

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne
po kop. 10; ogłoszenia francuzkie i niemieckie po kop. 18 za wiersz drobnem pis-
mem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Dr. Turkiewicz.

Leczenie Massażem.

Hoża № 28 od godz. 4—6.

6—2

Do Zarządów lecznic, domów zdrowia, zakładów wód mineralnych i t. d.

Ponieważ osoby poszukujące porady w lecznicach wybierające się do wód lub pragnące odbyć kuracyę w domu zdrowia, zwracają się po objaśnienie do aptek które w bardzo wielu przypadkach nie są w stanie zaspokoić żądania, Redakcyja **Wiadomości farmaceutycznych** postanowiła ogłosić drukiem wszelkie informacyje pozostające w związku z powyżej wymienionemi okolicznościami. Objasnienia te wydają jako dodatek bezpłatny dla wszystkich prenumeratorów **Wiadomości**. Cena za wiersz 10 kop. podobnie jak ogłoszenia zwykłe. Ogłoszenia przyjmowane będą tylko do dnia 1 Kwietnia i oprócz powyżej wymienionych zawierać będą doniesienia o specyjalności pp. lekarzy, zmianie mieszkania i t. p.

Adres: 45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

2—1

Księgarnia S. B. Baillièrè et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, wydała książkę p. t.

BIBLIOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES

(tom in 8-o, 500 stron; cena franco pocztą 2 fr. 50).

Książka ta, z powodu licznych i dokładnych objaśnień, jakie zawiera, będzie bardzo pożyteczną lekarzom, którzy chcą obznajmić się z literaturą lekarską dawną i nowoczesną, francuzką i zagraniczną; jest ona niezbędną dla bibliotekarzy, którzy w niej znajdą wiadomości odnoszące się do miejsca i daty wydania każdego dzieła, ilości stron i tablic, ceny księgarskiej; będzie wreszcie bardzo cenną dla wszystkich którzy będą chcieli dowiedzieć się co napisano o danym specyjalnym przedmiocie, albowiem na początku tomu pomieszczono Index méthodique, zawierający spis główniejszych autorów, jaey pisali o danym przedmiocie. O ważniejszych dziełach podano nawet wyciągi ze spisu rzeczy lub przedmowy autora.

1—1

PASTYLKI GÉRAUDEL

Z CZYSTEJ SMOŁY NORWEGSKIEJ
Działające przez wdychanie i wciąganie



Przeciwko
**KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,
OCHRYPNIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.**

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:

A. GÉRAUDEL

4 SAINTE-MENHOULD
wymagać Marki fabrykowanej)

Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się oddycha przejmują się wzwiewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecaną. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadciężających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kuru i wysilenia rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczanej.

(Należy wymagać)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

Zarząd wystawy higienicznej w Warszawie

podaje do wiadomości, że deklaracje osób pragnących przyjąć udział w wystawie, przyjmuje codziennie od godziny 10 do 3 i od 5 do 7-ej w biurze wystawy w gmachu Magistratu.

Regulamin, program i blankiety na deklaracje będą wysyłane na żądanie.

EMSKIE ŹRÓDŁO SODOWO-LITOWE

(Wilhelmsquelle)

wyróżnia się, jak wykazuje analiza Prof. D-ra R. Fresenius'a z Wiesbaden, pomiędzy innymi wodami sodowo-litowemi ilością stałych części składowych. Źródło Obersalzbrunnen Kronenquelle posiada 0,01140 dwuwęglanu litu (zawierającego wodę), gdy tymczasem źródło Wilhelmsquelle zawiera go 0,011528; pierwsze źródło zawiera 0,87264 dwuwęglanu sodu (zawierającego wodę), drugie zaś 2,191659. Wysyłka odbywa się w butelkach szklanych $\frac{3}{4}$ litrowych za pośrednictwem wszystkich składów wód mineralnych i aptek, oraz bezpośrednio przez dyrekcję źródła:

König Wilhelm's Felsenquellen in Bad-Ems.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Br. ZIEMIŃSKI. Podmiotowe oznaczanie statycznej refrakcyi oka za pomocą retinoskiaskopii. — II. M. ZWEIGBAUM. Przypadek owrzodzenia grucielczego sromu, pochwy i części pochwowej macicy [Dokończenie]. — III. L. NENCKI i A. FABIAN. O przetworach fermentowanych z mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze [Dokończenie]. — Odcinek. Z. KRAMSZTYK. O pewności w leczeniu [Ciąg dalszy]. — *Korespondencyja.* Z Warszawy. ARTUR STOBOY. — *Dział sprawozdawczy.* S. CHR. HËYN i THORKILD ROVSING z Kopenhagi. Jodoform jako środek przeciwnilny. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Sprostowanie. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. PODMIOTOWE OZNACZANIE STATYCZNEJ REFRAKCYI OKA ZA POMOCĄ RETINOSKIASKOPII

Podał

D-r med. Br. Ziemiński,
szef kliniki ocznej prof. GAŁĘZOWSKIEGO w Paryżu.

Metoda, której opis oraz objaśnienie ma na celu praca niniejsza, polega na badaniu z dalszej odległości zmian postaci, wyglądu oraz ruchów, cieni i światła widocznych w krążku źrenicznym przy oświetlaniu dna oka zwykłym wziernikiem, któremu nadajemy pewne oznaczone poruszenia.

Ścisłejsze badanie charakterystycznych cech tych zjawisk przy różnym stanie refrakcyi dało możność praktycznego zastosowania ich w celu podmiotowego oznaczania statycznej refrakcyi oka.

Pierwszą wzmiankę o podobnych zjawiskach, spostrzeganych, przy prostym oświetleniu dna oka wziernikiem, znajdujemy w pracy BOWMAN'a ¹⁾ o stożkowatości rogówki, z kąd przekonać się można, że badanie zjawisk podobnych było mu bardzo pomocnem przy rozpoznawaniu lekkich stopni stożkowatości rogówki. BOWMAN ²⁾ podaje przytem, że DONDERS zauważył toż samo, a nadto, że badanie

¹⁾ BOWMAN. Contribution to the general history of conical cornea drawn from my own observations. Ophth. Hosp. Rep. 1859—1860. str. 157, 158.

²⁾ Badanie zjawisk, opisanych w pracy tej BOWMAN'a, jest dotąd najlepszym sposobem rozpoznawania stożkowatości rogówki w samym początku jej rozwoju. Oświetlając oko z pewnej od-

to było temu ostatniemu przydatnem dla oznaczania słabych zбочeń refrakcyi oka, dotąd mylnie rozpoznawanych. Spostrzeżenia te jednak popadły w zapomnienie. Zaledwie małe notatki w kwestyi tej znajdujemy w dziełach Don-

ległości za pomocą wziernika samego, spostrzegamy na dnie oka cień mniej lub więcej kolisty, zarysowujący się jakby pierścieniem ciemnym naokoło części środkowej dna oka, zabarwionej jak zwykle. Cień ten zmienia miejsce i wygląd przy najmniejszym poruszeniu oka chorego lub też przy poruszeniu wziernika. Zjawisko to zdaje się być wywołanem przez zmetnienie rogówki, które przyjęło odpowiednią postać; przy najściślejszem jednak badaniu w początku tej choroby, rogówka okazuje się zwykle najzupełniej przezroczystą. Niezborność, nieregularna krzywizna rogówki [astygmatyzm] wywołuje to zjawisko. Części środkowe rogówki, lub co zwykłej sam środek takowej, odpowiadający wierzchołkowi stożka, przedstawia silniejszą krzywiznę niż części obwodowe, odpowiadające podstawie stożka. Oko takie okazuje w części, odpowiadającej wierzchołkowi stożka, budowę oka krótkowzrocznego, odpowiednio zaś okolicy obwodowej rogówki, u podstawy stożka, nieraz budowę oka nadwzrocznego. Oko takie odpowiednio wierzchołkowi krótkowzroczne odpowiednio zaś podstawie stożka nadwzroczne, okazuje największą nieprawidłowość w części pośredniej pomiędzy wierzchołkiem a podstawą, tutaj też z powodu odmiennego stanu krzywizny rogówki prawie w każdym jej punkcie — promienie światła, padające na tę część rogówki, odbijają się od jej powierzchni, nieliczne tylko dochodzą do dna oka. Ztąd przy wziernikowem oświetleniu oka, zjawisko pierścienia cieniściego, rzuconego na czerwonoo-żółtawo zabarwione dno oka, zjawisko pierścienia ciemnego, okalającego silnie oświetlone środkowe części dna oka, odpowiadające wierzchołkowi stożka. Zjawisko to wziernikowe najlepiej spostrzegać się daje w początku rozwoju stożkowatości rogówki, aż do chwili, póki część rogówki, odpowiadająca wierzchołkowi stożka nie zaczyna mętnieć, co zwykle prędzej lub później następuje. Odtąd zjawisko wyżej podane coraz więcej traci na czystości: części dna oka, jakie dotąd przy pomocy wziernika silnie oświetlane być mogły, coraz więcej zacienione zostają.

Zupełna nieregularność krzywizny rogówki objaśnia nam też widok, jaki przedstawia rogówka stożkowata podczas samego oglądania takowej przy zwykłym świetle dziennem [bez wziernika]. Część środkowa rogówki, połyskująca, zdaje się jakby pływać w warstwie otaczającego ją płynu ciemnego.

O PEWNOŚCI W LECZENIU.

IV.

Lekarz może nie czuć potrzeby zdawania sobie sprawy z działania środków, jakie zalecił. Jeżeli choroba pomyślnie się zakończyła, jeżeli gorące pragnienia chorego się ziszcili i usiłowania lekarza uwieńczyły się skutkiem, to sprawa skończona. Po co łamać sobie głowę nad ścisłym rozbiorem, czy i o ile zalecone środki na ten pomyślny wynik wpłynęły?

Ale sprawa jeszcze w tem miejscu nie powinna być skończoną i to z wielu względów. Przedewszystkiem każdy myślący człowiek powinien sobie zdawać sprawę ze swoich czynności i gdy co robi, powinien wiedzieć, o ile to zrobił, a o ile rzecz zrobiła się bez niego, z powodu innych warunków. Źle jest, jeżeli człowiek tej potrzeby nie czuje i powinien obudzić ją w sobie; taka pewność, w jednym przypadku zdobyta, daje lekarzowi wskazówki postępowania u innych

ders'a ¹⁾, oraz NAGEL'a ²⁾, z których okazuje się, że BOWMAN zastosował praktycznie zjawiska te nie tylko w celu badania stożkowatości rogówki, ale nadto i w celu rozpoznawania rodzaju niezborności [astygmatyzmu] oka. Dodać też należy, że w jednym z dzieł MAUTHNER'a ³⁾ znajdujemy uwagę, że praktyczne zastosowanie zjawisk podobnych do tych, o jakich mowa będzie, przydatnem bywa do badania szczelin w naczyniówce, nie zbyt rzadko odpowiadających części dna oka bardziej zagłębionej, a to w celu przekonania się, czy zagłębienia takie istnieją, t. j. jaki stan refrakcyi w danem miejscu oko posiada.

Wszystkie te spostrzeżenia, mimo wysokiej ich wartości oraz powagi naukowej wspomnianych badaczy, zaginęły niejako w literaturze — nawet w Anglii gdzie takowe pierwszy raz opisane zostały (*Litton Forbes. Ophth. Hosp. Rep. XL*). W roku 1873 prof. CUIGNET z Lille opisuje (*Rec. d'opht. p. 14*), na podstawie własnych spostrzeżeń, nowy sposób oznaczania refrakcyi oka przez badanie cieni i światła, spostrzeganych przy oświetlaniu oka wzornikiem, trzymanym w dalszej odległości od pacyenta. Metodę tę uazał autor keratoskopią. Pierwszy opis prof. CUIGNET, również jak i następne prace tego autora w tej kwestyi (*Rec. d'opht. 1874, 1877, 1880*), bardzo niezrozumiały; nazwa tej metody, nieodpowiadająca istocie zjawisk podawanych; a nadewszystko objaśnienie, stojące w sprzeczności z niezachwianemi wynikami badań HELMHOLTZ'a, LISTING'a, DONDERS'a i t. d. na polu optyki fizyologicznej — wszystko to przyczyniło się bez kwestyi, że metoda ta, zrazu niezrozumiana, lekceważona, nie mogła znaleźć szerszego zastosowania, pozostając przez czas dłuższy wyłączną własnością kliniki ocznej w Lille. Dopiero D-r. MENGIN, jeden z asystentów prof. CUIGNET, bawiąc w Paryżu oraz uczęszczając dla dalszych studyjów do kliniki prof. GAŁĘZOW-

¹⁾ DONDERS. On the anomalies of accommodation and refraction of the eye. London. 1864; str. 590.

²⁾ NAGEL. Refractionsanomalien. 1864. str. 127.

³⁾ MAUTHNER. Lehrbuch der Ophthalmoscopie. 1868. str. 414.

chorych, z którymi się spotka i daje mu możność przekazywania swych doświadczeń innym lekarzom. Cała istotna medycyna, wszystkie naprawdę działające środki, które potęgę lekarza rzetelnie wzmagają, opierają się tylko na tak zdobytej i przekazanej pewności. Wreszcie farmakologija nie zawsze zapewne będzie bezładnym zbiorem z różnych stron zgromadzonych i rozmaity wpływ na organizm wywierających leków. Musimy przypuścić, że i w tem działaniu jakoweś prawa się odnajdą, że farmakologija istotną nauką się stanie. Ale dla tego celu musimy przedewszystkiem wiedzieć dokładnie, czy środki zalecane działają, o ile działają i w jakich warunkach.

Lekarz wie z mniejszą lub większą pewnością, o ile skutek osiągnięty od jego czynnego wpływu zależał i czuje, o ile pewność jego jest uzasadnioną. Ale pożytecznem jest niewątpliwie uprzytomnić sobie wyraźnie zasady, na których tę pewność oprzeć możemy i te zasady, jak miarę, następnie do pojedynczych przypadków stosować.

Gdybyśmy mieli do czynienia z głazem, który całe lata i wieki trwa bez ruchu i zmiany, gdybyśmy na ten głaz działaniu jakieś wywarli, to moglibyśmy, porównawszy stan jego następny z pierwotnym, wnieść od razu i z pewnością, jaki był skutek naszego działania.

SKIEGO, objaśnił tamże, w jaki sposób prof. CUIGNET zastosowywa praktycznie swą metodę. Zjawiska, podawane przez D-ra MENGIN, zauważono rzeczywiście i z wielką łatwością. Brak było jedynie wystarczającego objaśnienia natury tychże. Wkrótce D-r LANDOLT (*Rec. d'opht.* 1878, praca MENGIN'a) podał częściowe objaśnienie metody prof. CUIGNET, którą nazwał pupiloskopiją ¹⁾. Opisy te metody prof. CUIGNET'a były jednak niewystarczające. Sama metoda jednak w Paryżu pierwszy raz wskazana, zrozumiana i przyjęta w klinice prof. GAŁĘZOWSKIEGO, utrzymała się tamże, nadto znalazła szersze zastosowanie. Jeden z poprzedników moich, jako szef kliniki prof. GAŁĘZOWSKIEGO, D-r PARENT umieścił w *Rec. d'opht.* [1880] opis obszerniejszy tego badania, oraz, podając ściślejszej krytyce dotychczasowe nazwy tej metody, czuł się upoważnionym do usunięcia tychże, proponując natomiast nadanie tej metodzie nazwy retinoskopii — co nie stoi przynajmniej w sprzeczności z istotą, spostrzeganych w tym razie zjawisk. Autor pracy niniejszej jest zdania — dla powodów, jakie niżej przytoczy — że nazwanie tej metody retinoskiaskopiją ²⁾, byłoby o wiele odpowiedniejszym. Wstęp ten historyczny niezbędnym jest dla dokładnego oceny metody prof. CUIGNET, którą nazwaliśmy retinoskiaskopiją.

Mając sposobność w bogatym materyjale kliniki prof. GAŁĘZOWSKIEGO przekonać się o niezaprzeczonej wartości praktycznej tej metody; rozpoznawając dokładnie i szybko za pomocą takowej najdrobniejsze odmiany statycznej refrakcji oka, trudne, a często niemożliwe dla oznaczenia przy pomocy innych dotąd znanych sposobów — poddaliśmy metodę tę ściślejszej uwadze. Wynik badań naszych, zawierający opis zjawisk spostrzeganych, ich praktyczne zastosowanie oraz objaśnienie krytyczne tychże pomieszczonym będzie poniżej.

1) Nazwę tę D-r L. w ostatnich czasach usunął, uważając takową za nieodpowiednią.

2) Retinoskiaskopija [*retina* siatkówka, *σκιά* cień, *σκοπία* badanie] t. j. badanie cieni siatkówkowych; nazwa ta więc oznacza odrazu istotę tej metody.

Ale organizm zmienia się ciągle, a organizm chory jeszcze daleko szybszym zmianom ulega, więc, i bez stosowania jakiegokolwiek leku, obraz jego po pewnym czasie byłby innym, niż jest w tej chwili. Jeżeli chcemy wiedzieć, jaki wpływ na obraz choroby wywarło zastosowane lekarstwo, to musimy ten obraz ostateczny porównać nie z pierwotnym obrazem, ale z tym obrazem spodziewanym, jakiby choroba przyjęła, gdybyśmy żadnego na nią wpływu nie wywierali.

Lekarz zawsze sobie przez rozumowe wnioski ten obraz przyszły w wyobraźni stara odtworzyć, a ta czynność nazywa się rokowaniem. Jeżeli mamy dane dostateczne, aby tę przyszłość odgadnąć, to mamy najważniejszą, podstawową, wiadomość, jakiej potrzebujemy, aby ocenić z pewnością istotny wpływ naszej interwencji.

Pewność skutków leczenia zależy przedewszystkiem od pewności rokowania.

Wzywają naprzykład lekarza do kobiety, która na najrozmaitsze historyczne cierpi objawy i nagle oślepla; lekarz, badając wszechstronnie, żadnej nieznajduje zmiany w organie wzrokowym, któraby ślepotę mogła usprawiedliwić. Przypuszcza wtedy, owszem ma prawie pewność, że wzrok powróci, ale zupeł-

Do badania tego przystępujemy w podobny sposób jak i do zwykłego wzernikowania. Umieszczamy pacjenta w pokoju ciemnym, obok — lepiej trochę w tyle — głowy stoi lampa, dająca nie zbyt silne światło; pożytecznym jest też aby oko, mające udleż badaniu, znajdowało się we względnej ciemności — ochraniajmy je też od zbyt dużego oświetlenia za pomocą jakiej bądź zasłony. Zalecili nam nadto należy pacjentowi, aby spoglądał w dal dla uniknięcia wpływu akomodacji. Badacz, który, przypuszczamy, ma wzrok miarowy lub też doprowadził takowy do miarowości za pomocą odpowiednich soczewek, znajduje się w odległości 120 centymetrów [lub dalej] od osoby badanej, trzymając wzernik wklęsły o odległości ogniskowej 22—25 centymetrów. Za pomocą takiego wzernika rzucamy światło do wnętrza oka i w chwili, w której źrenica zajaśnieje światłem czerwonym, nadajemy wzernikowi słaby i powolny ruch około osi pionowej, zwracając powierzchnię zwierciadlaną już to ku prawej, już to ku lewej stronie, jak gdybyśmy zamierzali oświetlić tylko prawą lub też tylko lewą połowę źrenicy. Wykonując ruchy te wzernikiem zauważymy, że w obwodzie świecącego krążka źrenicy występuje, przy zwróceniu powierzchni zwierciadlanej np. na prawo — cień pewien już to z prawej, już to z lewej strony w stosunku do badacza. Skoro przy poruszeniu wzernika ku prawej stronie, spostrzeżemy cień ten naprzód w prawej części obwodu źrenicy, wtedy w miarę tego im silniej na prawo wzernik zwracać będziemy, cień ten, zajmując co raz większą część źrenicy, skieruje się ku lewej części obwodu źrenicy. W pewnej chwili zauważymy, że cień ten zajmuje prawą połowę źrenicy, podczas gdy lewa jaśnieje jeszcze zwykłym światłem czerwonym. Zwracając w sposób wyżej podany, jeszcze silniej na prawo wzernik, spostrzeżemy, że większa część źrenicy została zacienioną, tak, że zaledwie mały jej pasek po lewej stronie błyszczy, aż nareszcie, zwróciwszy wzernik więcej na prawo, zobaczymy, że oświetlenie źrenicy zupełnie zniknie. Krótko mówiąc — skoro za pomocą wzernika wklęsłego oświetlimy dno oka i źrenica zajaśnieje, wtedy zwracamy wzernik [t. j. powierzchnię zwierciadlaną tegoż] na prawo lub na lewo, a natychmiast da się wi-

nie powiedzieć nie umie, kiedy ten pożądaný skutek nastąpi: za godzinę, czy za kilka miesięcy. Zapisuje chorej bromek potasu i nazajutrz zaś znajduje ją zdrową. Pomimo całego zadowolenia chorej i własnego, lekarz wcale wnieść nie może, czy zaleconemu środkowi ma choćby najmniejszy wpływ przyznać na tak pomyslnie zakończenie choroby.

Jeżeli możemy powiedzieć z pewnością, że choroba, samej sobie pozostawiona, nie ustąpi, a przynajmniej stałe w organizmie zostawi zboczenia; jeżeli po leczeniu chorej do zdrowia powraca zupełnego, bez żadnych następstw niepożądanych: to mamy pewność, że leczenie istotnie wpływ swój wywarło.

Wiemy, że chorej, który skutkiem katarakty wzrok postradał, bez czynnego wpływu leczenia, ślepy będzie zawsze i chyba skutkiem bardzo wyjątkowego, a szczęśliwego, przypadku może wzrok odzyskać. Jeżeli zrobimy operację i chorej przejrzy, to nie możemy wątpić, że jedynie leczeniu wzrok swój zawdzięcza.

Weźmy znowu chorego dotkniętego mocnym zapaleniem tęczówki. Przypuszczamy, że wyzdrowieje i bez leczenia, ale mamy prawie zupełną pewność, że brzeg źreniczny tęczy zostanie w części lub w całości przyrośniętym do soczewki. Jeżeli więc po zastosowaniu odpowiedniego leczenia chorej wyzdrowieje

dzień — mniej lub więcej wyraźnie — cień, występujący w obwodzie źrenicy czy to z tej strony, w którą zwrócony został wziernik [z prawej przy zwrocie wziernika na prawo], czy też ze strony wręcz przeciwnej [z lewej przy zwrocie wziernika na prawo]. Źrenica jaśnieje tu więc w części światłem czerwawem. Część krążka źrenicznego, zaciemniona lub ciemna, oznacza stronę, z której takowy wystąpił, część zaś, czerwawo świecąca, odpowiada stronie, ku której cień ten skieruje się przy odpowiednim zwrocie wziernika.

Weźmy do badania kilka osób o różnym stanie refrakcyi oka [E lub H i M] i zastosujmy co wyżej podane, a natychmiast spostrzeżemy, że u jednych cień, zauważony w krążku źrenicznym, zdążać będzie ku tej samej stronie, w którą zwracamy wziernik, u innych zaś cień ten przyjmie przeciwny zwrotowi wziernika kierunek. O ile różny ruch cieni odpowiada różnemu stanowi refrakcyi oka? W tym celu weźmy do badania naprzód osobę o wzroku miarowym, którą potem przy użyciu odpowiednich soczewek, doprowadzimy do różnych stopni nad — lub też krótkowzroczności. Przy badaniu tem miejmy na uwadze wszelkie wskazówki, wyżej podane, a głównie, że posługiwać się mamy wziernikiem wklęsłym, że odległość, dzieląca nas od oka badanego, wynosić ma 120 cm., nareszcie, że oko nasze, badające, ma znajdować się w stanie miarowości. Przyśtąpmy do badania oka miarowego.

Nadając boczne zwroty wziernikowi, spostrzegamy cień, dążący w kierunku przeciwnym temu, w jakim zwracamy powierzchnię zwierciadlaną. Zwracając takową na prawo, zauważymy w krążku źrenicy cień z prawej strony, w miarę silniejszych zwrotów, również w prawo, cień ten wykonywać będzie ruch z prawej strony na lewą, aż póki przy jeszcze silniejszym zwrocie wziernika na prawo nie zniknie z lewej strony — źrenica zostanie wtedy zupełnie zaciemnioną. Cień ten jest wogóle słaby, mało widoczny, aby go lepiej dojrzeć, trzeba oko badane dobrze ochronić od zbytznego oświetlenia za pomocą zasłony. Niesłusznem jest twierdzenie, że źrenica w oku miarowem jaśnieje w całości swej, owszem cień — jak

i zupełnie swobodną odzyszcze źrenicę, to możemy także twierdzić z pewnością, że ten pomyślny wynik jest skutkiem zaleconego środka.

Jeżeli choroba może ustąpić zupełnie i bez żadnego leczenia, to jednak mamy możność wnosić, że zastosowany środek skutkował, jeżeli to wyzdrowienie prędzej nastąpiło, niżby to bez naszego działania mogło mieć miejsce.

Widząc chorego, dotkniętego dyterytem łącznicy albo tyfusem, w pierwszych początkach niewątpliwiej już jednak i rozwiniętej choroby, wiemy, że chory do zupełnego zdrowia przyjść może, nie wcześniej jednak, niż po kilku tygodniach. Gdybyśmy po zastosowaniu jakiegoś lekarstwa tych chorych nazajutrz zdrowymi zastali, tobyśmy wątpić nie mogli, że tę szybkość w wyzdrowieniu zawdzięczamy danemu środkowi.

Tak naprzykład jaglica pęcherzykowa kończy się najczęściej pomyślnie i łącznica do swej gładkości i do swego naturalnego powraca wyglądu, nie wcześniej jednak, jak po latach, a przynajmniej po wielu miesiącach; jeżeli pęcherzyki wyciśniemy i w ciągu kilku dni albo kilku tygodni chory będzie uzdrowionym, to o skutku naszej działalności będziemy mówili z pewnością.

Ale nie zawsze, wcale nie zawsze, może lekarz z obrazu choroby, jaki w danej chwili spostrzeża, wiedzieć, jaki obraz nastąpi i kiedy nastąpi; nie zawsze ro-

kolwiek słaby — musi zawsze wystąpić i odbywać ruch przeciwny zwrotowi wziernika wklęsłego.

Umieścimy teraz przed okiem miarowem soczewki wklęsłe kolejno, począwszy od **sph.** — 0,25 **D.** aż do najsilniejszych, używanych do przedmiotowego oznaczania refrakcyi oka. Tym sposobem będziemy mieli sposobność badania wszelkich stopni nadwzroczności. Wynik naszych badań będzie następujący. We wszystkich stopniach nadwzroczności zauważymy cień, posuwający się w kierunku przeciwnym kierunkowi zwrotu wziernika — zatem toż samo zjawisko, jakie widzieliśmy przy badaniu oka miarowego z tą różnicą, że cień przedstawia się tu zawsze, nawet przy niskich stopniach nadwzroczności, wyraźniej niż w oku miarowem, że przytem porusza się mniej szybko niż cień, spostrzegany w oku miarowem. Dodać należy, że w miarę tego im wyższe stopnie nadmiarowości badamy, cień ten tem wyraźniej występuje i tem powolniej przesuwa się przy równie zresztą silnych zwrotach wziernika.

A teraz umieścimy przed okiem miarowem najprzód soczewkę wypukłą, + 0,25 **D.**, a potem + 0,50 **D.**. Zauważymy i tu również, że cień dąży w kierunku przeciwnym kierunkowi zwrotu wziernika. Cień ten, szczególnie w ostatnim przypadku, jest mało wyraźny. Dalej doprowadźmy sztucznie oko miarowe do krótkowzroczność za pomocą soczewki wypukłej + 0,75 **D.**. Cień jeszcze mniej wyraźny niż poprzednio, zaledwie widoczny, będzie dążyć wciąż jeszcze w kierunku przeciwnym, t. j. w kierunku tym samym, jak to spostrzegaliśmy dotąd w oku miarowem oraz w oczach nad — i krótkowzrocznych **M.** 0,25 i **M.** 0,50 **D.**. Oddalamy się co raz więcej od pacjenta, badanie staje się co raz trudniejszym, zaledwie jesteśmy w stanie cień jakiś i kierunek ruchu takowego dojrzeć, nareszcie tracimy go z oka zupełnie; oddalamy się jeszcze więcej, w odległości 145 — 150 **ctm.**, spostrzegany na nowo dosyć wyraźnie cień w krążku źrenicy, cień ten jednak zdąża w kierunku, odpowiadającym kierunkowi zwrotu wziernika — zatem w kierunku wręcz przeciwnym, jaki zauważyliśmy dotąd. Biorąc teraz soczewki wypukłe + 1,0, + 1,50, + 2,0 **D.** i t. d., trzymając się przytem

kowanie jest pewnem. Wtedy ze znanego sobie dotychczas przebiegu wnioski musi o dalszym, a gdy pożądaný wynik nastąpi szybko po zastosowaniu środka lekarskiego, wobec powolnego dotąd przebiegu choroby, to z wielkiem prawdopodobieństwem wnosić może, że lekarstwo skutek wywarło.

Śluzotok u noworodków niewątpliwie bez żadnego leczenia może się pomyślnie zakończyć i z pewnością przeważna liczba chorych zdrowieje, dzięki jedynie własnościom leczniczym samego organizmu; ale czas, w jakim to wyzdrowienie następuje, jest najrozmaitszym i wcale się nie da przewidzieć. Jeżeli dziecko, dotknięte tą chorobą, od dwóch tygodni już oczu nie otwiera i ropa bez ustanku obficie się wydobywa; jeżeli w tej chwili łącznicę azotanem srebra posmarujemy, a dziecko nazajutrz będzie miało oczy otwarte i ilość ropy bardzo znacznie się zmniejszy: to z wielkiem prawdopodobieństwem, prawie z pewnością stwierdzić możemy, że użycie azotanu srebra pomyślnie na przebieg choroby wpłynęło.

Ale w tego rodzaju wnioskach musimy żądać koniecznie, aby działanie lekarstwa było szybkim w stosunku do przebiegu choroby. Im powolniejszym jest przebieg choroby, im prędzej po zastosowaniu lekarstwa nastąpił oczekiwany i pożądaný skutek, z tem

teraz stale już w odległości 120 ctm. od oka badanego, widzimy, że cień dążyć będzie zawsze w kierunku odpowiadającym zwrotom wziernika: skoro oświetlimy źrenicę, a potem zwracać będziemy powolnie wziernik powierzchnią zwierciadlaną na prawo, cień występować będzie zawsze — w tem oku miarowym, doprowadzonym sztucznie do krótkowzroczności — w lewej części obwodu źrenicy i zajmując coraz większą część źrenicy, zniknie nareszcie z prawej strony obwodu tejże, zupełnie takową zaciemniwszy.

Zauważyliśmy przy badaniu tych różnych stopni krótkowzroczności toż samo, co i przy badaniu stanu nadwzroczności, cień jest tem wyraźniejszy i porusza się tem wolniej, im stopień niemiarowości jest wyższy.

Przy zachowaniu głównych wyżej podanych warunków [oko badające w stanie miarowości, oko badane spogląda w dal dla uniknięcia działania akomodacyi, odległość oka badanego od badającego — 120 ctm.], ogólny wynik naszych spostrzeżeń przedstawia się w sposób następujący:

1) W oczach, znajdujących się w stanie miarowości, nadwzroczności oraz krótkowzroczności niższej od 1,0 D., ruch cieni odbywa się w kierunku przeciwnym kierunkowi zwrotów wziernika.

2) W oczach, znajdujących się w stanie krótkowzroczności, poczynawszy od M. 1,0 D., cień dąży w kierunku tym samym, w jakim odbywa się zwrot wziernika.

3) Im wyższym jest stopień niemiarowości oka, tem wyraźniejsze cienie, a ruchy ich tem powolniejsze.

Weźmy pod uwagę kilka zasadniczych wiadomości z dziedziny optyki, które dla wyjaśnienia istoty zjawisk widzianych spożytkować się dadzą.

Wziernik wklęsły jednoczy promienie, pochodzące od przedmiotu świecącego w jednym punkcie, znajdującym się przed wziernikiem. Przed wziernikiem wklęsłym, powstaje obraz rzeczywisty, odwrótny przedmiotu świecącego; obraz ten odwrótny porusza się w kierunku, w którym zwracamy powierzchnię zwierciadlaną. Poruszając wziernik około osi pionowej ze strony prawej na lewą, obraz

większem prawdopodobieństwem mówić możemy o pewności działania leku. Jeżeli na ten czas nie zwrócimy pilnej uwagi, bardzo łatwo ludzi się będziemy.

Przed paru laty jeden z naszych kolegów ogłosił pracę o skuteczności jodoformu przy mięszszowem zapaleniu rogówki. Wiadomo dobrze, że ta choroba, chociaż trwa długo, zawsze ustępuje, żadnej, albo nieznacznie tylko, pozostawiając po sobie plamy. Kilka przypadków, przy których stosował ów lekarz maść jodoformową, skończyły się pomyślnie, ale po kilkumiesięcznym trwaniu. A więc żadnej nie mamy pewności, że jodoform istotnie wpływ jakikolwiek wywarł na przebieg choroby; owszem, naodwrot, możemy z tych przypadków wyciągnąć wnioski, do dalszego stosowania tego środka wcale nie zachęcający. Gdyby choroba w tych przypadkach trwała parę dni, czy tygodni, tylko wtedy pochwały, oddawane jodoformowi, mogłyby być usprawiedliwionemi.

Zwracając uwagę na szybkość, z jaką po zastosowaniu lekarstwa następuje zmiana w powolnym przebiegu choroby, wcale wnosić nie możemy, że tylko lekarstwa, szybko działające działają na prawdę.

Jeżeli patrzę na wskazówkę zegarka, która w ciągu minuty cały okrąg przebiega, to ruch jej widzę dokładnie i wątpić nie mogę, że się porusza. Ruch

odwrotny [up. płomienia lampy] skierowuje się również od strony prawej ku lewej skoro skłaniamy wziernik ku górze lub ku dołowi, obraz odwrotny, o którym mowa, idzie w górę, lub na dół. Obraz ten odwrotny przedmiotu świecącego, utworzony przez wziernik wklęsły, staje się właściwie wobec oka badanego źródłem światła dla tegoż, obraz odwrotny ten gra tu w samej rzeczy rolę przedmiotu świecącego, ztąd — mówiąc prościej, przedmiot świecący, obraz odwrotny płomienia lampy przy naszym badaniu znajduje się pomiędzy wziernikiem a okiem badanym.

Wiadomo nam dalej, że w tym razie, niezależnie od tego, czy oko jest lub też nie jest przystosowane do odległości przedmiotu świecącego, czy siatkówka znajduje się przed lub po za miejscem skrzyżowania się promieni świetlnych, pochodzących od tego przedmiotu — obraz, rysujący się mniej lub więcej wyraźnie na siatkówce, będzie zawsze odwrotny. Jeśli zaś obraz na siatkówce jest odwrotny, ruchy takowego muszą być też odwrotne w stosunku do ruchów, jakie przedmiot świecący odbywa.

Biorąc pod uwagę to wszystko, zrozumiemy łatwo, że przy zwracaniu wziernika wklęsłego od strony prawej ku lewej, przesuwa obraz rzeczywisty płomienia lampy, który dla oka badanego jest właściwie przedmiotem świecącym, w tym samym kierunku, podczas gdy obraz takowego, rysujący się na siatkówce, skierowuje się od strony lewej ku prawej. Jednym słowem, obraz płomienia, świetlającego dno oka, utworzony na siatkówce, dąży zawsze, niezależnie od stanu refrakcyi tegoż, w kierunku przeciwnym zwrotowi wziernika wklęsłego. Taki jest istotny stan rzeczy na dnie oka. Ile razy też będziemy mieć sposobność badania dna oka w rysunku prostym, ile razy będziemy w stanie widzieć to, co tam znajduje się i co tam zachodzi, tak, jak to rzeczywiście ma tam miejsce, przekonamy się, że oświetlając wziernikiem wklęsłym dno oka i wykonywając odpowiednie zwroty takowym, część oświetlona siatkówki, krążek oświetlony takowej i cień, otaczający tenże, przesuwać się będzie w kierunku odwrotnym do zwrotów wziernika. Wiadomo, że oko miarowe jest w stanie widzieć dno oka badanego w rysunku prostym zawsze, skoro osoba badana ma wzrok miarowy, nadzwyczajny lub też nawet krótkowzroczny, z tem w tym ostatnim razie zastrzeżeniem, że oko ba-

wskazówki, która godziny potrzebuje, aby swoje koło ukończyć, jest już bez porównania trudniejszym do dostrzeżenia. Gdybyśmy zrobili zegar, którego wskazówka przez cały rok raz tylko jeden się obróci, tobyśmy się sto razy znużyli, wpatrując się w te wskazówki i bylibyśmy pewni, że jest nieruchomą; a jednak się porusza.

Tak samo i co do lekarstw: są takie, których działanie prędko się objawia; są, co działają wolniej i są niewątpliwie takie, co bardzo powoli wpływ wywierają. Ani przeczyć temu, ani nawet wątpić o tem nie możemy. Ale nasz sąd o działaniu lekarstw jest niewątpliwie tembardziej pewnym, im szybciej zmiana następuje po ich zastosowaniu.

[D. n.]

Zygmunt Kramsztyk.

dające znajduje się pomiędzy okiem badanem, a punktem dali tegoż. Zatem przy badaniu tych stanów refrakcyi oka, będziemy zawsze widzieć w krążku źrenicy, że oświetlona część dna oka i przyległy jej cień [t. j. pograżona w ciemności część siatkówki] przesuwać się będzie w kierunku odwrotnym do zwrotu wziernika wklęsłego. Skoro jednak zmuszeni będziemy badać dno oka w rysunku odwrotnym, co ma miejsce przy naszym badaniu zawsze, kiedy oko badające miarowe znajduje się w pewnej odległości po za punktem dali oka krótkowzrocznego osoby badanej — wtedy i część oświetlona siatkówki i część nieoświetlona odwrotnie nam się przedstawi; oko badające spostrzeże przy zwrotach wziernika, że światło i cień przyległy, widoczne w krążku źrenicy, przesuwać się będą w kierunku, odpowiadającym zwrotowi wziernika, a zatem w kierunku odwrotnym, w jakim światło posuwa się na siatkówce.

Objaśnienie zjawisk opisanych wyżej polega na tej samej podstawie, co i objaśnienie sposobu, służącego do oznaczania [w przybliżeniu] refrakcyi oka przez badanie kierunku, w jakim zdają się przesuwać naczynia siatkówki przy odpowiednich ruchach badającego ¹⁾. Tu bierzemy pod uwagę naczynia, przy naszym badaniu zaś części siatkówki, na które rzucamy światło wziernikiem oraz cienie przyległe. Tu i tam badamy zawsze siatkówkę. Po tem objaśnieniu, należy nam jeszcze omówić niektóre fakty poboczne. Doprowadzwszy przy użyciu soczewek wypukłych $+0,25$; $+0,50$; $+0,75$ D. oko miarowe do krótkowzroczności i rozpoczynszy badanie za pomocą wziernika wklęsłego z odległości 120 ctm., zauważyliśmy cień odwrotny do zwrotu wziernika, zjawisko toż samo, co i przy badaniu oka miarowego i nadwzrocznego. Łatwo to objaśnić. We wszystkich tych przypadkach widzimy dno oka badanego w rysunku prostym. Powiedzieliśmy jednak, że cień zauważony w oczach krótkowzrocznych, o których mowa [M. 0,25; M. 0,50 i M. 0,75 D.], jest mało wyraźny. Jak to objaśnić? Badając z odległości 120 ctm. te stopnie krótkowzroczności, znajdujemy się pomiędzy okiem badanem, a punktem dali tegoż, do oka naszego dochodzą mniej lub więcej zbieżne promienie światła, pochodzące z oka badanego, promienie te krzyżujące się więc w oku naszym nie na samej siatkówce, ale przed takową, oko nasze jest więc w tym razie w warunkach tych samych, co oko krótkowzroczne — stąd widzimy niezupełnie wyraźnie. Im więcej oko badające zbliża się do punktu dali oka badanego, tem więcej zbieżne promienie światła dochodzą do oka badacza, tem dalej naprzód od siatkówki krzyżują się takowe; oko badacza znajdzie się w warunkach coraz to wyższego stopnia krótkowzroczności, widzi też coraz mniej wyraźnie — zupełnie tak jak oko mocno krótkowzroczne, spoglądające na przedmiot jaki z odległości stu kilkudziesięciu centymetrów. Skoro oddalając się więcej, nieco przekroczywszy punkt dali oka krótkowzrocznego osoby badanej, tak, aby obraz odwrotny dna oka tego znalazł się pomiędzy naszym okiem, a przedniem ogniskiem tegoż, oddalonem jak wiadomo, około 13 mm. od naszej rogówki — wtedy nic absolutnie nie będziemy wstanie

¹⁾ Sposób ten może być praktycznie zastosowany jedynie w celu rozpoznawania wyższych stopni niemiarowości, przy niskich bowiem stopniach ostatniej trzeba by w każdym niemal przypadku rozszerzać sztucznie źrenicę z powodu znacznej odległości, z jakiej badać należy.

Fig. 1.

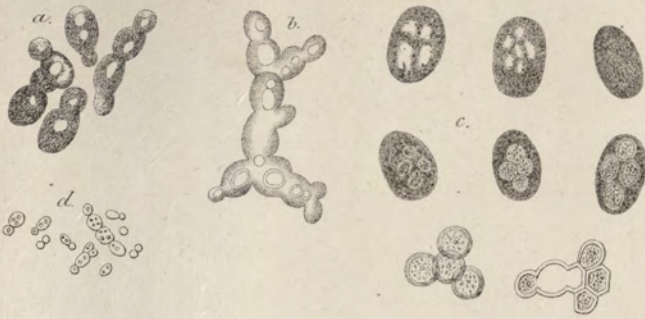


Fig. 2.

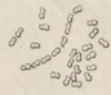


Fig. 3.

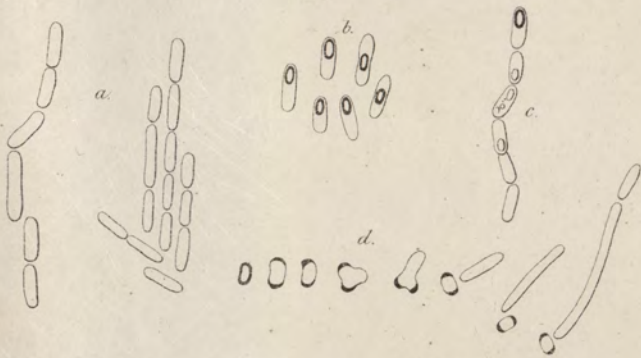


Fig. 4.

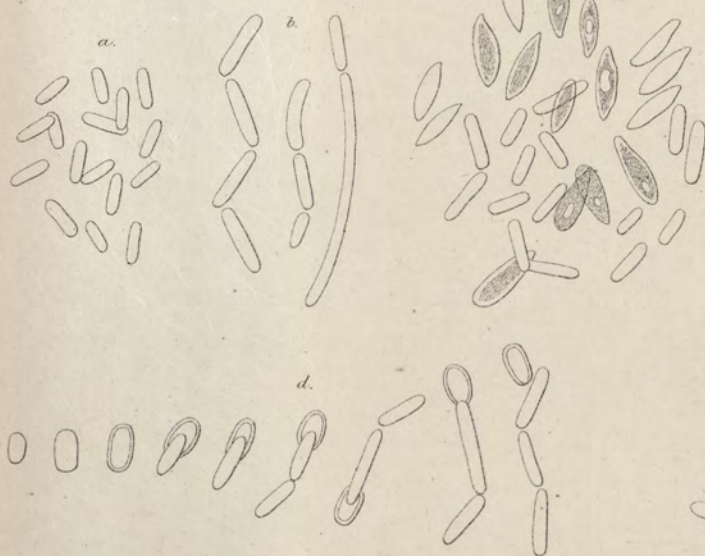
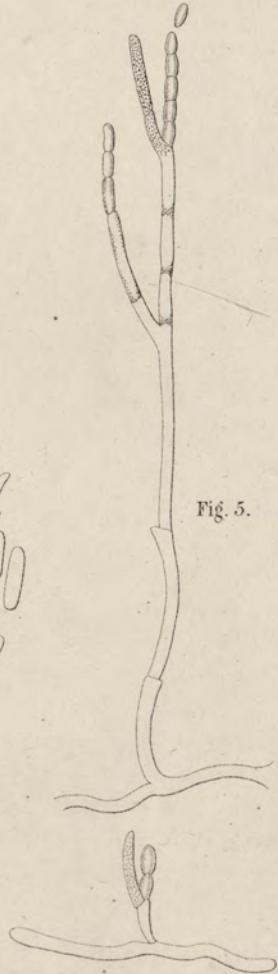


Fig. 5.



odróżnić. Promienie światła, pochodzące z punktu, znajdującego się pomiędzy okiem a ogniskiem przednim takowego, są bardzo rozbieżne tak, że krążek utworzony w tym razie przez promienie światła rozproszone [okrąg rozpięrzchły] będzie większy nawet niż krążek źreniczny; oba te krążki będą równej wielkości. w chwili kiedy obraz odwrotny dna oka krótkowzrocznego znajdzie się w odległości ogniska przedniego [13 mm.] od oka badacza. Krążek promieni świetlnych rozproszonych będzie się zmniejszać, w miarę tego jak będziemy się oddalać, jak zbliżać się będziemy do punktu najbliższego, w którym oko nasze jest w stanie odróżniać przedmioty. Im silniej działać może akomodacja naszego oka, tem prędzej spostrzeżemy wyraźnie obraz odwrotny dna oka niedomiarowego. Uwagi te objaśnią nam dostatecznie, jaki jest powód pewnego zjawiska, podanego wyżej, a mianowicie, że badając z odległości 120 ctm., za pomocą wzornika wklęsłego, oko krótkowzroczne **M. 0,75 D.**, widzieliśmy naprzód cień, poruszający się w kierunku odwrotnym do zwrotu wzornika, cień mało wyraźny, który w miarę oddalania się naszego po za 120 ctm. stawał się coraz mniej wyraźnym, zniknął nareszcie i dopiero w odległości 145—150 ctm. mogliśmy cień ten znów spostrzedz, cień ten jednak poruszał się w kierunku odpowiednim bocznemu zwrotowi wzornika. Nadto na podstawie wyżej podanych faktów zrozumieć łatwo, dla czego w odległości 120 ctm., badanie oczu krótkowzrocznych, począwszy od **M. 1,0 D.**, daje nam sposobność spostrzegać cienie, poruszające się w kierunku odpowiednim zwrotowi wzornika, podczas gdy przy badaniu oczu o krótkowzroczności słabszej od **M. 1,0 D.** cień wykonywać będzie ruchy wręcz przeciwne, także same jak w oczach miarowych i nadwzrocznych. [D. n.]

II. PRZYPADEK OWRZODZENIA GRUŻLICZEGO

SROMU, POCHWY I CZĘŚCI POCHWOWEJ MACICY,

spozstrzegal i opisał

M. Zweigbaum.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 8].

Tak więc owrzodzenie pochwy rozwinęło się wciągu kilkunastu dni pobytu chorej w domu i przyjęło natychmiast charakter wrzodu złośliwego; owrzodzenie na części pochwowej, jakoby pod działaniem zegadła zagojone, odnowiło się prawie natychmiast, przyjmując ten sam charakter. Zniszczenie rozszerzało się następnie coraz bardziej w pochwie i przeszło szybko na części sromne, jak to wyżej widzieliśmy. W porównaniu z tak szybkim rozwojem, postęp sprawy gruźliczej w płucach nazwać należy powolnym. Krwotoków płucnych chora ani przedtem ani w szpitalu nie miała, do wytworzenia jamy w płucach także nie doszło.

Wczesna i bezustanna biegunka z wydymaniem i bólami brzucha zdawały się wskazywać na istnienie owrzodzeń gruźliczych kiszek.

Z wyżej podanego przebiegu klinicznego sprawy miejscowej należy wy- prowadzić wniosek, że sprawa gruźlicza rozszerzała się w naszym przypadku w kierunku zstępującym, mianowicie z części pochwowej [a może z macicy] przeszła na pochwę i następnie na części sromne. W przypadku CHIARI'ego kierunek był odwrotny. Sprawa gruźlicza rozszerzała się w kierunku wstę- pującym z części sromnych na pochwę.

* * *

Na zakończenie kilka słów o e t y j o l o g i i gruźlicy narządów płciowych kobiecych.

Cierpienie to bywa po największej części objawem następczym gruźlicy ogólnej. NAMIAS ¹⁾ utrzymuje, że na 100 kobiet dotkniętych gruźlicą, 12 cierpi na gruźlicę narządów płciowych; FRERICHS ²⁾ znalazł, że z 96 kobiet dotkniętych gruźlicą, 15 cierpiało na gruźlicę narządów płciowych, a więc 15,6%. Z tych 15-tu 3 tylko poczytuje za przypadki gruźlicy pierwotnej. MOSLER na 46 przy- padków gruźlicy narządów płciowych znalazł 9 pierwotnej, SCHRAMM ³⁾ tylko w jednym przypadku na 34 gruźlicy narządów płciowych znalazł gruźlicę pier- wotną. Przy skrzętnem przeglądaniu literatury odnośnej, udało mi się zebrać tylko 51 przypadków gruźlicy pierwotnej narządów płciowych kobiecych.

G r u ź l i c a w t ó r n a powstaje: 1) *per contiguitatem*, jeśli sprawa gruźli- cza z narządów sąsiednich, np. z kiszek rozszerza się po otrzewnej, a z niej prze- chodzi drogą naczyń limfatycznych na jajowody i dalej, albo też, jak w przypadku JONES'a [Nr. 29 w tablicy], skutkiem przedziurawienia wrzodu gruźliczego kiszki stolcowej do pochwy sprawa gruźlicza przechodzi na pochwę i wyżej; 2) d r o g ą p r z e r z u t u, jeśli laseczники gruźlicze z ogniska pierwotnego [np. z płuc] zostają przeniesione strumieniem krwi do narządów płciowych.

W j a k i s p o s ó b w p r z y p a d k a c h gruźlicy pierwotnej z a r a z e k gruźliczy dostaje się do narządów płciowych?

Narządy płciowe zewnętrzne, jako będące w zetknięciu z powietrzem i wy- stawione na działanie wpływów zewnętrznych, przedstawiają grunt przyjazny do wniknięcia zarodków chorobotwórczych, czy to z powietrza, czy też przez bezpośrednie ich przeniesienie na pozbawioną nabłonka błonę śluzową. W ten sposób przychodzi do skutku zakażenie p o ł o g o w e, t r y p r o w e, p r z y m i o t o w e. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że i zarazek gruźliczy może tą drogą wniknąć do ustroju. Zaszczepienie to może mieć miejsce podczas spółkowania z osob- nikiem gruźliczym [COHNHEIM]. FERNET ⁴⁾ przytacza 4 spostrzeżenia pier- w o t n e j gruźlicy narządów płciowych u kobiet, które miały stosunki płciowe z suchotnikami.

Zarazek gruźliczy może też być przeniesiony za pomocą palca śledzącego, narzędzi, kanek macicznych, zwłaszcza u rodzących lub położnic, przez osobę

1) Cytowany u BROUARDEL'a l. c. str. 26.

2) L. c. str. 159.

3) Cytowany u HEGAR'a l. c. str. 4.

4) Cytowany u HEGAR'a l. c. str. 12.

trzecią [np. lekarza lub akuszerkę], która albo sama choruje na gruźlicę, albo też pielęgnuje jednocześnie suchotnika. Otwarty kanał porodowy ze świeżą raną wewnętrzną macicy [miejsce uczepienia łożyska], jakoteż rozmaite starcia i naddarcia na ustach macicznych, w pochwie i na częściach sromnych, przedstawiają grunt bardzo przydatny do przyjęcia zarazka. Znane są liczne spostrzeżenia gruźlicy pierwotnej narządów płciowych, która rozwinęła się bezpośrednio po porodzie, albo w czasie położu. Spostrzeżenia takie przytaczają MOSLER ¹⁾, SCANZONI [Nr. 2 w tablicy], GEIL [Nr. 4 w tablicy], WERNICH ²⁾, BROUARDEL ³⁾, BRICTEUX ⁴⁾, a także HEGAR ⁵⁾ i inni.

Obcowanie z suchotnikami lub pielęgnowanie ich może stać się także powodem zakażenia. Pościel, klozety, woda kąpielowa, zanieczyszczone płwociną albo wypróżnieniami suchotnika, mogą być przenośnikami zarazka.

W ten sposób może nastąpić także tak zw. s a m o z a k a ż e n i e, jeśli płwocina albo wypróżnienia osoby dotkniętej gruźlicą płuc lub kiszek, przeniesione zostaną na jej własne narządy płciowe, powodując w ten sposób gruźlicę wtórną tych narządów. CHIARI w ten sposób objaśnia powstanie gruźlicy sromu w przypadku wyżej opisanym. Według niego najprawdopodobniej zarazek gruźlicy z wypróżnień stolcowych dostał się na części sromne i wywołał gruźlicę wtórną sromu. CHIARI upatruje tu nawet pewne podobieństwo z przypadkami dyfterytycznego zapalenia pochwy, rozwijającego się w przebiegu dysenteryi.

Tak więc bezpośrednio zakażenie z zewnątrz zdaje się odgrywać pewną rolę w etyologii gruźlicy narządów płciowych kobiecych.

Przeciwnicy tego sposobu zakażenia [np. FRERICHS] stawiają mu ten zarzut, że narządy płciowe zewnętrzne nadzwyczaj rzadko podlegają sprawie gruźliczej, gdy tymczasem cierpienie to znacznie częściej obiera sobie siedlisko w narządach płciowych wewnętrznych [w jajowodach częściej, rzadziej w macicy], o wiele mniej dostępnych dla b e z p o ś r e d n i e g o z a k a ż e n i a, aniżeli narządy płciowe zewnętrzne.

Nie ulega wątpliwości, że droga, po której przez ustrój kroczy zarazek gruźliczy, zanim usadowi się w narządach płciowych wewnętrznych, bywa częściej dalszą i bardziej zawilą, aniżeli droga bezpośrednia przez narządy zewnętrzne. Wykazanie etapów tej drogi jest często bardzo trudne, a niekiedy i wprost niemożliwe, bo bez względu na okolicę, przez którą zarazek wniknął do ustroju [czy to przez płuca, czy też przez kanał pokarmowy, czy wreszcie przez narządy płciowe zewnętrzne], nie można odnaleźć śladów pobytu jego w tych narządach, a to dla tego, że ich tam nie zostawił, nie znalazłszy odpowiedniego dla siebie gruntu. Przeszedł więc przez nie *transito* i osiadł dopiero w jajowodzie, bo

1) L. c. str. 12 [przyp. XV].

2) Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. I. str. 49. 1871.

3) L. c. str. 156 [observ. XXXIX].

4) Cytowany u GEHLE l. c. str. 15 [przyp. III].

5) L. c. str. 46, 48, 54 [przyp. III, V, X].

w nim spotkał warunki sprzyjające dla rozwoju lasecznika gruzliczego. Jakie są te warunki, dotychczas nie wiemy.

Zdaje się, że usposobienie, nabyte w następstwie pewnych spraw patologicznych, odgrywa tu ważną rolę. Błona śluzowa jajowodów [*resp.* macicy], bywa siedliskiem długotrwałych i uporczywych zapaleń. Wydzielina nieżytowa, zatrzymując się na jej powierzchni i nagromadzając w wązkim kanale, podtrzymuje stan zapalny narządu. Sądząc przez analogiję z suchotami płuc, które w zapaleniach i nieżytach oskrzeli i płuc znajdują moment usposabiający do rozwoju zakażenia, można przypuścić, że stan zapalny jajowodów i macicy, wraz z nagromadzoną w nich wydzieliną nieżytową, sprzyja też rozwojowi lasecznika w tych narządach.

Zresztą w zakażeniu tryprohem, które ze szczególnem upodobaniem zatrzymuje się na błonie śluzowej jajowodów i macicy, powodując długotrwałe i rzadko uleczalne cierpienia, można mieć dowód pewnego usposobienia tych narządów do chorób zakaźnych.

L I T E R A T U R A .

Spis ten obejmuje tylko te źródła, w których znalazłem wzmiankę o gruzlicy sromu, pochwy lub części pochwowej macicy.

- 1) D-r PAUL BROUARDEL. De la tuberculisation des organes génitaux de la femme. Paris. 1865.
- 2) D-r H. GEHLE. Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien. Heidelberg. 1881 roku.
- 3) VIRCHOW. Archiv. T. V. 1853. str. 404.
- 4) Prof. D-r JUL. M. KLOB. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien 1864 roku.
- 5) LOUIS E. GIRAUD. Un chapitre de la phthisie. Tuberculisation des organes génitaux de la femme. Thèse p. le doctorat. Nr. 222. Paris. 1868.
- 6) D-r C. FRIEDLAENDER. Ueber locale Tuberculose. VOLKMANN's Samml. klin. Vortr. Nr. 64. 1873.
- 7) C. WEIGERT. Tuberculosis vaginae. VIRCHOW's Archiv. T. LXVII. 1876.
- 8) W. KASZEWAROWA-RUDNIEWA. Materiały dla patologicznej anatomii matczynaw o włągaliszczu. Dissert. dokt. Petersb. 1876.
- 9) ALFRED VERMEIL. Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses. Paris. 1881.
- 10) M. HOMOLE. Progrès méd. 1877. Nr. 30 ref. w Centrblatt f. Gyn. 1877. Nr. 15.
- 11) CORNIL. Progr. méd. 1879. Nr. 38 ref. w Centr. f. Gyn. 1880. Nr. 12.
- 12) D-r A. MAYOR. Tuberculose des organes génitaux chez la femme [ovaires, trompes, utérus, vagin]. Société anatomique. Séance du 2 Décembre. 1881. Progrès méd. 1882. Nr. 30.
- 13) D-r med. ERNST Fr. Th. FRERICHS. Beiträge zur Lehre von der Tuberkulose. Acad. Habilitationsschrift. Marburg. 1882.
- 14) LEO MOSLER. Die Tuberculose der weiblichen Genitalien. Inaug.-Dissert. Berlin. 1883.
- 15) E. DESCHAMPS. Etude sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin. Arch. de tocol. 1885. Janv. Févr. Mars. ref. w Centr. f. Gyn. 1886. Nr. 1.

16) Prof. H. CHIARI. Ueber den Befund ausgedehnter Ulceration in der Vulva und Vagina. Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphilis. 1886. Wien. 3 H-ft.

17) ALFRED HEGAR. Die Entstehung, Diagnose u. chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes. Stuttgart. 1886.

III. O PRZETWORACH FERMENTOWANYCH Z MLEKA, A MIANOWICIE O KUMYSIE I KEFIRZE

przez

Leona Nenckiego i Aleksandra Fabiana.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 8].

Przedewszystkiem tedy, jak się okazuje, kumys z mleka krowiego [Warszawski] zawiera mniej kazeiny i wogóle mniej ciał białkowych niż kefir, natomiast przewyższa go ilością kwasu węglanego, alkoholu, cukru mlecznego, oraz, co bardzo jest ważnem, mielszem rozdrobieniem sernika w zawieszynie [emulsyi]. Jest tedy kumys, jak go dotychczas sporządzają, płynem kwaśniejszym niż kefir, rzadszym i mocniej burzącym, ale za to uboższym w ciała białkowe. Nie zależy to bynajmniej — na to kładziemy nacisk stanowczy — o różnicy samego zacyznu, zarówno bowiem sporządzana z drożdży zakwaska w mleku, jakoteż grzybek kefirowy, jak to wykazaliśmy, zawierają też same grzybki zacyznowe (*saccharomyces cerevisiae* i *bacillus acidi lactici*), wzbudzające też samą fermentację mleczną i alkoholową, a nie żadną inną dla kefiru specyficzną — oraz peptonizację — cała rzecz polega na stosowanym dotychczas, że tak powiemy, mechanicznie różnym sposobie przyrządzenia; kiedy bowiem przy robocie kumysu do mleka zbieranego dodają, oprócz zacyznu w postaci drożdży, jeszcze materyjału fermentacyjnego, mianowicie cukru gronowego lub mlecznego [w ilości jednej łyżeczki na butelkę szampankę], a tworzące się przy pierwszym ścięciu i klóceniu grudki kazeiny w części usuwają — to kefir robiono zawsze dotychczas z mleka niezbianego [dzięki czemu niekiedy powstawała już pierwotnie wcale nie pożądana fermentacja masłowa nadająca mu smak gorzkawy], nie usuwano pierwotnie ścinającej się kazeiny — oraz nie dodawano wcale cukru gronowego, ograniczając się na tej ilości onego, która się w mleku jako cukier mleczny znajduje — poprostu przez dodawanie najprzód w wodzie, a później w mleku rozmoczonego grzybka kefirowego. Ponieważ, mówimy to raz jeszcze, grzybek kefirowy żadnego innego fermentu specyficznego nie zawiera, przeto twierdzimy śmiało, że byle inne warunki przyrządzenia [ciepłota, klócenie, zbieranie mleka — wreszcie dodatek cukru mlecznego *resp.* gronowego], były jednakie, to za pomocą zakwaski kumysowej świeżo z drożdży przyrządzonej i za pomocą grzybka kefirowego otrzymywać można płyny zupełnie jednakiego, jakościowego i ilościowego składu Usuwania pewnej części kazeiny w początku roboty, z technicznej strony chwa-

lonego i stosowanego przy wyrobie kumysu, nie można ze stanowiska higienicznego pochwalać, usuwano bowiem pewną ilość składników pożywnych, a jak to wykazały badania UFFELMANN'a i nasze, wytwarzająca się ilość kwasu mlecznego [i zaczynu peptonizującego?], jest całkiem dostateczną do przemiany całej pierwotnie w mleku zawartej kazeiny w albumozy i pepton.

Inna jest rzecz z usuwaniem śmietanki [zbieraniem mleka] za pomocą czego usuwamy sposobność pierwotnej fermentacji masłowej — to zawsze radziłyby wypadało dla sporządzenia kumysu i kefiru. W tym też samym celu, a także dla uniknięcia wadliwej fermentacji, wogóle ciepłota przy której cała robota odbywać się powinna, nie może przechodzić po za pewne granice.

Dowiedziona bowiem jest rzeczą, że aby obok siebie mogły dobrze przebiegać fermentacja alkoholowa i mleczna, ilość wytwarzającego się kwasu mlecznego nie powinna być zbyt wielką [0,8% do 1% jako *maximum*] inaczey bowiem fermentacja alkoholowa przez nadmiar kwasu mlecznego powstrzymaną zostaje. Do tego zaś potrzeba aby ciepłota nie przechodziła $+ 15^{\circ} \text{C.}$, przy zbyt wysokiej ciepłocie bowiem wytwarza się nadmiar kwasu mlecznego, a nawet gdy podniesienie ciepłoty będzie bardzo wysokiem [np. około $30 - 35^{\circ} \text{C.}$], powstają wytwory dalszej fermentacji, jak octowa, masłowa, bursztynowa i t. d..

Wielkiego znaczenia dla otrzymywania dobrego kumysu i kefiru, jest częste dokładne klócenie płynu w butelkach. Rozdrabnia ono z jednej strony kazeinę, zamieniając ją w mialką w płynie zawieszoną emulsyję jednolitą, nie dzielącą się, dalej ułatwia peptonizującym czynnikom dostęp do liczniejszych jej cząstek, a sprwadzając zetknięcie coraz nowych ilości tlenu i zaczynów z cukrem mlecznym sprzyja ich rozszczepieniu z wytwarzania alkoholu, kwasu mlecznego i węglanego.

Dobry zatem kumys i kefir przedstawiać się powinien w postaci jednolitej, nie dzielącej się zbyt szybko na warstwy, mleczanki (*emulsio*), mieć smak przyjemnie kwaśny lekko szczypiący [nie powinien mieć przysmaku gorzkiego lub jełkiego, co by dowodziło niepożądaney obecności kwasów masłowego, bursztynowego i t. d.], pienie się przy otwarciu butelki i w szklance, i nie mieć ostrej woni [kwasów tłuszczowych lotnych].

Nie będziemy się rozwodzić obszernie nad dyjetetycznem i leczniczem działaniem kumysu i kefiru. Wynika ono po prostu z samego składu rzeczonych napojów. Są one bowiem odmianą mleka, którego ciała białkowe z jednej strony mechanicznie nader miało są rozdrobnione, a z drugiej działaniem fermentacji są przeprowadzone częściowo w stan łatwiej przyswajalnych przetworów, t. j. albumozy i peptonu. Znajdujący się obok tego wyskok i kwas węglany działają podniecająco na układ nerwowy, krążenie krwi i błony śluzowe narządów trawienia. Wszędzie zatem gdzie chodzi o podanie ustrojowi wycieńczonemu, niedokrwistemu materyjału spożywczego w łatwostrawnej postaci, a zarazem i lekko podniecającego, tam niezawodnie kumys i kefir niezaprzeczone usługi oddają. Potrzeba wszakże podawać je w dużej ilości [po parę butelek dziennie], przyczem oprócz innych skutków podnosi się znakomicie ilość wydzielanego moczu. Jest więc w pewnych warunkach kumys i kefir doskonałym, łagodnym środkiem moczo-
pędnym.

Nie powinien być wszakże podawanym przy stanach pełnokrwistości [tak zwanych pletorycznych] i przy nadmiernej pobudliwości układu naczyniowego. Wynika ztąd, że głównymi cierpieniami przy których z wielkim pożytkiem kumys i kefir stosowano są: wycieńczające choroby płucne, okresy zdrowienia po chorobach ostrych obezsilających, przewlekłe cierpienia nerek i — jak to zgodnie liczni neuropatologowie podają — przewlekłe cierpienia układu nerwowego, zarówno tak zwane funkcjonalne, jako też i polegające na cięższych zmianach anatomicznych. Zastępuje tu kumys i kefir z wielkim pożytkiem mleko, często gorzej trawione i w ogóle gorzej przez chorych znoszone.

Wreszcie nie można przemilczeć, że w pewnych chorobach przewodu pokarmowego, zwłaszcza tu u dzieci [wyczerpujące biegunki], zasłużoną sławą kumys i kefir się cieszy, co zawdzięcza łatwej assimilacji swych części składowych znajdujących się w stanie wielce trawieniu sprzyjającym.

Jak widzimy, zakres racjonalnego stosowania dyjetetycznego kumysu i kefiru jest istotnie dość obszerny i dla tego nie potrzeba wcale głoszenia przesadzonych pochwał jako środka uniwersalnego, jak to niejednokrotnie zbyt gorący jego zwolennicy czynią, aby w rzędzie pożytecznych odżywczych leków kumysowi i kefirowi poczesne miejsce zapewnić.

Przypisek w czasie druku.

Do opisu metody oznaczania ilościowego peptonu wkradła się omyłka — siarczan amonu może bowiem służyć przy różnicowym [frakcyjnym] sposobie do osadzania peptonu, lecz wobec małej ilości peptonu i hemialbumozy, jakie w kumysie i kefirze się znajdują, jest on o wiele mniej dokładny ilościowo, niż sposób KJELDAHL'a za pomocą oznaczenia azotu.

L I T E R A T U R A .

A) K u m y s u: SPASSKIJ „O molokie woobszecz, a preimuszczestwennno o kumysie“ [Wojenno-med. Żurnał. 1834]. — HOMENKO. „O polieznom diejstwiu kumysa pri niekotorych boliezniah“. [Ibid. 1842]. — DAAL. „Nieskolko o kumysie. [Żurnał Minist. Wnutr. Dieł. 1843]. — WARADINOFF [Ibid. 1859]. — SEELAND. „O kumysie“ [Sowremennaja Medicina. 1851/62. — RADAKOFF. „Možno-li lieczytsia kumysom w Moskwie“ [Ibid. 1868. Nr. 36]. — BOGOJAWLENSKIJ. „Połnoe praktiezeskoje rukowodstwo k prigotowlieniu i upotrebleniu kumysa“. [Samara. 1863]. — STAHLBERG. „Der Kumys und seine physiologische und therapeutische Wirkung“ St. Petersburg. 1869. — POSTNIKOFF „O kumysie“. Samara. 1873. — BOIKOFF. „Materialy k' woprosu o fiziologičeskom dijestwiu kumysa. [Dysertacyja]. Moskwa. 1876. — HERZENSTEIN. „Kumysnyje zawiedienija na bieregu Wołgi, s obzorom chimiezeskawo sostawa kumysa i pokazanij k' jewo leczebnomu upotrebleniu“. Petersburg. 1880. — KARRIK. „O kumysie“ [Wraez]. 1881. — KOSTIURIN. [Ibid. 1881]. — DOCHMANN. [Ibid. 1882]. — STANGE. „Otezet o leczenii kumysom na Annaefskoj dатеz“. [Żurnał dlia gidroterapii. 1881] oraz tegoż praca „Ueber Kumysseuren w Hdb. fur Allgem Therapie ZIEMSSEN'a. 1883. — BIEL. „Untersuchongen ueber den Kumys“ 1872. — PONOMAREF. „Ueber den Kumys“. [Arch. für Kinderheilkunde Bd. V].

B) K e f i r u: SZABŁOWSKIJ. „Kafir“ [Wojen.-med. Żurnał. 1877]. — SIPOWICZ. „Soobszczenie o kefirie“ w [Protok. zasied. Kawk. med. Obszczestwa. 1867]. — BOGOMOŁOFF. Referat o rabotach po kefiru. [Mieżdunarodn. Klinika. 1882]. — GORELEJCZENKO. „O rolie kefira w terapii“. [Pro-

tokoł Mogilensh. Obszczestw Wrazej. 1883. — DMITRIEFF „Kafir ili Kefir, kratkoje opisanije jęgo prigotowlenia i diejstwij. Jałta. 1888. — Toż samo w [niemieckim przekładzie BOTHMANN'a. — KERN cytowana na wstępie prace] oraz w „Biologisches Centralblatt“ artykuł „Dispora Caucasia eine neue Baeterienform“ w T. II. — PIASECKI P. „Kefyr, napitek iz korowjawn mołoka“. [Trudy obszczestwa ruskich Wrazej.] St. Petersburg. 1882. — SOBOKIN prof. „K' woprosu o fermentie kumysa“ 1882. — ORGANOWICZ. „Soobszczenie o prigotowlenii kefira“. [Wraez. 1882. — SADOWEŃ. Ibid. 1883. — SZCZASTNYJ [loc. cit.]. — BIEL. „Bielkowjja wieszczestwa kumysa i kefira. [Farmacewtieskij Żurnal. 1886. — PODWYSOCKI. (loc. cit. po rosyjsku) oraz w niemieckim przekładzie przez MORYCA SCHULTZ'a. Petersburg. 1884. — UCKE. „Der Kefyr“, w [Deutsch. Vierteljahrsh. f. öffentliche Gesundheitspflege. Bd. XVI]. — BRAININ. „Ueber den Kefyr“ [Zeitschr. für Therapie. 1884]. — MANDOWSKI. „Ueber den Kefyr“, [Deutsch. med. Wochenschr. 1884. Nr. 21]. — THEODOROFF. „Ueber Kefyr“. [Zürich Blätter f. Gesundheitspflege. 1885. — KRANNHALS. „Deutsch. Arch. f. klin. Med. 4884. Bd. XXXV. — BOURQUELOT. „Les microbes de la fermentation alcoolique du lait. le kephir“. [Revue scientifique. 1886]. — COHN F. „Ueber Kephir“ w [Sitzungsprotocole der Schles. Gesell. für Vaterland. Kuitur. 1883. — STRUBE H. „Ueber Kephir“. [Bericht der Chemischen Gesellschaft. Bd. 17. r. 1884]. — WYSZYŃSKI. „O kumysie kefirowym“ [Gazeta Lekarska 1883 roku.

Objaśnienie tablicy.

Fig. 1. *Saccharomyces (Mycoderma) Cerevisiae.*

Fig. 2. *Bacillus acidi lactici.*

Fig. 3. *Bacillus subtilis.*

Fig. 4. *Bacillus butyricus.*

Fig. 5. *Oidium (Erysiphe) lactis.*

KORESPONDENCYJA

Warszawa d. 4 Lutego 1887 r.

W celu sprostowania błędnych wiadomości zamieszczonych w pismach krajowych i zagranicznych lekarskich i nie lekarskich [Gazeta Lubelska, Wiek, Dniownik Warszawski, St. Petersburger Zeitung, Schlesische Zeitung, Wien. Med. Wochenschrift i inni], przesyłam list p. A. STOBOYA, gdzie szczegóły śmierci jego synowca podane są w rzeczywistości światła.

„Dnia 2 Sierpnia 1886 r. na 11 letniego synowca mego, przechodzącego na wsi przez podwórze, rzucił się jakiś pies obcy i ukąsił go w prawą rękę. Pies ten, pomimo natychmiastowych gorliwych poszukiwań, odnalezionym nie został. W dwie godziny później przybyły doktor, trzy dosyć głębokie ranki na rękę wypalił i masę gnojącą przepisał. Dziewiątego dnia po tym przypadku, chłopiec przywieziony został do Warszawy i oddany na leczenie doktorowi BURWIDOWI, który pomiędzy 11 i 21 Sierpnia zaaplikował mu 10 wstrzykiwań metodą leczenia PASTEUR'a. Po skończonem leczeniu, synowiec mój zdrowy zupełnie z zagojoną ręką, wyjechał do Lublina, gdzie umieszczony został w miejscowem gimnazyjum. Dnia 20 Listopada zaczął narzekać na ból w ramieniu prawej ręki; wezwany doktor SACHS przepisał mu wcieranie, po skutecznieniu którego ból na drugi dzień prawie zupełnie ustał. 22 Listopada pokazała się gorączka [39° C.], chory chwilami majaczył, był niespokojny, narzekał na ból głowy, stan jego jednak wogóle nie zdawał się groźnym. Tymczasem na drugi dzień rano, najprzy-

tomniej rozmawiając, bez żadnych objawów zdradzających cierpienie, spokojnie życie zakończył.

Więść, jakoby ból rozpoczął się w miejscach, gdzie robione były szczepienia, jest najzupełniej fałszywą, te ostatnie bowiem dokonane były na brzuchu w okolicach żołądka, ból zaś miał miejsce w ramieniu.

Czy śmierć nastąpiła z wodowstrętu, czy też była następstwem choroby mózgowej, nie mnie o tem sądzić jako niespecjaliście. Wobec jednak fałszywych sprawozdań podanych przez niektóre pisma nasze, a powtórzonych przez dzienniki zagraniczne, niniejsze objaśnienie uważam sobie za obowiązek, w imieniu prawdy publicznie ogłosić.

Artur Stoboy.

Mam nadzieję, że Szanowna Redakcja zechce umieścić list ten w lamach swego pisma, oraz zwróci nań uwagę innych pism lekarskich.

O. Bujwid.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

8. Chr. Héyn i Thorkild Roving z Kopenhagi. Jodoform jako środek przeciwnilny.

Dotychczas, mimo że jodoform od lat niemal dziesięciu wprowadzony jest w użycie i ceniony jako środek przeciwnilny, nie wykonywano ścisłych i spójnych w tym kierunku zwróconych doświadczeń bakteriologicznych, któreby usprawiedliwiły tę opinię, a poszukiwania i wnioski BINZ'a i HOEGYES'a z r. 1878 i 9, oraz MIKULICZ'a z r. 1881 i RUMMO z r. 1883 nie są wolne od wielu zarzutów.

Autorowie H. i R. zajęli się właśnie tą kwestyją i na podstawie licznych badań z hodowlami rozmaitych drobnoustrojów, jakoteż szeregu doświadczeń na zwierzętach, doszli do zadziwiającego wyniku, że jodoform nie posiada jako środek przeciwnilny żadnej wartości. Jest to przeto przytem środek niebezpieczny, gdyż sam może zawierać ustroje chorobotwórcze, których szkodliwego wpływu nie niszczy, a przy zwykłych sposobach stosowania jodoformu za pomocą pędzelków lub w postaci mgły, może wprost sprowadzać na ranę mikroorganizmy szkodliwe. Przypadek tego rodzaju przeniesienia jadu przymiotowego na owrządzenie pokryte ziarniną, opisał E. LESSER (*Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1884*). Chcąc używać jodoformu do opatrunku z powodu jego własności osuszających i kojących ból, trzeba pamiętać, że nawet użycie jednoczesne środków stanowczo antyseptycznych nie wystarcza do zdezynfekowania jodoformu, który może przenosić zarazki. Autorowie przekonali się, że *staphylococcus aureus* przez cztery tygodnie przechowuje się w jodoformie w stanie zdolnym do rozwoju. Postrzeżenia kliniczne SCHEDE'go (*Samml. klin. Vortr. N. 251*), dotyczące chorób przyrannych przy zastosowaniu jodoformu, służą jako potwierdzenie tego.

Jeżeli więc jodoform ma być używanym do opatrunku, winien być wpród zdezynfekowany przez staranne wylugowanie w roztworze sublimatu lub przez trzymanie pod sublimatem, [przyczem nieznaczna tylko część jodoformu rozkłada się z wytworzeniem czerwonego jodku rtęci].

Wobec przekonania dotychczas panującego, że jodoform skutecznie działa w cierpieniach gruźliczych, należałoby jeszcze zbadać jego wpływ na laseczki gruźlicze.

W końcu autorowie zaznaczają, że ich wyniki ujemne odnośnie jodoformu stwierdzone zostały w ostatnich czasach przez O. JOHAN-ØSEN'a (*Norsk Magazin etc.* 1886 r. N. 4), który przekonał się, że jodoform nie zabija pleśni *Aspergillus nigrescens*, ani drobnoustrojów zapalenia szpiku kostnego (*Staphylococcus aureus?*), które rozwijają się na kartoflu mimo pokrycia go warstwą jodoformu grubości 1 milimetra.

(*Fortschr. d. Mediz.* 1887 r. N. 2).

Praca powyższa dała powód do artykułiku p. t. „Jodoform w próbówce“. (*Wien. med. Presse* N. 7), w którym niewiadomy autor [podpisany B.] w sposób ironiczny wyraża się o badaniach i cytatach HEYN'a i THORKILD'a, powołując się głównie na doskonałe działanie jodoformu, wypróbowane podczas wojny serbsko-bułgarskiej. B. dowodzi, że wyników doświadczeń, wykonywanych w próbkach, nie można wprost przenosić na sprawy odbywające się w ranie żywego człowieka, zwłaszcza odnośnie jodoformu, którego działanie polega na rozkładzie z wydzielaniem jodu. *Jod in statu nascendi* ma zaś działać znacznie silniej.

Ten rozkład jest koniecznym warunkiem wpływu antyseptycznego jodoformu, gdy zaś rozłożenie nie następuje, środek w mowie będący nie działa. Otóż „zdaje się“, opowiada B., że wpływ żywych tkanek sprzyja rozkładowi jodoformu, gdy tymczasem na szkle, na kartoflu, w żelatynie, rozkład nie przychodzi do skutku. Wten sposób możnaby objaśnić pozorną niezgodność w działaniu jodoformu przy doświadczeniach bakteriologicznych w laboratorium i w klinicznych spostrzeżeniach na żywym.

W. Mayzel.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym w d. 15 Lutego po kol. MAJKOWSKIM, który odczytał sprawozdanie z rewizji kasy towarzystwa i kasy wsparcia za rok 1885, kol. GARBOWSKI wypowiedział rzecz p. t. „Uwagi o mięsieniu“.

W pracy tej, która w całości ma się ukazać w jednym z naszych pism lekarskich, autor zaznaczył, że leczenie za pomocą mięsienia, stosowane oddawna jako środek ludowy, dopiero w drugiej połowie bieżącego wieku zostało ściślej zbadane, za granicą, przez wielu lekarzy [MOSENGEIL'a, BUSCH'a, METZGER'a i innych], wyjaśniono jego działanie fizjologiczne i poparto stosowaniami doświadczeniami. U nas na tem polu nie prawie jeszcze nie zrobiono, jak autor przypuszcza prawdopodobnie dla tego, że nasi lekarze sami mało, jak dotąd, zajmują się tą metodą leczniczą, powierzając ją osobom niewykształconym odpowiednio, a więc nie mogącym robić ściśłych spostrzeżeń. Komunikując swe spostrzeżenia, kol. GARBOWSKI miał własnie na celu zrobić początek, aby mózż z czasem zebrać większy materiał naukowy w odnośnej kwestyi.

Przed opisem przypadków, leczonych przez siebie, kol. GARBOWSKI zestawił na zasadzie prac zagranicznych autorów, wszystkie dane, co do działania fizjologicznego mięsienia, rozbierając wpływ jego na układ nerwowy, przemianę materii, krążenie, dalej wpływ miejscowy na skórę i mięśnie, a wreszcie wpływ na przyspieszanie chłonięcia, zestawił następnie wszystkie wskazania do zastosowania tego środka, zarówno ogólnie jak i miejscowo, a także przeciwwskazania do jego użycia, przeszedł następnie do opisu manipulacyj, wykonywanych

przy mięsieniu [lekkie i mocne pocieranie, pocieranie złączone z uciskiem, gnienie i uderzanie], objaśniając sprawy fizjologiczne, zachodzące przy każdym z tych rękoczynów, a w końcu wspomniał o środkach pomocniczych stosowanych równocześnie z mięsieniem [ruchy bierne, gimnastyka, bandażowanie, kąpiele ciepłe]. Co do przypadków leczonych przez kol. GARBOWSKIEGO, za pomocą mięsienia, przeważnie z dobrym skutkiem, to naprzód wypada znaczyć jeden przypadek skurczu pisarskiego, następnie dwa przypadki *neuralgiae plexus brachialis*, pięć *ischias*, dwa *paralysis radialis*; w chorobach stawów autor otrzymał dobre wyniki w dziewięciu przypadkach *synovitis serosae chronicae*, w dwu *arthritides rheumatica chronica*, następnie w czterech przypadkach stężenia stawu barkowego, jednym nerwobólu w stawie kolanowym, wreszcie w trzy-nastu przypadkach w kręcenia w stawach (*distorsio*) przeważnie w stawie golenio-stopowym.

Wiadomości bieżące.

Paryż. Zmarł tu w d. 9 Lutego r. b. w 69 roku życia D-r J. BÉCLARD, dziekan wydziału lekarskiego szkoły medycznej, profesor fizjologii tamże, sekretarz stały Akademii medycznej, autor wielu prac naukowych, z których najważniejszą jest: *Traité de Physiologie humaine*.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się d. 1 Marca 1887 o godz. 6½ wieczorem.

HERING. O wynikach leczenia chirurgicznego suchot krtani. Demonstracyjna narzędzi i preparatów.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

RUMSZEWICZ. O szparze środkowej oka. [Odb. z Przegl. lek. 1886].

Sprostowanie. W N-rze 8-ym Gazety Lekarskiej na str. 158 w wierszu 14 od dołu zamiast „na co zaś jest chorą — nie wie“ czytać należy: „na co zaś zmarli chora nie wie“.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorem tablica litografowana do pracy L. NENCKIEGO i A. FABIANA oraz „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Styczeń 1887.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—3

PRZEGLĄD LEKARSKI,

organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok dwudziesty szósty swego istnienia i wychodzi będzie w formacie in 4-to w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak na regularnie j.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

| | w Austrii | w Królestwie Polskiem i Cesarstwie rossyjskiem | w Cesarstwie niemieckiem |
|------------|--------------|---|-----------------------------|
| rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 marek. |
| półrocznie | 4 " 40 " | 3 " | 6 " |
| kwartalnie | 2 " 20 " | 1½ " | 4 " |

we Francyi i Belgii.

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 franków.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Premeratę przyjmują: w Krakowie Administracja, nadto w Warszawie pp. Ge-
bethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4.—Ogłoszenia przyjmują: Administracja oraz
w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszezyński Bd Voltaire 104^{bis} 6—6

NAKŁADEM REDAKCYI KRONIKI LEKARSKIEJ

wyszła z druku praca pod tytułem:

Nerwice żołądka (Neuroses Gastricae)

ICH POCHODZENIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.

przez D-ra Med. Henryka Pacanowskiego

b. ordynatora kliniki terapeutycznej.

Do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład główny w Księgarni W-go Wende i sp.

Cena kop. 60 z przesyłką rekomendowaną kop. 75.

4—4

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyjagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiórów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia,
kału i t. d. (Chmielna 32).

0—2

MEDYCYN A

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW,

redagowane i wydawane przez D-ra Fritsche

w Warszawie.

Wychodzi w każdą sobotę; treść jego stanowią: 1. Spostrzeżenia kliniczne i z praktyki prywatnej. 2. Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 3. Przegląd biblijograficzny. 4. Korrespondencje z kraju i z zagranicą. 5. Medycyna publiczna. 6. Wiadomości bieżące. 7. Wspomnienia pośmiertne.

Przedpłata wynosi

W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 k. 50. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6 półrocznie rs. 3.

Adres Redakcyi: **Aleja Jerozolimska № 80.**

6—6