powinna być zarzuconą, rozumowanie jednak takie nie poprowadziłoby nas ani na krok naprzód — i owszem nawet musielibyśmy się o wiele cofnąć wstecz. Czyż zresztą J e n n e r nie robił doświadczeń swych ze szczepieniem systematycznie, ściśle naukowo i przez długi szereg lat mozolnie, nim wystąpił publicznie ze środkiem przeciw ospie — za jaki szczepienie uznał. Czyż nie szczepił publicznie i potem nie odbywał szczepienia wtórnego próbnego albo narażania szczepionych na zarażenie się jadem ospy rodzimej? Szczepienie było przecież i znanem i praktykowanem przed J e n n e r' e m — J e n n e r' a zasługa leży w tem, że — jakeśmy to już napomknęli — podniósł kwestyję tę i naukowo ją traktował i ściśle a rozumnie przez długi czas robił doświadczenia i studyja. My tu starać się będziemy podać wyjaśnienie teoretyczne — w jaki sposób właściwie chroni szczepienie od zarażenia się ospą przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu — i to według dzisiejszego stanowiska nauki i poglądów na tę sprawę — aby na ostatni zarzut przeciwników szczepienia dać odpawę.

Cheąc wyjaśnienie to podać, musimy zboczyć na chwilę od szczepienia ospy — a przytoczyć kilka faktów powszechnie znanych, uznanych i udowodnionych, z dziedziny nauki o pasorzytach, która to gałąź patologii ma wielką przyszłość przed sobą i w ostatnich latach wielkie i znakomite porobiła postępy. Znane są powszechnie dokładne, ściśle i nie wątpliwości nie pozostawiające doświadczenia P a s t e u r' a, jakie robił z zarazkiem choroby, pustoszącej często kurniki, wysoce zaraźliwej, znanej pod nazwiskiem cholery kur (*choléra des poules*). P a s t e u r, badając krew kur chorych na cholere i porównywając ją ze krwią zdrowych kur, przekonał się, że krew kur chorych na cholere zawiera milijardy mikrobów. Później brał krew kur chorych, zawierającą owe mikroby i zaszczeptał ją kurom zdrowym, a przez to wywoływał u kur zdrowych cholere i to cholere ciężką — zabijającą zwykle kury nią dotknięte. Badając krew kury zdrowej — widział, że we krwi takiej kury mikrobów nie ma — gdy jednak na kurze takiej dokonał szczepienia za pomocą krwi z kury chorej na cholere — to

badając potem codziennie krew kury — na której szczepienia dokonał — widział że drugiego a najdalej trzeciego dnia takie same mikroby we krwi tej kury powstawały i niesłychanie szybko i licznie się mnożyły — a podczas tego cholera się rozwinęła i kurę zabijała.

Później brał P a s t e u r te mikroby i hodował je w soku z mięśni kury, a przez dłuższe hodowanie w dłuższych odstępach czasu i w różnych płynach osłabił jad cholery (siłę mikrobów) do tego stopnia, że jeżeli te hodowane bakteryje potem zdrowej kurze zaszczylił — to kura taka wprawdzie chorowała i dostawała cholery — ale cholery znacznie szlubszej, niż ta, która epidemicznie czasem po kurnikach grasuje i kura taka, której cholereę osłabionym jadem hodowanym zaszczylił, nie ginęła zwykle, ale wyzdrowiała. Później zaszczylił P a s t e u r tym kurom, które cholereę szczepioną jadem przez hodowanie mikrobów osłabionym przebyły — znowu jad cholery epidemicznej, ale nieosłabionym przez hodowanie — i przekonał się, że już mikroby we krwi kur przedtem szczepionych się nie przyjmowały, nie rozmnażały i że kury, które szczepioną cholereę przebyły — już się cholereą epidemiczną ani za pomocą szczepienia, ani przez styczność z kurami choremi na prawdziwą cholereę, nie zarażały. Organizm kur szczepionych stał się na jad cholery niewrażliwym — odpornym. P a s t e u r nazwał szczepienie takie — szczepieniem ochronnym, a raczej zapobiegawczym (*inoculation préventive*). Tak samo jak cholera kur da się szczepić wąglik, W sekcji dla medycyny wewnętrznej III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie podał nam nasz młody, ale pilny badacz, D-r S z p i l m a n z Wiednia, wyniki swej pracy nad pasorzytem wąglika (*bacillus anthracis*), i pokazywał odnośne preparaty mikroskopowe — hodował on w Bernie wąglikowe prątki, odkrył sposób mnożenia się tychże i pokazywał zarodniki wąglika — materję do szczepienia i t. p. Można szczepić karbunkul symptomatyczny, zarazę płucną, D-r S z p i l m a n szczepił w Bernie także psie zołzy (*Staupe der Hunde*) ze skutkiem pomyślnym. Wszystkie te choroby dają się szczepić — a mianowicie można niektóre z nich zaszczylić zarazkiem zwyczajnym i wywołać zwyczajną ciężką chorobę, jak to przy *inculatio variolae* czyli *varioliatio*, to jest wszczepianiu zarazka (jadu) ospy zwyczajnej także dawniej czyniono — a niektóre narody i dziś czynią — a można także szczepić zarazkiem hodowanym zmodyfikowanym (ochronnie czyli zapobiegawczo) i wywołać chorobę złagodzoną. Kto wie czy z postępami nauki o pasorzytach chorób zaraźliwych, nie będziemy szczepić ochronnie wszystkich chorób zaraźliwych.

Wroemy teraz jednakże do ospy i jej szczepienia. Limfa ospy, którą szczepimy, świeża, składa się morfologicznie z następujących części (czy to humanizowana czy zwierzęca to wszystko jedno, bo różnica między obiema jest tylko w wielkości ciałek krwi):

1). Z cieczy jasnej, jak woda przezroczystej, płynnej — nieco kleistej, w której znachodzą się :

2). Skrzepy włóknika, które widzimy w rurce szklanej włosowatej jako białe obłoczki, albo delikatną białawą niteczkę.

3). Białe ciała krwi, okazujące niekiedy ruchy (*amöboide Bewegung*).

4). Czerwone ciała krwi, które w każdej limfie nawet najostrożniej zbie-ranej zawsze, choć w bardzo małej ilości się znachodzą.

5). Prócz powyższych składników znachodzi się w limfie jeszcze znaczna ilość jasno świecących, ostro odgraniczonych, zielonawy odcień mających ciałek, mniejszych znacznie od czerwonych ciałek krwi — które to ciała albo wolno pływają i drgają, albo się do białych ciałek krwi przyczepiają — albo wreszcie są substancją białych ciałek otoczone i udzielają ciałkom białym wejrze-nie ziarniste.

6). Wreszcie znachodzą się jeszcze w limfie grzybki w postaci małych, okrągłych ziarenek, albo komórek ruchy molekularne wykonywających, często łańcuchy tworzących. Niektórzy utrzymują, że te grzybki nie zawsze są w limfie— B o h n np. twierdzi, że w limfie 5 do 7 dni mającej nie widział ich, tylko w limfie od 1 do 5 dnia — inni odwrotnie twierdzą, że 1 dnia ich nie ma, a póź-niej są, mnie się zdaje, że są zawsze, tylko trzeba dokładnie badać więcej kropel jednej i tej samej limfy, to się je znajdzie.

7). Niekiedy bywają jeszcze w limfie kuleczki tłuszczowe, naskórek, a w dawnej, t. j. długo przechowywanej limfie, także kulki leucyny i igiełki margaryny.

Znając składniki limfy ospowej—zapytujemy gdzie tkwi jad ospowy—ów roz-nosiciel ospy, czy w cieczy, czy w stałych częściach limfy? Gdyby się ów jad znaj-dował w cieczy, musiałby być natury chemicznej, co się nie da wyrozumować. Cia-ło chemiczne płynne nie mogłoby się mnożyć i zaszczipione w jednym miejscu nie mogłoby wywołać zmian na całej skórze i błonach śluzowych; trudno także przy-puścić, aby roznosicielem ospy był jakiś ferment w cieczy zawarty, wreszcie gdyby w limfie tkwił środek, czy pierwiastek chemiczny zarażający —toby szko-dził zaraz, nie byłoby stadyjum wylegania — musiano by wreszcie ten środek czy pierwiastek wykryć. Lotność zresztą zarazka przemawia także za tem, że nie jest ciałem płynnem, a i to że po wyschnięciu cieczy szczepi się ze skutkiem po-myślnym krowianką suchą. I tak jest w istocie; doświadczenia robione przez C h a u v a u i innych badaczy stwierdziły, że zarazek czyli jad ospowy nie jest rozpuszczony w limfie, ale się trzyma cząstek stałych. Filtrowano miano-wicie limfę i szczepiono limfą przecedzoną, ale bez skutku, podczas gdy resztą ze sączka szczepiono ze skutkiem pomyslnym. To znowu mieszano limfę z wodą, gliceryną, albo samą limfę odstawiono i po długim odstaniu i odklarowaniu szczepiono górnemi rzadkiemi warstwami — ale bez skutku, gdy zaś oddalono warstwy górne i szczepiono dolnemi warstwami, albo osadem — to skutek był pomyslny. Zarazek więc ospy jest istotą uorganizowaną, w limfie tkwiącą, ale w niej nie rozpuszczoną. Ponieważ tedy zarazek tkwi w istotach uorganizowa-nych, w częściach stałych limfy, przeto poczęto szukać tego zarazka skrętnie i znaleziono go. C o s e, F e l t z, K l e b s, E r i s m a n, W e i g e r t, Z u e l - z e r, C o h n, K o b e r, S c h o e n f e l d, P a s t e u r i wielu innych skonsta-towali we krwi i w limfie chorych na ospę rodzimą lub też po szczepieniu mikro-kokki, mikroby, bo różni różnie je nazywają i uznali je za roznosicielei jadu cho-robliwego — a więc i choroby. Zarazek ten odpowiadałby *sub 6)* opisanemu składnikowi limfy (według K l e b s'a, H a l l i e r'a, Z ü r n'a, S ö m m e r'a i t. p.)

inni znowu (Cohn, Grünhagen i t. d.) upatrują zarazka w ciałkach *sub 5*) opisanych. Cohn np. opisuje nośniki jadu ospowego jako *microsphaerae*, 1 mikrometer duże, z grupy *schizomycetae* (bakteryje kuliste), Klebs opisuje te mikrokokki jako *microsporion variolae seu vaccinae* i miał je wyhodować. Hallier miał również wyhodować grzybki ospowe i nazwał je *micrococcus variolae*. Opisują je również i inni autorowie. Zarazek ospy ludzkiej i owczej rodzimej ma być tak obfitym, że mikroby (zarodki) aż się unoszą w powietrzu obok chorego, i powietrze to przepełnione mikrobami ospowemi może zarazić i w oddaleniu od chorego, dla tego to zarazek ospy ludzkiej i owczej zwią także lotnym, podczas gdy zarazek ospy krowiej jest mniej obfitym i nie jest lotnym, co odpowiada istocie rzeczy, owcza bowiem i ludzka ospa są cięższe niż krowia, ich krew i limfa są więcej skoncentrowane (zgęszczone), bo zawierają więcej mikrokokków w sobie — wywołują przeto więcej krost, podczas gdy krowia krew i limfa (gdy krowa jest ospą dotknięta) jest mniej skoncentrowaną, uboższą w mikrokokki — mniej przeto także i krost wywołuje.

Doświadczenie uczy, że limfa ospy krowiej rodzimej rozpuszczonej 50 razy i zaszeplona — nie skutkuje, nie przyjmuje się, podczas gdy limfa ospy rodzimej ludzkiej lub owczej przy rozcieńczeniu 1500 razy zaszeplona jeszcze skutkuje i przyjmuje się. Ospa tedy ludzka lub owcza rodzima, wytwarza przeszło 1000 razy więcej zarazka niż krowia i dla tego to ospa ludzka lub owcza może zarazić i w oddaleniu od chorego na ospę człowieka, lub od chorej na ospę owcy — co nazywamy, że ma zarazek lotny. Jeżeli limfę przez cedzenie uwolnimy od mikrokokków, lub przez odstanie (*decantatio*) lub zaprawienie silnym rozczysem kwasu karbolowego, to staje się ona wtedy do szczepienia nie przydatną nieskuteczną, bo choć się ją zaszepli — to się nie przyjmie.

S ö m m e r z Dorpatu (w dziele *Ueber die gegenwärtigen Grenzen der miasmatischen und contagiösen Krankheiten. 3 Serie. 3 und 4 Heft*) nie tylko twierdzi, że ospa należy do chorób, w których w krostach, to jest w zawartości (limfie) krost znajdują się mikrokokki — jak to Z ü r n, H a l l i e r i t. p. utrzymują — ale w których prócz tego jeszcze we krwi, a nawet w gruczołach skórnych znalezione zostały mikrokokki specyficzne dla ospy. Według tej teorii zarażenie się ospą polega na przypadkowym lub spowodowanym umyślnie dostaniu się mikrokokków ospowych do krwi lub limfy człowieka zdrowego — aby się tamże rozwinąć i rozmnożyć mogły. Wrażliwość zaś na ospę, czyli skłonność do zarażenia się ospą, zależy od warunków korzystnych dla rozwoju i mnożenia się tych mikrokokków we krwi w większej lub mniejszej ilości. Odporność zaś względem zarazka ospowego czyli obojętność na takowy stanowi brak korzystnych warunków dla rozwoju zarazka ospowego i rozmnożenia się jego. Skłonność do zarażenia się ospą może być różna u różnych ludzi, największa zaś u dzieci. Aby tę skłonność zmniejszyć zaprowadzono szczepienie to jest operację, za pomocą której dobrowolnie zaszeplamy czyli wprowadzamy mikrokokki chorobowe do ustroju, w którym przypuszczamy istnienie korzystnych warunków dla rozwoju tych mikrokokków, aby wyzyskać takowe dla rozwoju i rozmnożenia mikrokokków złagodzonych przedtem — nimby organizm został narażony na wprowadzenie doń przypadkowe mikrokokków choroby niezłagodzonych, sprowadzających

ogólną ciężką chorobę. Przez takie postępowanie osiągamy tę korzyść, że gdy organizm istotnie zarazi się później ospą rodzimą, to jest przyjęcie mikrokokki chorobowe nie zlagodzone w niedługi czas po zaszczepieniu zlagodzonych, to nie ma w nim warunków potrzebnych i korzystnych dla rozwoju zarazka i zarazek się nie rozwinię, albo jeżeli są jeszcze warunki korzystne dla rozwoju i rozmnożenia się zarazka, to są w każdym razie po szczepieniu zmniejszone (co zależy musi przede wszystkim aby szczepienie było dokładne i przyjęło się i od czasu kiedy szczepienie było przedsięwziętem) i zarazek choć się przyjmie i rozwinię, to nie w takiej ilości jakby się rozwinął bez poprzedniego szczepienia. Że te warunki, korzystne dla przyjęcia, rozwoju i rozmnożenia się zarazka, czy to po przebyciu ospy rodzimej, czy też po przebyciu ospy szczepionej, nazad powstawać czyli wytwarzać się mogą, jest rzeczą dostatecznie dotychczasowem doświadczeniem stwierdzoną, albowiem po przebyciu ospy rodzimej bywają ludzie nieraz dotknięci po raz wtóry ospą, a po szczepieniu (zwłaszcza im później po szczepieniu tem częściej się to zdarza) bywają ludzie dotknięci ospą pomimo poprzedniego szczepienia z pomyślnym skutkiem — wynika ztąd potrzeba powtórnego szczepienia po jakimś czasie, czyli potrzeba rewakynacyi, ażeby warunki korzystne dla rozwoju mikrokokków ospowych, które się z czasem po pierwszym szczepieniu (lub przebyciu ospy) wytworzyły — usunąć i zamienić na niekorzystne. Jeżeli daty statystyczne nie grzeszą dokładnością i nie mogą nam dawać pewnych danych, wyjaśnień, lub wniosków co do szczepienia ospy, to co do rewakynacyi dają nam jeszcze mniej pewności — zwłaszcza że danych, odnoszących się do rewakynacyi i skutków takowej, mamy znacznie mniej jak danych, odnoszących się do szczepienia i jego skutków — o czem zresztą już wyżej napomknęto. Przytoczmy tu jednak niektóre dane, odnoszące się do rewakynacyi. *Zuelzer* np. podaje, że na 800 przypadków ospy, przyjętych do szpitala, nie było ani jednego, w którymby zarażenie się ospą nastąpiło wcześniej jak po 6 latach upłynionych po szczepieniu lub rewakynacyi (w ten sam bowiem sposób co szczepienie pierwsze nie chroni od zarażenia się ospą — nie chroni od niego na zawsze i powtarne szczepienie) — 17 zaś było takich przypadków — gdzie zarażenie się ospą nastąpiło w 6 do 10 lat po szczepieniu — reszta zaś zaraziła się ospą później jak w 10 lat po szczepieniu.

Według *Kussmaul'a* zaszczepiono w Baden powtórnie 100,546 osób w 29 latach w wojsku — przyjęło się powtarne szczepienie dobrze w 40,040 razach, czyli 39,8%. W tychże 29 latach zapadło na ospę, z tych co im się dobrze powtarne szczepienie przyjęło tylko 34 osób, z tych zaś co się im albo nie dobrze przyjęło, albo wcale nieprzyjęło zapadło w tychże 29 latach 325 osób, to jest około 10 razy tyle jak tych, co im się szczepienie powtarne przyjęło. Zmarło w tychże 29 latach z rewakynowanych wskutek ospy 2 osoby.

W Wirtembergii służy co rok w wojsku 7 do 9 tysięcy żołnierzy, a rewakynują ich przymusowo od roku 1803. Otóż od roku 1833 do 1870 zachorowało na ospę tylko 51 żołnierzy, Gdy zaś w roku 1870 zwołano wojska wirtemberskie, które stały przez 3 miesiące w Sztutgardzie — a nie było czasu rewakynować tego roku żołnierzy — to zapadło na ospę 54 żołnierzy, a zatem

w tym jednym roku więcej zapadło żołnierzy w tej części wojska wirtemberskiego, która stała w Sztutgardzie, jak w całym wojsku wirtemberskim przez innych lat 47.

Z tego wynikałoby, 1) że szczepienie chroni od zarażenia się ospą tylko na pewien przeciąg czasu, który na 6 do 10 lat podają, że więc potrzebną jest rewakcynacja, czyli powtórne szczepienie; 2) że rewakcynacja czyli powtórne szczepienie jest bardzo pożyteczne i korzystne — na co się prawie wszyscy zgadzają.

Takie by było teoretyczne wyjaśnienie sposobu, w jaki właściwie szczepienie chroni od zarażenia się ospą. Pasteur zajmuje się obecnie z Chamberlana i innymi badaczami tą sprawą dalej i było nawet doniesienie, że są blizkimi celu, i że wnet będzie ogłoszoną praca i spostrzeżenia, dotyczące tej sprawy. Dotąd jednakże napróżno szukaliśmy wszędzie gdzie można było spodziewać się spotkać z temi spostrzeżeniami — zdaje się, że jeszcze nie doszli do ostatecznych wniosków więc i pracy jeszcze dotąd nie ogłosili. Nie mniej jednakże ważną przy tej sposobności znalazłem wiadomość — mającą styczność ze sprawą obchodzącą nas, którą tu przytoczyć muszę, albowiem wskazuje ona, że wnioski, jakieśmy porobili, starając się wyjaśnić teoretycznie, w jaki sposób szczepienie chroni od zarażenia się ospą, są albo będą już niezadługo stwierdzone i uzasadnione doświadczeniami. Wiadomość ta jest także tylko tymczasowym doniesieniem pp. M. Jolyet'a, Delàg'e'a i Lagrolet'a, przesłanym na ręce sekretarza Akademii umiejętności paryzkiej, aby odczytał na posiedzeniu (*vide Tome XCII. Nr. 26 z Czerwca 1881. Comptes rendus*), że panowie ci robili poszukiwania i doświadczenia ze krwią i limfą gołębi, którym zaszczepiali materję ospową ludzką zwyczajną, dalej krowiankę humanizowaną. I tak, gdy badali krew gołębi przed szczepieniem — nie widzieli mikrobów we krwi nigdy, po zaszczepieniu zaś materji ospowej, badając codziennie krew gołębi — którą szczepili — nie zauważyli pierwszego i drugiego dnia, a czasem i trzeciego dnia nic w tej krwi nieprawidłowego. Pod koniec trzeciego dnia już jednakże stwierdzili zawsze obecność mikrobów we krwi ale w małej ilości; następujących dni stwierdzali, że się pasorzytów we krwi coraz więcej mnoży, a gdy nareszcie zaszczepiony gołąb okazuje już jawne przypadki zewnętrzne ospy, to jest wysypkę, badanie drobnowidzowe tak krwi jak i limfy wykazuje mirjady ruszających się mikrobów. Okres tedy wylegania choroby (*stadium incubationis*), t. j. od zaszczepienia, a względnie zarażenia się, aż do wybuchu krost ospowych, odpowiada i jest okresem mnożenia się mikrobów; i jest okresem cechującym wszystkie choroby zakaźne. W ropie krost znachodzą się mikroby w obfitości takiej samej jak we krwi i mają też samą własność, że zaszczepione — tak jak mikroby we krwi lub limfie się znajdujące — wywołują też samą chorobę. Świadczyło by to, że limfa i później jak dnia ósmego zbierana — to jest wtedy, gdy już zmętnieje i ropienie w kroście wystąpi, jest jeszcze do szczepienia przydatną. Mikroby te nazwali Jolyet i t. d. *microbes varioliques*; stwierdzają dalej ciż panowie, że mikroby te w rosole z mięśni gołębi dają się hodować i dostarczają następczych płynów, które zaszczepione wywołują znowu ospę. Dalsze badania, uzupełnione spostrzeżeniami, jakie robią panowie Jolyet i t. d. nad mikroblem ospowym, ho-

dowanym na innych zwierzętach, jak małpy, psy, króliki, świnie — a nawet na ludziach, przyrzekli ci panowie ogłosić w Akademii umiejętności w Paryżu.

Oby się ostatecznie powiodło dokończyć dzieła pod tym względem, czy Pasteur'owi czy innym badaczom jeszcze przed jesienią b. r., kiedy się ma (według wiadomości podanej przez ostatni numer *Journal für Gesundheitspflege* z Czerwca b. r.) zebrać kongres międzynarodowy przeciwników szczepienia w Wiedniu — na który to kongres komitet złożony z panów: D-ra Boën's'a z Charleroi, D-ra Vogt'a z Bernu i D-ra Oidtmann'a z Linnich już zaprasza — aby kongres ten mógł się nawrócić i przeciwników szczepienia zamienić w zwolenników tej niewinnej zresztą operacyi (jeżeli dokładnie i sumiennie zostanie wykonywaną), a tak zbawiennej w swoich skutkach.

Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

SEKCYJA OFTALMOLOGICZNA.

Adolf Weber. **O zmianach patologicznych, poprzedzających lub powodujących jaskrę (*glaucoma*).** Zarówno ogólne, jak i miejscowe zboczenia w krwi obiegu, układzie nerwowym i odżywianiu tkanek, mianowicie tworzących ścianki naczyń, wpływają na powstawanie i rozwój jaskry o tyle tylko, o ile zakłócają mechanizm regulujący stosunki krążenia i odżywiania oka, lub przyłączają się do istniejących już zaburzeń w tem ostatniem. Regulowanie spraw odżywiania w oku zależy od stosunku ciśnienia przesięku z naczyń krwionośnych do miąższu tkanek i jam oka do ciśnienia wewnątrz naczyń wydzielających. Tylko wyraźny niestosunek między przesiąkaniem i wysysaniem płynów, zebranych w jamach oka, może wyjaśnić nieprawidłowe i stałe podwyższenie wewnętrznego ciśnienia, spostrzegane w jaskrze. Płyny te za pośrednictwem kilku, jeżeli tak można wyrazić się, sączków, bądź o budowie siatkowatej, bądź złożonych ze szklistych błonek, dostają się z ciała szklistego do tylnej komórki, przez otwór źrenicy do przedniej, zaś z obwodowych części tej ostatniej w różnych kierunkach na zewnątrz oka. Każde zwężenie jednej z tych dróg odpływowych musi pociągać za sobą zatrzymanie płynu w przestrzeni po za nią leżącej i staje się pierwszym warunkiem powstawania jaskry. Jako konieczny jednak warunek zupełnego jej wykształcenia, musimy przyjąć, że nie nastąpi wyrównanie ciśnienia wewnątrz i zewnątrz naczyniowego. Wiadomo nam bowiem, że przepuszczalność (*Permeabilität*) błony zwierzęcej, oddzielającej dwa płyny, znajdujące się pod różnym ciśnieniem, wzrasta w miarę zmniejszenia się różnicy w ciśnieniu po wewnętrznej i zewnętrznej jej stronie i odwrotnie, że ilość i stężenie przesiąkającego płynu zmniejszają się w miarę wzrastania różnicy w ciśnieniu. Oczywiście zatem jest rzeczą, że wzrastanie ciśnienia płynów, zebranych w jamie oka, powoduje zwiększony ich przesiek z naczyń krwionośnych, który może wzrastać aż do chwili wyrównania obustronnego ciśnienia, t. j. gdy ciśnienie wewnętrzne stanie się równem ciśnieniu w tętnicy ocznej i jej gałęziach, co jednak w ciągu całego przebiegu jaskry nie ma miejsca. Jedynie tylko zwężenie lub zaciśnięcie dróg odpływowych dla wewnątrzocznego przesięku może być samo przez się przyczyną jaskry; wszelkie zaś inne *antecedentia* tylko przy jego współczesnem istnieniu. Kliniczne odmiany w przebiegu jaskry zależą od miejsca, w którym nastąpiło zwężenie lub zaciśnięcie owych dróg odpływowych, sposób jej powstawania pierwotny lub następczy od charakteru tej sprawy, cha-

rakter zapalny lub nie — od reakcyi w krążeniu wewnątrz naczyń wydzielających, przebieg zaś powolny, ostry lub piorunujący od nateżenia i rozciągłości tej sprawy.

L a q u e u r. **O zmianach w refrakcyi oka, powstających w przebiegu jaskry.** L. znalazł, że wycięcie tęczy wskutek jaskry powoduje stałe zwiększenie refrakcyi oka we wszystkich południkach, zależne prawdopodobnie od zmiany w krzywiznie rogówki. W dwunastu przypadkach zwiększenie refrakcyi wahało się między .75 D i 4 D; największe spostrzeganem było u starców przy zapalnej jaskrze. Ponieważ przy operacyi wycięcia tęczy, wykonanej z innych powodów nie spostrzegamy podobnej zmiany refrakcyi, w jaskrze zatem przyczyną jej jest prawdopodobnie zmniejszenie wewnątrz-ocznego ciśnienia wskutek operacyi. Zresztą zdaniem L., refrakcyja oka w jaskrze nie ulega bynajmniej zmniejszeniu, wbrew przyjętemu mniemaniu; nadwzroczność istnieje zwykle przedtem i stanowi przyczynę usposabiającą do tego cierpienia.

W e c k e r. **O operacyjach stosowanych przy różnych postaciach jaskry.** Autor podaje treściwy rozbiór wskazań do sklerotomii i wycięcia tęczy. Pierwszą operacyę uważa za wskazaną przy *glaucoma haemorrhagicum, congenitale* (*Buphthalmia, Hydrophthalmia*) *chronicum simplex*; we wszystkich przypadkach, w których po operacyi wycięcia tęczy ostrość widzenia albo bezpośrednio uległa zmniejszeniu, albo też nie można było osiągnąć trwałego polepszenia; w okresie zwiastunnym jaskry, w końcu we wszystkich przypadkach przy *glaucoma absolutum* z zupełnym zanikiem tęczy w celu usunięcia napadów bólu. Natomiast wycięcie tęczy stanowczo zasługuje na pierwszeństwo w przypadkach ostrej jaskry; raz jako operacyja o wiele łatwiejsza i która nawet wadliwie wykonana daje jeszcze stosunkowo wyborne wyniki, po drugie ze względu, że w tych właśnie razach działanie środków zwężających źrenicę jest nader niepewnem i wcale nie zabezpiecza nas przed uwięzieniem tęczy.

S n e l l e n. **Istota i sposób przenoszenia się *Ophthalmiae sympathicae*.** S. uważa teorię odruchowego pochodzenia sympatycznego zapalenia oka jako niewystarczającą; natomiast skłonny jest zapatrywać się na powyższe cierpienie, jako na specyficzne przerzutowe zapalenie, powstające pod wpływem zapalnych pasorzytnych pierwsiastków, przenoszących się z jednego oka na drugie za pośrednictwem rozszerzonych dróg limfatycznych.

P o n c e t. **O sympatycznym zapaleniu oka, rozwijającym się po enerwacyi.** Przy anatomicznem badaniu oka, wyluszczonego w skutku sympatycznego zapalenia, powstałego po enerwacyi gałki ocznej, P. znalazł wewnątrzgałkowe końce przeciętych nerwów wzrokowych w stanie stłuszczenia, obwodowe zaś wrosnięte w tkankę bliznowatą i uległe śródmiaższowej sklerozie. Ucisk na nerwy ztąd powstały był prawdopodobnie przyczyną przetrwania nerwobólów rzęskowych, pomimo dokonanej enerwacyi. Taż sama sprawa zdaje się również zachodzić w przypadkach, w których wyluszczenie gałki ocznej nie powstrzymuje rozwoju zapalenia współczulnego.

Leber. **O stosunku zapalenia nerwu wzrokowego do cierpień wewnątrzczaszkowych.** Tak zwane zapalenie nerwu wzrokowego wskutek zastoin (*Stauungsneuritis*) nie różni się wyraźnie od innych postaci *papilloretinitidis* ani co do charakteru przekrwienia, ani co do towarzyszących mu zmian w tkankach oka; stanowczo natomiast różni się od zastoinowego przekrwienia i jego następstw. Przyczyną tej sprawy, zdaniem L., nie może być ani zastój w żyłach siatkówki, spowodowany przez ucisk na zatokę jamistą, ani przeniesienie bodźca zapalnego za pośrednictwem nerwów naczynioruchowych; przeciwnie, *papilloretinitis* przy cierpieniach mózgu jest następstwem przenikania do przestrzeni pomiędzy pochwami nerwu wzrokowego wysięku surowiczego, będącego wytworem wewnątrzczaszkowej sprawy zapalnej. Zważywszy jednakże nieznaczną częstokroć

ilość przesiąkającego płynu, trudno przypuścić, aby jedynie mechaniczny ucisk na miejsce wejścia nerwu wzrokowego mógł być przyczyną zapalenia; należy raczej przyjąć, że płyn przerzeczony posiada własność wywoływania zapalenia.

Bouchut. **O związku pomiędzy zmianami oftalmoskopowymi na dnie oka i cierpieniami ośrodkowego układu nerwowego.** B. twierdzi, iż wszystkie ważniejsze cierpienia mózgu i rdzenia, zarówno jak cierpienia, będące wynikiem ogólnego usposobienia chorobnego (*diathesis*), mogą być rozpoznane przy wziernikowym badaniu dna oka; zastosowaniu wzernika ocznego w tym celu nadaje autor nazwę „*cerebroskopii*“. Przekrwienie i obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego jest oznaką stanu nawalowego mózgu, ucisku nań, zapalenia opon mózgowych, lub początkowego okresu cierpienia rdzenia. Obrzęk tarczy i przyległej części siatkówki, wskazuje na obrzęk opon mózgowych, oraz na przeszkodę w krążeniu wewnątrz zatok i żył oponowych przy gruźliczym zapaleniu opon mózgowych, ostrej i przewlekłej wodnej puchlinie mózgu, wylewach krwi w mózgu, pewnych nowotworach z towarzyszącym im zapaleniem mózgu i t. p. Zupełna bezkrwistość nerwu wzrokowego i siatkówki, dowodzi ustania czynności serca i przerwania krążenia w mózgu, a tem samym stanowi pewną oznakę śmierci. Gruźelki naczyń i żył, żylakowate rozszerzenia żył, zatory żyłne, prosówkowe tętniaki siatkówki, są dowodem istnienia takich samych spraw wewnątrz czaszkowych. W cierpieniach gorączkowych i chorobach układu nerwowego wylewy w siatkówce są wskazówką ucisku na mózg, wywieranego przez obfity wysięk, usposobienia do krwawienia (*diathesis haemorrhagica*), przeszkód w krążeniu mózgowem, zależnych od wad serca lub zmian w budowie naczyń mózgowych i siatkówkowych, wywołanych przez przewlekły białkomoczek i cukromoczek, przymiot i białaczkę. Zanik tarczy lub skleroza nerwu wzrokowego stanowią w końcu objaw rozsianej sklerozy mózgu, albo przednich pęczków rdzenia.

H. Eales. **O pierwotnych wylewach krwawych siatkówki u młodych ludzi.** Cierpienie powyższe ma być właściwym jedynie młodemu wiekowi i polega na często powtarzającym się występowaniu wybroczyn, odznaczających się za świeża żylnem zabarwieniem krwi i okrągłą postacią. Wybroczyny te znajdują się niekiedy w obydwoich oczach, częściej jednak w jednym tylko lewym, powodują znaczne zmętnienie ciała szklanego i położone są zwykle na obwodzie siatkówki, w sąsiedztwie przekrwionych i rozszerzonych naczyń żylnych. Cierpienie to zdaje się być następstwem prawdopodobnie dziedzicznej neurozy nerwów naczynio-ruchowych i nie jest bynajmniej w związku z białkomoczem, niedokrwistością, reumatyzmem lub innymi usposobieniami chorobnymi. Jako stałe objawy ogólne natomiast spostrzegano wolne tętno, zaparcie stolca, krwawienie z nosa, ból głowy i ogólny upadek sił.

H. Pagenstecher. **Operacyjne leczenie opadnięcia powieki górnej.** Sposób, przez P. zalecany, polega na poddaniu górnej powieki działaniu mięśnia czołowego przez wytworzenie dla tegoż mięśnia, niejako sztucznego ścięgna w postaci blizny, zmuszającej górną powiekę do ulegania ruchom mięśnia czołowego. Zamierzony cel osiągamy w najprostszy sposób, przeprowadzając gruby szew ponad łukiem brwiowym i wykluwając igłę na brzegu powiekowym. Końce nitki wiążemy i następnie pozwalamy im oddzielić się przez ropienie; można też dla uniknięcia oszpecenia przez bliznę założyć szew podskórnie. Autor zastosowywał swój sposób w wielu przypadkach z bardzo dobrym zejściem.

Berlin. **O traumatycznych obrażeniach nerwu wzrokowego i tętnicy ocznej wewnątrz kanału wzrokowego.** Przy badaniu pośmiertnym zwłok pewnego samobójcy, znalazł B. złamanie sklepienia prawego oczodołu połączone z pęknięciem górnej ścianki kanału wzrokowego; odpowiednio do kierunku pęknięcia nerw

wzrokowy rozdartym był wzdłuż aż do skrzyżowania, a włókna jego pośrodku zniszczone. Spostrzeżenie to stanowi anatomiczny dowód na poparcie wygłoszonej już poprzednio przez autora i von Holder'a teorii, że zaburzenia wzrokowe po obrażeniach czaszki polegają prawdopodobnie na złamaniach ścianek kanału wzrokowego i obrażeniach nerwu wzrokowego wewnątrz tegoż kanału.

Sprawozdawca *W. Kamocki*.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

155. O zastosowaniu jodoformu przy leczeniu ran.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 51).

d) Rany łączące się z przewodem wysłanym błoną śluzową. Wiadomem jest powszechnie, że najgroźniejszym następstwem po operacjach w jamie ustnej i gardzieli jest rozkład wydzielin, dyfteryja ran i zapalenie płuc skutkiem wciągania produktów gnicia. Śmiertelność po wycięciu raka języka, wynosiła np. w klinice Billroth'a 32%, potem przy użyciu możliwej troskliwości obniżono ją do 17,6%; w ostatnich czasach, na co zwracam uwagę Czytelników, przy użyciu jodoformu wszyscy 15 operowani wyzdrowieli, a przebieg ran był bezgnilny. Dodać należy, że jeden chory liczył 70, a drugi 76 lat. Mikulicz postępuje w ten sposób, że po wycięciu raka wypełnia ranę wazkami paskami gazy jodoformowej, które zbija mocno, aby utworzyły jednolity tampon; tampon ten pozostaje 8—10 dni, poczem odkleja się sam i odchodzi; następnie zakłada się nowy opatrunek na 6—8 dni, w końcu drugiego tygodnia pokazują się dobre granulacje. Ani śladu gnicia, cuchnienia z ust, zapalenia oskrzeli, gorączki, słowem przebieg gojenia był tak idealnie dobrym, jakiego M. przedtem nigdy nie widział. W ten to sam sposób leczono 8 innych ran w jamie ustnej, jedno wycięcie krtani, i jedną esofagotomię; dalej operacje w jamie nosowej, przetoki odbytnicy (*fistulae ani*); przy których nacięcia upychano gazą jodoformową, wycięcia raka odbytnicy; rany po amputacji prącia (2 przypadki), całkowite wyluszczenie macicy sposobem przez pochwę (5 przypadków † 1).

2. Drugą kategorię stanowią rany zakażone, zaniedbane, jako też wrzody. I tu jodoform w proszku nasypyany na ranę, byle tylko szczelnie stykał się z jej powierzchnią, i wypełniał jej zagłębienia i zatoki, powstrzymuje gnicie, usuwa objawy miejscowego zakażenia tkanek, a chociaż jest słabym środkiem przeciwnylnym, przecież na mocy swego ustawicznego działania skutkuje pewniej i prędzej, niż wszystkie inne antyseptyki, a do tego nie drażni tkanek. Największe praktyczne znaczenie ma jodoform przy leczeniu owrzodzeń goleni, przy których Lister uznał go za najsilniejszy i najpewniejszy środek; po kilku już dniach oczyszcza dno wrzodu; poczem nakłada się opaskę Martini'a. Używa też M. jodoformu przy leczeniu zastrzału, czyraków, wąglików, stosuje go na powierzchnie raków i sposoczałych nowotworów, nie nadających się do operacji. W 2 przypadkach otoku (*empyema thoracis*) po wypilowaniu żebra, i przedrenowaniu jamy opłucnej, M. wsuwał do tejże jamy przeciki jodoformowe, a na wierzch zakładał opatrunek z gazy jodoformowej; wydzielina wkrótce stała się bezwoną i nastąpiło wyzdrowienie.

3). Rany i wrzody na podstawie swoistej, jak: gruźlica, zołży, przymiot i t. p. Co się tyczy gruźlicy miejscowej kości i stawów klinika wiedeńska trzyma się zasady, by przystępować do operacji

jedynie tam, gdzie ona jest konieczną, zazwyczaj zaś postępuje zachowawczo, ograniczając się na wyciąganiu i t. p. Gdzie atoli zachodzi obawa pęknięcia ropnia, gdzie istnieją przetoki, gdzie stoją otworem zniszczone kości i stawy, tam chirurg musi przystąpić do operacji i wtedy jodoform znajduje swoje zastosowanie. Zdaniem Mikulicza jest to fakt niewątpliwy, że jodoform posiada swoisty wpływ na tkanki gruzlicowe, wywołuje na ich miejsce zdrową ziarninę i sprowadza zagojenie. Sposób użycia bywa tu taki, jaki podał M o s e t i g, a następcy przyjęli, a mianowicie: nakłada się opaska E s m a r c h'a na kończynę, usuwa się czy to za pomocą wypilowania, czy też *évidement*, wyskrobania i t. d. zajęte części stawu, podwiązuje widoczne grube gałęzie tętnicze, wypełnia szczerlinie całą jamę powstałą proszkiem jodoformowym, obwija wata i papierem kanczukowym, obandażowuje i dopiero teraz zdejmuje się opaskę E s m a r c h'a. Gojenie się zawsze jest bezgnilne, zazwyczaj bez reakcji miejscowej lub ogólnej wyraźnej; wydzielina jest skąpa, bezwonna; chory nie doświadcza bólu. Z początku jodoform mocno trzyma się rany, lecz później daje się splukać i pokazuje się ku końcowi 2-go tygodnia piękna ziarnina. Szczególniej godnym uwagi jest szybkie wygajanie się obszernych jam we wnętrzu próchniejących kości. Wpływ jodoformu na sprawy tuberkuliczne widoczny jest nawet bez uprzedniego usunięcia części zajętych na drodze operacyjnej, atoli taki sposób leczenia byłby nieodpowiedni, gdyż gojenie się postępuje bardzo powoli. Różnica między poglądem M o s e t i g'a i Mikulicza jest ta, iż ten ostatni przyjmuje tylko wyłącznie miejsce w działaniu, ograniczające się do tkanek, z którymi jodoform bezpośrednio się styka; jako też i to, że jodoform działa tylko dopóty, dopóki jest w zetknięciu z gruzliczą tkanką, nie chroni przeto od recydywy. Nakoniec zdarza się dostateczna ilość ciężkich przypadków próchnienia kości i stawów, opierających się stanowczo leczeniu jodoformowemu, na co M. kładzie nacisk, ostrzegając przed zbyt dużym zaufaniem w niezawodność bezwzględna środka. M. robi nadto wstrzykiwania miąższowe roztworu eterowego (1:5) szprycą P r a v a z'a przy grzybowatym zapaleniu stawów, jakoby z dobrym skutkiem. Kończąc swoją pracę M. zaznacza „iż wprowadzenie jodoformu do leczenia ran stanowi największy postęp, jaki uczyniła chirurgija od czasu ogłoszenia metody Lister'a“.

Do takich samych wniosków o wartości opatrunku jodoformowego doszedł L e i s r i n k (10), lekarz główny chirurgicznego oddziału szpitala żydowskiego w Hamburgu, który zaprowadził ten opatrunek w swoim oddziale, jako powszechny. Pomijamy cały szereg przytoczonych przezeń obserwacji, a przechodzimy do wniosków ogólnych, z których wypada, że jodoform przy leczeniu spraw gruzliczych kości i części miękkich stanowi „najdzielniejszy środek ze wszystkich, jakie dotąd znano“; wywiera również dobry wpływ na gojenie się ropni pochodzenia niegruzliczego; zadziwiającem jest mianowicie, jak po przecięciu i wypełnieniu ropnia (*abscessus*) jodoformem ustaje ropienie (*suppuratio*), zamiast którego wytwarza się wydzielina krwawo-surowicza. Poleca także jodoform do leczenia owrzodzeń goleni. Co się tyczy leczenia ran świeżych, to L e i s r i n k uważa go za równie niezawodny jak opatrunek Lister'a, a „bezpórównania prostszy i tańszy od tego ostatniego. Z tych względów jak również ze względu jego małej lotności w porównaniu z fenolem, przepowiada mu obszerne zastosowanie w czasie wojny i w praktyce prowincjonalnej. Potwierdza też L. ważność jodoformu przy opatrywaniu ran w bliskości otworów ciała.

Wyżej już zaznaczyliśmy, iż M i k u l i c z wykazał nadzwyczajnie dobry przebieg ran po wycięciu języka pod opatrunkiem jodoformowym. Antoni W o e l f l e r (11), asystent B i l l r o t h'a, zdaje sprawę z 18 amputacji języka, leczonych w ciągu letniego półrocza na klinice wiedeńskiej; po większej części

były te operacje bardzo krwawe: usunąć wypadalo nieraz prócz $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ lub całego języka, jeszcze część podłogi jamy ustnej, aż do kości gnykowej razem ze ślinianką podżuchwową i gruczołami limfatycznymi, przyczem w wielu przypadkach wypilowano część żuchwy, lub podniebienia miękkiego i gardzieli; operację zazwyczaj poprzedzało podwiązanie tętnicy językowej, a nawet i szczękowej zewnętrznej. Pomimo to wszyscy operowani wyzdrowieli, przebieg rany był bez reakcyi; w żadnym przypadku nie wystąpiło którekolwiek z powikłań, jakie dawniej spostrzegać się dawały po wycięciu języka. Opatrunek jest bardzo prosty; po usunięciu zrakowaciałych części, wypełnia się ranę kawałkiem gazy jodoformowej wé czworo złożonej; ta mała ilość (15—20 ctm. długi i 3 palce szeroki kawałek) gazy wystarcza do zupełnego i trwałego utrzymania rany w stanie aseptycznym. Ten kawałek gazy trzyma się zwykle w ranie 5—8 dni, i nie wypada sam w pierwszych dniach po operacyi.

Wreszcie jeden z najpoważniejszych chirurgów niemieckich autor znanego podręcznika i dyrektor kliniki chirurgicznej w Gietyndze, F. Koenig (12), podaje rezultaty zastosowania jodoformu na swojej klinice w ciągu 8 miesięcy. „Przyszedłem do przekonania, mówi on, że od czasu wprowadzenia opatrunku listerowskiego do praktyki chirurgicznej żadna innowacyja w leczeniu ran nawet w przybliżeniu nie nabrała takiego znaczenia jak użycie jodoformu“. Środek ten jest znakomitym antyseptykiem, a zastosowanie jego jest tak proste, iż dopiero z nim sposób przeciwnie stanął się popularnym. Działanie jodoformu na ranę ilustruje następujące fundamentalne doświadczenie: posypuje się ranę cieniutką warstewką jodoformu, a na to kładzie się kawałek gazy; kawałek gazy przysycha do rany, twardnieje, wydzieliną z pod niego nie wypływa, można zostawić go całe tygodnie; jeśli się zaś odejmie, to na powierzchni zdrowej gładkiej rany znajdujemy jeszcze resztki jodoformu; rana zaś zabliźnia się z brzegów. „Nie posiadamy ani jednego środka przeciwnie, któryby był w stanie choć w przybliżeniu zapewnić ranie takie gojenie, prawie bez odczynu i bez wydzielin. Czytelnicy zauważyli zapewne, że Koenig na pierwszym miejscu stawia antyseptyczne znaczenie jodoformu. Co się tyczy swoistego działania przeciw gruźliczemu, jakie przyjmowali prawie wszyscy autorowie za przykładem Mosetiga, to zdaniem Koenig'a ono zupełnie nie istnieje.

Szybkie gojenie się ran, po wypilowaniu lub wyskrobaniu ognisk gruźliczych, tłumaczy Koenig nieporównanem działaniem antyseptycznem jodoformu, pod wpływem którego gojenie się postępuje tak raźnie i bez reakcyi, iż gruźlica nie ma czasu rozwinąć się w tkance prędko ściągającej się i zabliźniającej się. Zresztą, tak czy inaczej tłumaczony, fakt pozostaje niewątpliwym. Możemy obecnie wygoić cierpienia tuberkuliczne kości i stawów, z powodu których do niedawna jeszcze wypadalo robić amputacyję. Wypilowania skutkiem tego znacznie staną się rzadszemi, teraz bowiem możemy przy pewnej liczbie gruźliczych cierpień stawowych, nałożywszy opaskę Es m arch'a, otworzyć staw, usunąć części chore, posypać powierzchnie stawowe i zranione części jodoformem, przedrenować i czekać zagojenia pod opatrunkiem jodoformowym. Opatrunek zaleca się swoją prostotą i tem, że może długo pozostawać bez zmiany. Pozostałe przypadkowo kryształki jodoformu między powierzchniami, mającemi być zeszytymi, nie przeszkadzają bynajmniej *primae intentioni*.

Co się tyczy ran komunikujących z jamami ciała, to Koenig potwierdza zdanie Mikulicza i innych: „Nie mamy ani jednego środka antyseptycznego, któryby choćby tylko w przybliżo-

nym stopniu zapewniał taki aseptyczny przebieg, jaki zapewnia jodoform“.

Zastosowanie środka jest jedno z najprostszych. Sproszkowane kryształki posypuje się pędzelkiem po ranie, po ściankach jamy. Wystarcza go bardzo niewiele — warstewka grubości tyłka noża. W jamy można go także wdmuchiwać. Opatrunek jodoformowy bynajmniej nie wyklucza drenowania; owszem należy dostatecznie drenować, drenaży posypuje Koenig również jodoformem, oczka robi duże, by masa gęsta jodoformu z wydzieloną mogła swobodnie przechodzić do światła rurki. Kończy K. następującymi słowami: „To cośmy powiedzieli wystarczy, aby nawet i ci, co dotychczas nie używali jodoformu, mogli go natychmiast rozpocząć stosować i w tem leży wielka zaleta tego środka. Technika opatrunku antyseptycznego tak dalece zostaje przez to uproszczoną, a środek jest tak tani, że każdy lekarz, nawet na wsi i w biednej okolicy, jest w stanie zapewnić swym chorym zbawienne skutki opatrunku przeciwnego“.

Przepisy użycia. Ponieważ przy stosowaniu jodoformu na ranę chodzi o jak najściślejsze zetknięcie środka z jej powierzchnią, przeto należy sypać jodoform sproszkowany; w handlu znajduje się on w kryształach. Przed nasypaniem należy ranę osuszyć zupełnie, lub też wypełnić ją proszkiem przed zdjęciem opaski Esmarcha. Proszek należy palcem dobrze w ranie utkać; do nasypywania używa się łyżeczki rogowej, pędzelka, lub pieprzniczki (Mikulicz) z dużymi dziurkami.

W celu zastosowania jodoformu w przetokach, głębokich ranach, jamach ciała (nos, ucho, macica, i t. d.) używa się laseczek (*bacilli*).

Rp. Jodoformii pulv. ʒijβ
Mucilag. gummi arab.
Glycerini aa pauxill.
ut fiat massa ex qua form.
bacilli 5 ctm. longi....

Rp. Jodoformii pulver. ʒiv
Gelatini ʒijβ
M. form. bacilli crassitudinis
mm.... longitudinis. etm.

Rp. Jodoformii pulver.
Butyri Cacao aa part. aequae.
M. f. bacilli.

W postaci płynnej otrzymuje się jodoform: 1) jako roztwór eteryczny.

Rp. Jodoformii ʒiv
Aetheris sulph. ʒvj
M. D. in vitro nigro (Mikulicz).

2) lub w postaci emulsji

Rp. Jodoformii pulver. ʒijβ
Glycerini ʒijβ
Ol. olivar. ʒijβ

M. D. S. przed użyciem należy skłócić (Mikulicz).

Gazę jodoformową przygotować sobie można w ten sposób: wyprawszy dobrze muslin zwyczajny, oczyściwszy go w 5% fenolu, naciera się go sproszkowanym jodoformem nad miednicą, a w końcu wytrząsa nadmiar i przechowuje w skrzynce blaszanej (Mikulicz). Jeszcze pewniejszy jest sposób następujący: bierze się

1,200 gramm. 94% wysokoku
60 gramm. kolofonii
50 gramm. gliceryny

i w tym roztworze macza się 6 metrów oczyszczonej gazy, następnie wyżyma się i przechowuje nieco wilgotną, posypawszy proszkiem jodoformowym (Wœelfler).

Dla zniesienia nieprzyjemnego zapachu najlepszy jest olejek bergamottowy; jedna kropla zmieszana z $2\frac{1}{2}$ drachmami prawie zupełnie znosi woń jodoformu.

Teoryja działania jodoformu jest jeszcze w zawiązku. Według doświadczeń Binz'a i Högyes'a ulega szybkiemu wessaniu: w krwi i moczu, gdzie pojawia się nadzwyczaj szybko, wykazać go można w postaci soli jodowych. Według tych badaczy działanie jodoformu sprowadza się do powolnego działania jodu. Przy zadaniu większych ilości środka, zwierzęta zdychały wśród objawów porażenia serca i przyrzędu oddechowego, co poniekąd stwierdzają doświadczenia D-ra Chrostowskiego nad analogicznym środkiem — bromoformem. Przy nieostrożnym użyciu jodoformu u ludzi, spostrzegano już nieraz objawy zatrucia, a nawet śmierci. Dwa przypadki otrucia jodoformem opisał Oberländer, o dwóch innych wspomina Mikulicz (9), o jednym zaś Koenig (12). Ten ostatni dotyczy dziecka, po wypilowaniu stawu udowego. Przy użyciu jodoformu niewielkiej ilości, przy małej ranie, *eo ipso* małej powierzchni wsysającej, zazwyczaj po opatrzeniu nie postrzega się żadnych objawów ogólnych; przy dużej powierzchni chłonej, w ciągu pierwszej doby Mikulicz obserwował, mdłości, ospałość, utratę łaknienia, wymioty. Są to jednak przypadki wyjątkowe. Gussenbauer po użyciu 10—80 grammów ($=2\frac{1}{2}$ uncyj), Leisrink po 50 grammach ($1\frac{1}{2}$ uncyj) nie widzieli żadnych objawów zatrucia. Zważywszy atoli jak mała ilość środka wystarcza, nie powinno się sypać takiej masy, jak to robili niektórzy chirurgowie (aż do 200 grammów= 6 uncyj).

Wreszcie kończąc to sprawozdanie, zwrócić winienem jeszcze raz uwagę Czytelników, że opatrunek jodoformowy bynajmniej nie uwalnia od jak najskrupulatniejszego oczyszczania karbolem pola operacyjnego, narzędzi, gąbek i rąk operatora, słowem zachowania wszystkich przepisów postępowania aseptycznego.

Władysław Matlakowski.

P. S. Osobiście stosowałem opatrunek jodoformowy w dwóch przypadkach. (Rana tłuczona głowy z pęknięciem czaszki, i rana na głowie po wyluszczeniu mięsaka); obadwaj chorzy wyzdrowieli; wyznać muszę, iż na włosistej części głowy, gdzie jest tak trudno utrzymać czystość w ranie, lepszemu opatrunkowi nad jodoformowy nie ma.

156. Verneuil. Nowe wskazanie przy leczeniu zapalenia stawu biodrowego (*coxalgia*).

Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa Chirurgów w Paryżu, Verneuil starał się zwrócić uwagę obecnych, na pewien epizod przebiegu zapalenia stawu biodro-udowego, o którym bardzo mało co dowiedzieć się można z odpowiednich opisów; mianowicie na osobliwszy sposób powrotu niektórych zjawisk właściwych tej chorobie po zupełnym na pozór wyzdrowieniu. Zdarzają się przypadki takie mianowicie, że po zupełnym ustąpieniu choroby po jakimś czasie zjawia się chorobliwe ustawienie kończyny, bez powrotu objawów zapalnych. Fakty, o których mowa, Verneuil stara się wytłumaczyć porażeniem pewnych mięśni przy jednoczesnym zachowaniu fizjologicznych własności w mięśniach przeciwdziałających, czyli antagonistach. W przypadkach, które obserwował, udało mu się stwierdzić powyższe przypuszczenie. Te spostrzeżenia, stały się dlań punktem wyjścia, do daleko obszerniejszych i ważniejszych wniosków, mianowicie: do objaśnienia charakterystycznych ustawień kończyny w przebiegu zapalenia stawu biodro-udowego.

Ustawienie odsiebne, skrócenie ku zewnątrz, ciągle zgięcie i pozorne wydłużenie kończyny w skutek pochylenia miednicy, w pierwszym okresie cierpienia, stanowią rezultat skurczu mięśni pośladowych i mięśnia lędźwio-biodro-udowego.

Zapalenie prawdopodobnie przenosi się ze samego stawu, najpierw na mięśnie pozostające w bezpośrednim stosunku z torebką stawową, a więc na

łędzwio-biodro-udowy, pośladowy mniejszy i pośladowy średni. Wynikiem tego jest zgięcie (*psoas*), pochylenie miednicy, oraz ruch odsiebny i skrećenie ku zewnątrz (*glutaeus medius et minor*) po pewnym czasie mięśnie te ulegają częściowemu zanikowi oraz tracą swoją siłę, a wówczas zapalenie przenosi się na mięśnie dalej od stawu będące, mianowicie na ksobne i krawiecki, które kurcząc się powodują ustawienie ksobne, skrećenie ku wewnątrz.

Do tego przyłącza się podniesienie odpowiedniej strony miednicy, a więc pozorne skróćenie kończyny. Widzimy tedy, że ustawienie właściwe pierwszemu okresowi zapalenia zamienia się na położenie charakterystyczne drugiego okresu, drogą powolnego skurczenia mięśni dotąd zdrowych, przy jednoczesnem osłabieniu mięśni pierwotnie sprawą zapalną dotkniętych.

Ztąd ważny wniosek leczniczy, a mianowicie wskazanie do użycia prądów elektrycznych przy leczeniu zapaleń stawu, o którym mowa.

(*Gazette des hôp. 1881. Nr. 116.*)

Jasiński.

157. Choroba Pott'a pochodzenia przymiotowego. Następujący rzadki przypadek był obserwowany przez prof. Fournier: Mężczyzna, mający lat 56, silnie zbudowany, od kilku miesięcy bez przyczyn widocznych znacznie podpadł na zdrowiu. Schudł i osłabł do tego stopnia, że w chwili kiedy go po raz pierwszy prof. F. badał, zaledwie mógł o własnej sile chodzić; apetytu nie miał wcale, a nadto uskarżał się na ciągly tępy ból w okolicy łędzwiowej, chwilami wzmagający się i rozpromieniający na kończyny dolne. Stwierdzono obecność kilku guzów ziarniniakowych (*des tumeurs gommeuses*) i syfilityczne cierpienie jądra. Rozpoczęto odpowiednie leczenie, jednakże nie zdołano powstrzymać rozwijającego się coraz bardziej charaktwa, wskutek którego w kilka miesięcy później chory umarł. Sekeyja wykryła, oprócz przytoczonych wyżej zjawisk, przymiotowe cierpienie wątroby i nerek, ziarniniaki wzłuz nerwu łędzwiowego, a przedewszystkiem cierpienie drugiego, trzeciego i czwartego kręgu łędzwiowego — dające zupełnie obraz choroby Pott'a, a będące niezaprzeczenie pochodzenia syfilitycznego.

J. Wigura.

(*Refer. z Annales de dermatologie w Revue de Therap. méd. chir. Nr. 17. 1881.*)

Wiadomości bieżące.

— *Warszawa.* Wydział lekarski tutejszego uniwersytetu, na posiedzeniu d. 19 b. m., zatwierdził kol. D-ra Nussbauma, jako prywat-docenta przy katedrze fizjologii. Ostateczne zamianowanie zależy jeszcze od decyzji Rady ogólnej uniwersytetu i kuratora warszawskiego okręgu naukowego.

— Na temże posiedzeniu zatwierdzeni zostali w stopniu doktorantów: Gołuński Aleksander, Gromadzki Jan, Jaszczyński Szymon, Nikitin Konstanty, Wasiljew Konstanty, a w stopniu lekarzy: Krauze Ludwik i Trzeiński Tadeusz.

— *Wrocław.* Na katedrę akuszerji i gynecologii po Spiegelbergu powołany został Freund ze Strasburga.

— *Kijów.* Po Karawajewie klinikę chirurgiczną objął Rineck.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

M. Rejchman. Niestrawność (*dyspepsia*). 1882.

Rocznik Medycyny polskiej. Rok IV. 1882.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Gawroński, z Wołynia. rs. 3, — D-r Downarowicz, z Petersburga, rs. 5, D-r Czerni Benedykt, z Wiaźmy, rs. 5. — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 712 kop. 6 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Listopad, księgarni W-go Wendego i S-ki — oraz prospekt „Kroniki lekarskiej“ na rok 1882.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 9 Декабря 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крѳлевска Nr. 23.