

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Rozwieracz nóg dla operacji gyniatrycznych dokonywanych w położeniu grzbietowym o wzniesionej miednicy lub tak zwanem pośladkowo-grzbietowym. Podał dr. med. Franciszek L. Neugebauer (syn).—**Streszczenia i wyciągi.** 136. O leczeniu przewlekłych zaporów i niestrawności za pomocą mechanoterapii. (131). Metoda zapobiegania wybuchu wściekliczyny u osoby pokąsanej (Dokończenie). 137. Otrucie dziecka przez mleko matki. 138. O zastosowaniu chininy w akuszeryi. — **Przegląd bibliograficzny.** Opatrunek sublimatowy. Max Schede. Spraw. dr. Adolf Poznański.—**Odcinek.** Konferencya w kwestyi cholery odbyta w cesarskim zdrowotnym instytucie w Berlinie. Przełożył dr. G. Levy.—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

Rozwieracz nóg dla operacji gyniatrycznych dokonywanych w położeniu grzbietowym o wzniesionej miednicy lub tak zwanem pośladkowo-grzbietowym.

Podał Dr. med. **Franciszek L. Neugebauer (syn).**
Ord. Klin. Uniw. Warszawskiego.

Dla operacji gyniatrycznych używamy powszechnie trojakiego sposobu ułożenia chorej, mianowicie: położenie tak zwane grzbietowe, brzuszne i boczne. Każde z nich zastosowywane bywa w niektórych odmianach względnie do celu i warunków operacji, przyzwyczajenia operatora etc. etc. Główniejsze z tych odmian są:

I. Dla położenia grzbietowego (*Decubitus dorsalis*).

a) P. grzbietowe poziome (*decubitus dorsalis planus, flache Rückenlage, position on the back*) używane głównie dla laparotomii (a. o udach rozwartych — przy operowaniu na sposób PÉANA, siedzącego przed chorą między jej udami spoczywającemi na odpowiednich podporach; β. o udach zwartych — przy operowaniu na sposób SCHROEDERA i innych, stojącego przy boku chorej).

b) P. tak zwane litotomiczne (*Steinschnittlage*) o tułowiu wzniesionym do pozycyi na wpół siedzącej na wpół leżącej przez odpowiednie *planum inclinatum*, udach lekko, kolanach mocno zgiętych, tak że pięta przylega do pośladków lub opiera się na przednim brzegu stolika operacyjnego.

c) P. tak zwane grzbietowo pośladkowe, właściwie poziomo-grzbietowe o wzniesionej przez poduszkę lub *planum inclinatum* odpowiednio obrócone, miednicy, o udach i goleniach *fere ad maximum* zgiętych i rozwartych, głowie lekko wzniesionej. (*Rückenlage mit erhöhtem Steisse v. Steissrückenlage*).

II. Dla położenia brzuszного (*Decubitus ventralis*) czyli raczej kłęzącego.

a) P. kolano-łokciowe i b) P. kolano-piersiowe (*Decubitus genu-cubitalis i genu-pectoralis*). Chora kłęczy na stole o udach nieco

rozwartych, tułowiu mniej lub więcej nachylonym, tak że opiera się na łokciach lub na górnej części klatki piersiowej. Głowa lekko wzniesiona spoczywa na boku twarzy na odpowiednim *planum inclinatum*. Ramiona są zwieszane swobodnie na boku lub też opierają się łokciem na brzegach stolika. Położenie to (*Knieceellenbogen-, Knieebrustlage, position en vache*) zalecane głównie dla niektórych operacji, specjalnie dla operacji przetok pęcherzowych przez LEVRET'A, ROUX, VELPEAU, WUTZER'A, KILIAN'A, ESMARCH'A, SIMPSON'A, L. NEUGEBAUER'A, SALZER'A, BOZEMAN'A (który osobny stół operacyjny odpowiedniej konstrukcyi dla tejże operacyi używa) i innych, bywa głównie zastosowywanem w przypadkach, gdzie idzie nam o to, aby korzystać z zmniejszonego przytem położeniu parcia wewnątrz-brzusznego, dla operacyi w głębi pochwy na jej ścianie przedniej dokonywanych lub też gdzie fiksacya z byle jakich przyczyn macicy w wysokiem położeniu nie dozwala na zbliżenie jej do ujścia pochwy przy pomocy haczyków atrakcyjnych czyli eugli jedwabnych etc. Mojem zdaniem położenie *en vache* przy użyciu wielokrotnie opisywanego wzornika trójramiennego ojca mego, Ludwika NEUGEBAUER'A wielkie usługi może oddać szczególnie lekarzowi, zmuszonemu operować bez wszelkiej assistencyi cokolwiek bieglejszej przy wielu innych operacyach a nie tylko przy zaszywaniu przetok pęcherzowych, np. przy exstirpacyi polipów, przy wypalaniu rany, raka, przy amputacyi warg lub szyjki macicznej na drodze galwanokaustycznej i t. d.

III. Dla położenia bocznego (*Decubitus lateralis*)¹⁾.

a) P. b o c z n e (*Reine Seitenlage, decubitus in latere*) o udach zgiętych i zwartych, gdy tułów spoczywa na barku i bocznej powierzchni klatki piersiowej i miednicy.

b) P. b o c z n o - b r z u s z n e (*Seitenbauchlage, Semiprone position*) wprowadzone w użycie głównie przez nieboszczyka MARION'A SIMS'A i używane powszechnie w Ameryce i w Anglii. Położenie to łączy niektóre zalety położenia tak zwanego brzusznego z wygodami położenia bocznego, szczególnie zaleca się w porównaniu do brzusznego kłęczącego pod względem wygodniejszej narkotyzacyi, zresztą i dla chorej jest mniej uciążliwym niż położenie *en vache*. Położenie to różni się od poprzedniego tem, że chora spoczywając na bocznej powierzchni miednicy i grzebienia kości biodrowej, (zwykle na lewym boku) zchyla o ile można bark górny, to jest prawy przy położeniu na lewym boku ku powierzchni stolika, tak że część klatki piersiowej i prawy bark prawie spoczywają na stole i przednia powierzchnia klatki piersiowej i brzucha cokolwiek się zwracają ku dołowi. Udo prawe przy tem więcej zgięte na brzuch niż lewe. Głowa cokolwiek wzniesiona na poduszce. Lewo ramię wyciągnięte z pod tułowia zgina się ku

¹⁾ Weale praktyczny, bardzo prostej budowy stół gynijatryczny dla położenia bocznego miałem sposobność widzieć w roku 1882 u Thomas'a Gayard'a w New-York'u. Opisanie i rysunki owego stolika podał Gayard na str. 85 i 86 swego podręcznika: *Practical Treatise on the Diseases of women. Fifth edition. London 8^o. 1880.*

plecom. (Różne te odmiany ułożenia chorej szczegółowo opisane są w podręczniku HEGAR'A i KALTENBACH'A: *Die operative Gynaekologie mit Einschluss der gynaekolog. Untersuchungslehre*. II Aufl. Stuttgart 1881. 8^o str. 8—27).

W praktyce częstokrotnie używane bywa położenie pośrednie, bądź więcej do lithotomicznego bądź do pośladko-grzbietowego się zbliżające, wogóle odmiany tutaj wzmiankowane bynajmniej nie wyczerpują liczby różnych odmian pozycyi chorej, a raczej przedstawiają tylko rodzaj typu celem systematycznego rozdziału.

Najwięcej rozpowszechnionem z tych położeń jest położenie grzbietowe o miednicy lekko wzniesionej, udach zgiętych i rozwartych, mianowicie niezupełnie właściwie tak zwane poł. grzbietowo-pośladkowe, jako najdogodniejsze dla chorej i dla większości operacyi najodpowiedniejsze. Wygoda i łatwość dokonania operacyi wiele zyskuje przez odpowiednie dla celów operacyi ułożenie chorej, jak i również przez utrzymanie chorej w właściwej pozycyi przez cały czas trwania operacyi.

Nie ulega kwestyi, że biegły operator pokona wszelkie trudności i niedogodności, a z drugiej strony najłatwiej dojdzie do celu przy odpowiedniej, doświadczonej i biegłej, aby tak powiedzieć automatycznej asystencyi co do ułożenia chorej i utrzymania jej w należytem położeniu—bez wszelkich przyrządów fixacyjnych często nader skomplikowanych i kosztownych,—lecz wieluż praktyków szczególnie na prowincyi i w praktyce nie klinicznej pracuje w tak szczęśliwych warunkach, aby w każdej chwili rozporządzać odpowiednią asystencyą? Dalej częstokroć wypada wyrzec się asystencyi z przyczyn niezależnych od samego operatora, a głównie skutkiem życzenia samej pacyentki. Otóż od dawien dawna staraniem operatorów było, aby chorą ułożyć w taki sposób, iżby zyskać wolniejszy dostęp do pola operacyi i równocześnie obejść się o ile można bez asystentów, utrzymujących chorą w odpowiednim położeniu. Wszyscy dążyli do jednego celu, drogami zaś najróżniejszymi.

Liczba zalecanych przyrządów, stolików, foteli, szeslongów, łózek, krzeseł operacyjnych i badawczych gyniatrycznych rok w rok tak się powiększa, iż prawie każdy specjalista innym posługuje się modelem (prawie zawsze „własnego pomysłu”?) jak o tem świadczą ambulatorya gyniatryczne, podręczniki naukowe, katalogi illustrowane i annonse odpowiednie w czasopismach lekarskich szczególnie amerykańskich. Też same dążenia chociaż w skromniejszych rozmiarach napotykamy od czasów najdawniejszych jak o tem świadczy literatura starożytna.

Tak naprzykład ARCHIGENES, podług zbiornika AETIUSZ'A (*Aëtii contract. ex veter. med. tetrabiblos. Tetrabibli 4, sermo 4, cap 86* (pag. 915): „*Abscessus oris uteri chirurgia*”) ¹⁾ opisując sposób operowania przy otwiera-

¹⁾ L. A. NEUGEBAUER: „O narzędziach chirurgicznych i gyniatrycznych odnalezionych w ruinach miast rzymskich Pompeii i Herkulaneum. przyczynek do historyi chirurgii i gyniatryki”. Odbicie z Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. (Tom 78. 1882). Warszawa 1882. 8^o str. 162.

niu tak zwanego przez niego „ropnia macicy”, radzi chorej nadać położenie następujące: „Mulier locetur in sella supina, ut crura habeat ad ventrem contracta et foemora inter se disparata. Et cubiti ipsius poplitibus subjiçantur et idoneis vinculis ad cervicem religentur”. Tenże przepis udziela w dziele swoim kompilacyjnym Paweł EGINEJCZYK dla tejże operacyi: „Ἐν δὲ τῷ ἐνεργεῖν σχηματίζεσθω ἡ γυνὴ ἐπὶ δίφρου ὑπτία, συνηγμένα ἔχουσα τὰ σκέλη πρὸς τὸ ἐπιγάστριον καὶ τοὺς μηροὺς ἀπ’ ἀλλήλων διαστώσας. Ὑποβεβλήσθωσαν δὲ αὐτῆς οἱ πῆγχεις ὑπὸ τὰς ἰγνύας καὶ βρόχοις τοῖς καταλλήλοις ἀνειλήφθωσαν πρὸς τὸν ἀρχένα“. (ΠΑΥΛΟΥ ΑἰΓΙΝΗΤΟΥ. τὸ περὶ τῶν χειρουργουμένων βιβλίον. Οἶ: περὶ ἀποσθήματος ὑστέρας — patrz: *Chirurgie de Paul d'Egine. Texte Grec avec traduction française en regard par René Briau. Paris 1855 pag. 216 ss.*)

Podobne ułożenie chorego lub chorej i specyalne bandaże używano już w starożytności przy operacyi lithotomii jak o tem świadczą liczne dowody w literaturze ówczesnej, a w późniejszych czasach nawet i przy operacyach akuszeryjnych, jak widzimy z odpowiednich słów słynnego Nestora chirurgii francuzkiej, Ambrożego PARÉ.

Wyraża się mianowicie PARÉ w sposób następujący: (*Les oeuvres d'Ambroise Paré. Neufiesme edition. A Lyon. MDCXXXIII fol. Livre 24: De la génération. Chapitre 32 p. 710*): „De la manière de bien situer la femme pour lui extraire l'enfant“... „faut situer la mère, en la posant près du bord du lit, et la coucher à l'envers ayant les fesses aucunement élevées, toutefois en figure moyenne, c'est à sçavoir, qu'elle ne soit du tout couchée ni courbée, comme nous avons dit cy dessus à fin qu'elle puisse mieux avoir son inspiration et expiration plus libre et que les ligaments de la matrice ne tendent point tant que si elle estoit couchée du tout à la renverse. Aussi luy faut courber les jambes ayant les talons assez près des fesses, et les lier avec une grande et large bande de toile ou autre chose, laquelle poseras premièrement par dessus le col et au travers des espauls de la dite femme, en manière de croix S. André: Puis derechef croiseras la dite bande à chacun pied, et la tourneras autour des jambes et cuisses, lesquelles seront escartées l'une de l'autre, en rapportant encore la dite lisière par dessus le col et la faut lier et attacher si ferme, que la dite patiente ne se puisse mouvoir çà ny là ainsi qu'on lie ceux aux quels on extrait la pierre de la vessie“. W wydaniu łacińskim z roku 1582 (*Opera Ambrosii Parei. Parisiis 1582 fol. Liber XVI caput XLII pag. 498*) PARÉ opisuje położenie chorego dla lithotomii dodając odpowiedni rysunek: „Aeger in mensa scamnove stabili collocandus est, linteo multiplici natus, pelvino autem lumbis et dorso sic subjecto, ut semisupinus jaceat, femoribus sublatis, cruribus autem calcibusque ad nates reductis. Tum fascia tres digitos lata, malleolis injecta pedes deligandi sunt ejusdemque capitibus sursum ad cervicem adductis et circum ipsum obvolutis, mox deorsum revocatis, manus ambae ad suum quaeque genu vincienda sunt, ut subjecta docet figura“.

Zamiast użycia bandażów lithotomicznych dawniejszych później pomocowywano ramiona chorego lub raczej ręce jego do pięty i stopy przy pomocy specjalnie do tego zalecanych przez PRICHARD'A (z Bristolu) kamazy i kajdanów (patrz: Sir Henry THOMPSON: *Traité pratique der maladies des voies urinaires. Traduction française, deuxième édition etc.* Paris 8^o 1881 pag 816 z rysunkiem). SPENCER WELLS (*Saint Thomas Hospital Reports. New Series Vol I. London 1870 pag. 314*) tenże przyrząd zalecał i dla pewnych operacyj gyniatrycznych.

Otóż opisanie tych sprzączek PRICHARD'A cytowane u THOMPSON'A podług *British Medical Journal* (22 Grudnia 1860 pag. 993). „Ces entraves consistent en un bracelet de cuir étroitement bouclé autour du poignet, et une guêtre également de cuir embrassant le bas de la jambe et le cou de pied. A la face palmaire de chaque bracelet est un fort crochet d'acier, tandis qu'un anneau de même métal se voit au côté externe de la guêtre. Bracelets et talonnières sont placés d'avance: puis une fois le patient endormi ou le cathéter introduit, il suffit d'engager les crochets dans les anneaux et les membres se trouvent fixés”. THOMPSON od lat kilku używa ten przyrząd zamiast dawniej używanych bandaży lithotomicznych. Tegoż rodzaju przyrząd używano niedawno przy operacjach gyniatrycznych w szpitalu Samaritan Free Hospital for women i Soho Hospital w Londynie.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

136. **O leczeniu przewlekłych zaporów i niestrawności za pomocą mechanoterapii (massażu).** Podług SCHREIBER'A).

Przewlekłe zapory oraz niestrawność, są to stany które prawie zawsze jednocześnie się pojawiają; jeżeli jeden z nich trwa przez czas dłuższy, tedy drugi prędzej czy później się z nim łączy. Mamy tu na myśli jedynie te przewlekłe zaburzenia w trawieniu i defekacji, które polegają na t. z. pełnokrwistości brzusznej (*Plethora abdominalis*). Trawienie, wysysanie i wydalanie kału, znajdują się jak wiadomo pod wpływem rozlicznych nerwów (*Vagus, Sympathicus, Ganglia*) zarządzających czynnościami złożonego przyrządu mięśniowego w którym się trawienie odbywa. Z tego łatwo pojąć, iż i pewne psychiczne momenty muszą nie być bez wpływu na powyższe czynności, a fakta codzienne przekonywają, iż przestrah może wywołać nagle biegunkę, lub też, że silniejsze wzruszenia mogą niekorzystnie wpłynąć na trawienie. Wszelako trawienie i posuwanie się pokarmów w przewodzie pokarmowym zależy nietylko od działalności rozmaitych przyrządów mięśniowych, lecz zarazem od muskulatury naczyń przebiegających w kiszkiach, i od ciśnienia pod jakim krew w naczyniach tych krążyca się znajduje, a zatem głównie od działalności serca. Jeżeli ciśnienie krwi w przewodzie pokarmowym jest za słabe, wtedy wytwarza się zastój w obrębie żyły wrotnej ze wszelkimi zależąciami od tegoż następstwami.

Na krążenie krwi i ruch miazgi pokarmowej również wpływ wywierają energiją oddychania. Przy słabem, powierzchownem oddychaniu, ruchy przepony są bardzo nieznaczne. Ponieważ czynność mięśni brzusznych znajduje się w ścisłym związku z czynnością przepony i innych mięśni oddechowych; przeto słabe oddychanie nie pobudza czynności mięśni brzusznych. Te ostatnie pozostają beczynnymi, a beczynność ta, zwiększa je-

szcze niekorzystny wpływ spowodowany słabą siłą cisnącą serca w naczyniach krwionośnych przewodu pokarmowego. Że czynność wszystkich mięśni ciała znajduje się w ścisłym związku z trawieniem i wydzielaniem kału, o tem przekonywa codzienne doświadczenie. Lecz oprócz wymienionego związku, wskutek którego ruchy ciała pobudzają czynność serca i płuc a przez to wzmacniają krążenie i oddychanie, jest jeszcze druga fizjologiczna przyczyna. Jch. MÜLLER utrzymuje, że czynność mięśni podległych woli wzmacnia i pobudza do czynności mięśnie mimowolnego ruchu całego ciała a więc i mięśnie przewodu pokarmowego na zasadzie prawa współruchów. Wspomniany autor mówi: „Im więcej zaniedbujemy ruchy współruchowe, tem łatwiej w przewodzie pokarmowym pojawia się stan ospałości (*torpiditas*), a każdemu jest wiadomem w jak korzystny sposób oddziaływa ruch w ogóle na energiją trawienia *resp.* sprawność ruchów mięśni przewodu pokarmowego i na defekacyją. Podług VIRCHOW'A przekrwienie w obrębie żyły wrotnej powstaje, albo wskutek zaburzeń w nerwach, a wtedy włókna mięśniowe tętnic i żył tracą swą energiją, naczynia się rozszerzają, obieg krwi się zwalnia; albo też, powstaje, jak wspomniano, jako następstwo osłabionej czynności serca, *resp.* siły cisnącej serca. Na tem to tle wytwarzają się przewlekłe zaburzenia w trawieniu i defekacyi.

Przepełnione naczynia żyły wrotnej tracą swą siłę chłoniczą, a naczynia limfatyczne nie mogą podolać wymaganej od ustroju pracy. Następstwem tego koniecznym jest dłuższe przebywanie w żołądku i kiszkiach miazgi pokarmowej; z powodu zaś tego, ta ostatnia podlega nieprawidłowemu rozkładowi chemicznemu. Wytwory rozkładowe będąc wessanemi przez naczynia limfatyczne, przechodzą do krwi, której skład nieprawidłowy upośledza odżywianie i wywołuje chorobę w całym ustroju. Zmieniona pod względem chemicznym zawartość kiszki drażni błonę śluzową i drogą odruchu wywołuje rozmaite objawy nerwowe (kolki, kurecze, nudności) prócz odbijania się, zgagi, gorzkiego smaku i t. p. Istniejące jednocześnie zatwardzenie nie dozwala swobodnie wychodzić gazom tworzącym się podczas trawienia, wskutek czego rozwija się wzdęcie i przelewianie w kiszkiach. Jeżeli stan podobny trwa czas dłuższy, to następuje chudnięcie, wielkie osłabienie, zły humor, który może się przerodzić hypochondryją lub melancholiją. VIRCHOW utrzymuje, że trwałe przekrwienie wątroby może za sobą pociągnąć rozwinięcie się okrągłego wrzodu żołądka lub wątroby muszkatułowej. Najczęstszą przyczyną tych cierpień jest siedzący tryb życia, brak ruchu dowolnych mięśni (przedewszystkiem oddechowych i brzusznych). Ze bardzo często przyczyny tych cierpień odnaleść nie możemy, dziwić nas nie powinno. Potrzeba długich lat zanim cierpienia te staną się dolegliwemi. Zwykle chorzy opowiadają naiwnie, że i przedtem również dużo siadywali a pomimo tego dobrze trawili i na stolec chodzili.

Niekiedy przyczyną podobnych utrudnień w trawieniu i defekacyi jest dawniejsza choroba przewodu pokarmowego (dysenterya, tyfus) lub też w ogóle warunki upośledzające czynność nerwową: nieregularne życie, wybryki *in Bacho et Venere*, nadmierna praca umysłowa, wzruszenia moralne. Powinniśmy i na to zwrócić uwagę, że osoby przedewszystkiem młode pomimo najlepszego trawienia i wyborowego odżywiania cierpią nieraz na uporczywe zatwardzenie, chociaż u nich o wyżej wymienionych przyczynach i mowy być nie może. Gdy mechanizm trawienia jest upośledzony, kał staje się za twardym i w zawiętej nagromadza się ilość aby mięśnie kiszki zdołały go wydalić. Tutaj to metodyczne stosowanie mechanoterapii odpowiada najważniejszemu wskazaniu, bowiem wynikiem mechanoterapii jest podniesienie osłabionej czynności gładkich włókien mięsnych naczyń żylnych żołądka i kiszki. Cel ten możemy osiągnąć w rozmaity sposób.

Przedewszystkiem zapomocą silnych, czynnych ruchów całego ciała, gdyż tym sposobem pobudzamy czynność serca i zwiększamy ciśnienie we wszystkich naczyniach krwionośnych. Wiadomo, że siła mięśni wzrasta w miarę ich czynności. Wedle DU BOIS-REYMOND'A i gładkie mięśnie stają się silniejszymi przy zwiększonej czynności, jak tego dowodzą fakta z dziedziny patologii: przerost mięśni pęcherza i odźwiernika przy nadmiernych eporach, przerost włókien mięsnych serca przy wadach tego organu.

Hypoteza ROSENTHAL'A, że nieczułość na przeziębienie wywołana zimnemi kąpielami zależy od gimnastyki gładkich skóry i jej naczyń krwionośnych, otrzymuje tym sposobem empiryczną podstawę. Jeżeli ogólne ćwiczenia mięśni są pożyteczne, to przedewszystkiem błogi wpływ wywierają te ruchy, przy których kurczą się mięśnie oddechowe i brzuszne, gdyż przy tem, wszystkie narządy zawarte w jamie brzusznej zostają w czynność wprowadzone. Pod wpływem silnych i głębokich inspiracyj kurczą się mięśnie przepony i brzucha, ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej naprzemian to się zmniejsza to powiększa, krążenie w naczyniach żyły wrotnej się ożywia, czynność ich mięśni się wzmacnia, normalne stosunki ciśnienia umożliwiają prawidłowy ruch miazgi pokarmowej i kału, mięśnie przewodu pokarmowego powoli odzyskują swą siłę i w ogóle wszelkie funkcyjne organizmu stają się prawidłowemi. Z ćwiczeń leczniczo-gimnastycznych wystarczają następujące: (d. n.)

(131). **Metoda zapobiegania wybuchu wścieklizny u osoby pokąsanej.** (Dokończ.). W ostatnich dniach zatem zastrzyknięto pacjentowi (Józefowi Meister) najsilniejszy jad wścieklizny, który przez niezliczone przeszczepianie z królika na królika tak był wzmoconiony, iż zaszczerpiony, wywoływał na pewno wściekliznę po siedmiodniowym wyleganiu (u psów też wyleganie trwało 8—10 dni). Jak tylko bezpieczeństwo przeciwko wściekliznie (*Immunitas*) zostało raz osiągnięte, można bez żadnych złych następstw wstrzykiwać najsilniejszy jad wścieklizny i zdaje się, iż takie dalsze zastrzykiwania jeszcze silniej organizm od tej choroby zabezpieczają. Józef Meister zatem nie tylko ochroniony został od wścieklizny, której mógłby być dostać skutkiem ukąszenia, a'e i od tej która mu zaszczerpioną została; a ten ostatni jad bez porównania jest silniejszym od jadu psa wściekłego. Józef Meister za trzy miesiące po wypadku pokąsania był zupełnie zdrow. Nastrożca się teraz pytanie jak wytłomaczyć sposób leczenia wścieklizny, powyżej podany. Przypuszczaćby należało że rozwieszanie rdzenia jademu napojonego na powietrzu, zmniejsza powoli siłę jego zarażliwości. Metoda ochronna polegałaby na tem, że naprzód wstrzykujemy mało zarażliwą substancję, i powoli dochodzimy do bardzo silnie działającej, PASTEUR sądzi jednak, iż zmniejszenie zarażliwości jadu zależy nie od zmniejszenia jakościowego, ale ilościowego zawartego w preparatach szczepionych jadu. P. stawia dalej hipotezę, która na pierwszy rzut oka dziwną się wyda, po bliższem jednak rozpatrzeniu okaże się prawdopodobną z powodu analogii jaką przedstawiają niektóre objawy życia chorobotwórczych drobnoustrojów. Są mikroby, które w swym rozwoju wytwarzają substancje zabójcze dla nich samych. PASTEUR zajęty jest od r. 1880 doświadczeniami mającemi dowiesć że mikrob cholery kur wytwarza istoty szkodliwe rozwojowi jego samego; nie udało mu się wprawdzie dotychczas otrzymać tę istotę, jednakże będzie doświadczenia w tym kierunku dalej prowadził. RAULIN wykazał że bujający *Aspergillus niger* wytwarza istotę w pewnym stopniu powstrzymującą dalszy rozwój tego grzybka, jeżeli substancja odżywcza nie zawiera soli żelazowych. Otóż czy niemiałoby prawdopodobieństwa przypuszczenie, że jad wścieklizny składa się z dwóch substancji, z których jedna, gdyby w należytej ilości się znajdowała wstrzymywałaby

rozwój drugiej. P. obiecuje w niedalekiej przyszłości podać rezultat swoich w tym kierunku doświadczeń. Bardzo jest ważną kwestyą w jakim przeciągu czasu po ukąszeniu należy rozpocząć ochronne szczepienia. U Józefa Meistra czas ten wynosił $2\frac{1}{2}$ dni, ale zdaje się, że może on być o wiele dłuższym. W końcu oświadczył P. że d. 20 Października rozpoczął wspólnie z VULPIANEM i GRANCHEREM leczenie 15-letniego chłopca, który na sześć dni przedtem wobec bardzo ciężkich okoliczności w obie ręce został pokąsany. Chłopiec ten Jean Baptiste Jupille, pastucha rzucił się z batem na psa, bardzo podejrzanie wyglądającego, który pędził ku grupie sześciu małych dzieci; schwycony przez paszczę psa w lewą rękę, rozwarł prawą ręką pysk jego, a uwolniwszy tym sposobem lewą swą rękę zaciągnął sznurkiem od bata pysk i zabił rozjuszone zwierzę swoim sabotem. (Akademia wynagrodziła bohaterski czyn chłopca, datkiem wynoszącym 1000 franków). Wykład, który powyżej w streszczeniu podaliśmy miał miejsce w Paryżkiej Akademii nauk. Tę samą kwestyą podniósł P. i w Akademii lekarskiej gdzie jednak GUÉRIN objawił iż należy wyniki powyższe z całą oględnością do wiadomości przyjmować a to dla następujących powodów. 1) PASTEUR wykonywał szczepienia jadem teoretycznym albo raczej sztucznym, którego analogia z jadem wścieklizny naturalnym udowodnioną nie została. 2) Dla dowiedzenia iż te szczepienia w rzeczy samej od wybuchu wścieklizny chronią, trzeba wykonywać doświadczenia na człowieku, którego poprzednio wcale nie leczono, a wiadomo iż pastusze owemu robiono okłady z kwasu karbolowego. 3) Metoda opisana jest tylko zapobiegawczą, a G. pragnąłby iżby znaleziono środek leczący radykalnie wściekliznę, która już wybuchła.

Dalsza wiadomość podaje iż ów pastuszek Jupille zdrów jest i powrócił już do domu. Po nim jednakże przybyło jeszcze kilku pacjentów, pokąsanych przez psy wściekle, któremi P. gorliwie się zajął a o rezultacie leczenia nie omieszka Akademii donieść.

G. F.

137. **Otrucie dziecka przez mleko matki.** Dr. BROUARDEL (*Med. Chir. Rundschau* 18 H. 1885). BROUARDELA zapytano, czy 12-miesięczne dziecko może być otrute mlekiem matki, jeżeli ta przyjęła arsenik. Chodziło zaś o taki wypadek: podejrzewano pewnego męża o chęć otrucia swej żony, co spowodowało śmierć dziecka, które w tym czasie ssało swoją matkę. Najprzód matka dostała wymiot i rozwolnienia, a w kilka dni potem dziecko przed objawach choleryny umarło. Ponieważ to miało miejsce podczas gorącej pory roku, przypadek ten nie zwrócił żadnej uwagi. Lecz kiedy podobne objawy pojawiły się w Listopadzie u żony i jej matki, zaczęto podejrzewać męża. Żona zaś znalazła w kieszeni męża biały proszek, który się okazał arsenikiem. BROUARDEL zbadał trupa, który od 6 miesięcy leżał w ziemi i tłuszczowo był przeistoczony. Wagił on $2\frac{1}{2}$ kilo i zawierał 3 mgrm. arseniku. Dla przekonania się czy arsenik przechodzi w mleko matki, to PANCHET dawał mamkom szpitalu po 2—12 kropli *t-ra Fowleri* i dosyć znaczna ilość przechodziła w mleko, u jednej znalazł 0,001 arsenu na 100 grm. mleka, ale przy tych dawkach nie były chore ani matki, ani dzieci. Czy zaś arsenik przyjęty w dużych dawkach równie przechodzi w mleko, tego B. nie może dowieść. Znaleziona jednak ilość arseniku w dziecku była wystarczająca do jego zabicia i możebnem jest, żeby ta ilość dostała się za pomocą mleka. Obwiniony skazany został na 20 lat więzienia.

138. **O zastosowaniu chininy w Akuszeryi.** Dr. Andrew MULLAU (*Schmidt's Jahrb.* Nr. 4—85). Przy osłabieniu bólów u rodzących czy to wskutek sztywności ujścia szyi macicy, czy to dla braku tonu w skórczliwej tkance macicy, lub wskutek strachu, gdy przy małem otwarciu ust macicznych nie można było podawać sporyszu, autor podaje wtedy, jako środek po-

budzający bóle chininę i przychodzi do następujących wniosków: 1) Chinina w dawkach od 0,12 do 20—30 cm. wzbudza silne bóle, dawki powinny być powtarzane co $\frac{1}{2}$ —1 godzinę, jeżeli chcemy podtrzymać bóle. 2) Nie wywołuje ani bólu głowy, ani żadnego innego złego objawu. 3) Bóle przy użyciu chininy nie są tak trwałe jak przy użyciu ergotyny, ale zbliżone są do prawidłowych bólów. Działanie chininy nie jest specjalnie drażniące macicę, ale rozszerza się na cały organizm. Rodzące czują się pokrzepione. 4) Przy ergotynie po urodzeniu dziecka następuje wyczerpanie macicy, a zatem krwotoki, zatrzymanie łożyska. 5) Płód przy ergotynie rodzi się nieżywy, jeżeli poród nie nastąpi po 4 godzinach po podaniu środka, kiedy po chininie to nie ma miejsca. (Sporyszu najlepiej wcale nie dawać podczas porodu, chociażby w ostatnim okresie, szczególnie u pierwiastek, gdyż niekiedy następuje tężec macicy z wiadomymi następstwami dla płodu i matki. BRAUN w ostatnim wydaniu swej akuszerji również oświadcza się przeciw użyciu sporyszu podczas porodu. *Spraw.*)

J. R-i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Opatrunek sublimatowy. *Die Antiseptische Wundbehandlung mit Sublimat.*

MAX SCHEDE. (*Vollkman's Klinische Vorträge*. Nr. 251).

Streścił dr. **Adolf Poznański.**

Autor w odczycie wygłoszonym na Zjeździe w Kopenhadze wspomina, że jakkolwiek był zwolennikiem k. karbolowego w Halli gdzie pełnił obowiązki asystenta klinicznego i następnie w Berlinie w oddziale chirurgicznym szpitala miejskiego, zmuszony był po przeniesieniu się do Hamburga w oddziale swym k. karbolowy, który okazał się niedostatecznym zamiennie na jodoform zalecany i zachwalany przez innych chirurgów mianowicie MOSETIGA. Lecz i co do jodoformu przekonał się wkrótce że jest w błędzie, gdyż pominawszy te przypadki w których występowało zatrucie zauważył, że jodoform nie jest w stanie zapobiedz róży przyrannej, a nawet zrobił tę szczególną obserwację, że po użyciu tego środka róża stawała się więcej złośliwą. Zwrócił się wtedy do sublimatu, który został zalecany przez KOCHA i odtąd stale go używając może śmiało polecić środek ten jako najlepszy antiseptik. W oddziale swym używa roztwór mocniejszy 1:1000 i słabszy 1:5000. Pierwszy służy do mycia rąk, skóry chorego, gąbek, drenów i ran przypadkowych, zanieczyszczonych, drugi do opłukiwania ran operacyjnych zadanych w niewątpliwie zdrowych tkankach. Jeżeli pole operacyjne jest podejrzane, to opłukiwanie słabszym roztworem od czasu do czasu zamienia się na mocniejszy. Do opatrunku używa torfu, chociaż poprzednio używał również z pomyślnym skutkiem popiół i piasek. Torf stanowczo ma przewagę nad coraz częściej wchodzącą w użycie wełnę drzewną. Torf po poprzednim oczyszczeniu od przypadkowych naleciałości bywa moczony przez kilka godzin w roztworze 1:500 sublimatu, silnie następnie wyciśnięty i zaszyty w poduszki zrobione z gazy sublimatowej. Wielkość poduszek bywa najrozmaitszą. Gotowe poduszki w stanie wilgotnym bywają zawinięte w papier pergaminowy i schowane w pudło drewniane o ścianach wyłożonych szkłem. Watę sublimatową i gazę przygotowują sobie w ten sposób, że zanurzają ją w roztwór sublimatu z dodatkiem gliceryny (1 część sublimatu, 190 wody, 10 gliceryny). Nadto SCHEDE używa jeszcze tak zwanej wełny szklanej (*Glasswolle*) która się moczy stale w 1% roztworze sublimatu. Catgut używa się również sublimatowy, który przygotowuje się w ten sposób, że surowy materiał na-

winięty na wálki kładzie się do 1‰ roztw. sublimat., cieńszy catgut pozostaje 6 godzin, grubszy 12. Następnie kładzie się do absolutnego alkoholu w którym się przechowuje. Sposób nałożenia opatrunku jest następujący. Za pomocą 2-ech dużych gąbek wyciska się możliwie nagromadzoną krew w ranie, ranę zeszywa, bezpośrednio kładzie się wełnę szklaną, na to poduszki stosownej wielkości napelnione wyżej podanym torfem, które przymocowywa się bandażami napojonemi również sublimatem. Na to wszystko nakłada się jeszcze jedną dużą poduszkę torfową, którą przymocowywa się zwyczajnym bandażem. Rany otwarte wypełnia się tampionami gazy sublimatowej i następnie opatruje się jak wyżej. SCHEDE zwraca uwagę na to, że się używa do opatrunku materiału nieprzemakalnego, jak np. ceratkę uważają poniekąd za szkodliwe. Dreny na które autor zwraca ogromną uwagę używa li tylko gumowe. Przebieg ran przy tym opatrunku jeżeli gojenie ma miejsce *per primam* jest typowy i stale się powtarzający. Miejscowy odczyn ogranicza się do krótkotrwałego palenia, ogólnego odczynu prawie że nie ma lub też występuje mała aseptyczna gorączka, u osób wrażliwych dochodząca niekiedy do 39° i nawet wyżej. Ogólny stan dobry i brak bólu w ranie uspakajają zupełnie, gorączka taka zwykle 3-ciego dnia przechodzi. Dreny zwykle przy ranach zeszytych usuwa się 7 dnia, dreny usuwa odrazu wszystkie i w zupełności, rozumie się jeżeli w drenach nie spotyka ropy, mały choćby ślad ropy zabrania usunięcia drenu.

Co się tyczy ran zakazanych, to autor po długich doświadczeniach doszedł do następujących wniosków.

1) Jednorazowe energiczne wypłukanie rany roztworem 1:1000 nawet w empyematach, w zropiałych workach bąblowce bywa wybornie znoszone, obawa otrucia mniejsza niż po wypłukaniu 5‰ lub 3‰ karbolem, mianowicie u dzieci, które odznaczają się szczególną nietolerancją na kwas karbolowy.

2) Błonica ran, zgorzel szpitalna ran może być wymyta z pomyslnym skutkiem roztworem 1‰ a nawet można robić okłady maczane w tym roztworze. SCHEDE podaje jeden przypadek szczęśliwie tym sposobem wyleczony, chociaż nastąpiły objawy zatrucia.

3) Okłady sublimatowe często bywają używane w oddziale autora (‰) zmieniane 1—2 razy dziennie, używa je przy ranach tłuszczowych i przy ranach zanieczyszczonych uryną i stolcem.

Użycie sublimatu jako środka opatrunkowego może wywołać tak miejscowe jak i ogólne zaburzenia. Niekiedy chirurg używający sublimatu dostaje silnej eczemy na rękach, które stanowczo nie dozwala używać mu tego środka, jest to jednak rzadko spotykana idiosyncrasia.

Skórę na około ran niekiedy sublimat drażni, jednakże według obserwacji SCHEDEGO rzadziej niż karbol, niektórzy chorzy żalą się na silny ból, pieczenie, wtedy spotykamy na około rany szkarlatną czerwonosć która rozprzestrzenia się niekiedy na całą skórę lub różniąc się na pozór od czerwonosći szkarlatyny, różni się tylko tem że przebiega bez gorączki, naskórek w następstwie łuszczy się. Daleko ważniejszymi są zmiany ogólne. W ostatnich czasach obserwowane były wypadki otrucia z gwałtownym przebiegiem w praktyce akuszerskiej. SCHEDE zapewnia że przy używaniu wyżej podanego stosunku otrucia bywają bardzo rzadko, łatwo można zapobiedz obserwując starannie działą i funkcyje kiszki. Gwałtownych objawów otrucia po jednorazowym przepłukaniu rany roztworem 1:1000 jak to miało miejsce w przypadkach akuszerskich autor ani też zdaje się żaden chirurg nieobserwował. Rozumie się pamiętać należy by część płynu nie pozostała w ranie. Według doświadczenia autora w następujących przypadkach mogą zachodzić pewne obawy przy użyciu sublimatu:

1) przy ranach u anemicznych osobników, przy operacyach gdzie pole operacyjne przedstawia szczególną skłonność do resorpcji (*peritoneum*) i przy długotrwałej operacyi gdy używa się roztworu 1:1000;

2) przy dużych ranach u chorych silnie gorączkujących, gdy używamy codziennych wymywań i okładów,

3) gdy pewne części płynu pozostają w jamie operowanej;

4) gdy wyjątkowo używa się silnego roztworu 1%.

Ale i w tych wszystkich przypadkach nigdy autor nieobserwował gwałtownych objawów otrucia.

ODCINEK.

KONFERENCYA W KWESTYI CHOLERY odbyta w Cesarskim Zdrowotnym Instytucie w Berlinie.

Przełożył Dr. G. Lewy.

I. Posiedzenie 4 Maja 1885 r.

Obecni członkowie zjazdu: Prof. dr. BARDELEBEN, prof. dr. BEAGMAN, Jen. Lekarz dr. COLER, dr. EULENBURG, prof. dr. B. FRAENKEL, Lekarz szt. dr. GAFKY, R. T. dr. GÜNTHER (Drezno), prof. dr. HIRSCH, R. T. dr. KERSANDT, prof. dr. R. KOCH, Dyr. Inst. zdrowotnego KÖHLER, Jen. lekarz szt. dr. LANER, prof. dr. LEYDEN, Jen. lekarz dr. MEHLHAUSEN, dr. S. NEUMANN, prof. dr. PETTENKOFFER (Monachium), Jen. lekarz dr. SCHUBERT, prof. dr. SKRZECZKA, Rz. R. T. prez. Towarzystw naukowych lekarskich v. SYDOW, prof. dr. VIRCHOW, Jen. lekarz dr. WEGNER, R. rządowy dr. WOLFHÜGEL.

Prof. VIRCHOW wybrany na przewodniczącego zagajając posiedzenie, powołuje się na zeszloroczny zjazd i uzasadnia zwołanie obecnego tem, że jest ono koniecznem, aby rozstrzygnąć o ile poglądy wygłoszone na zeszłym zjeździe mogą się utrzymać w swojej mocy albo też zmodyfikowanemi być muszą i t. d. VIRCHOW przedkłada zjazdowi program i uprasza o obradowanie nad pierwszym jego punktem. 1) „Przedstawienie i rozstrząśnienie nowszych doświadczeń o bakteryach cholerycznych zdobytych od czasu zeszlorocznego zjazdu ze szczególnem uwzględnieniem ich zdolności wytwarzania (*Dauerfähigkeit*)”. Dr. Robert Koch przemawia:

Panowie! Na wstępie naszych rozpraw chcę Wam przedstawić krótki zarys o biegu badań nad choleraą dokonanych od czasu ostatniego zjazdu, dołączę do nich również niektóre poszukiwania robione przezemnie wspólnie z d-r'em WEISSEREM i FRANKIEM nad własnościami chorobotwórczemi bakteryi cholerycznych oraz niektóre zawisłe od tychże kwestye.

Jak sobie przypominacie, to poszukiwania Komissyi wysłanej do Indyi dla zbadania cholery wykazały, że w cholery, a głównie w kiszkiach trupów cholerycznych i w wypróżnieniach cholerycznych chorych znajduje się ustrój drobnowidzowy (*Microorganismus*), należący do grupy bakteryi, który odróżnić się daje w pewnych własnościach swoich od wszelkich innych bakteryi, przeto uważać go należy jako specyficzny rodzaj mikrobu. Ponieważ tego gatunku bakteryi nigdzie jak tylko w cholery nie znaleziono, mamy tu zatem przed sobą ustrój drobnowidzowy charakterystyczny dla cholery i z nią w ścisłym będący związku.

Przypominacie sobie dalej wnioski, jakie wyciągnąłem w części z zależności między bakteryami cholerycznymi a choleraą, w części na zasadzie

zgodności między zachowaniem się bakterii cholerycznych i epidemiologicznymi doświadczeniami, a które wykazały, że przyczynę cholery należy szukać w tychże bakterjach. Należało się spodziewać, że te moje wskazówki nie będą zupełnie bezspornie przyjętymi, nigdy też tego i nie przypuszczałem i byłoby nawet życzeniem mojem, aby poszukiwanie moje we wszelkich kierunkach, z możliwą gruntownością były badane i krytycznie sprawdzane. Co też w obszerniejszym zakresie i dokonaniem zostało.

Mnóstwo powołanych i niepowołanych badaczy zajęło się tą kwestyą i przyszło do wyników, o których chciałbym panom krótki przedstawić przegląd. Ponieważ daleko by to nas zaprowadziło, gdybym chciał wszystko podać, co w tym czasie pisano o bakterjach cholerycznych, przeto ograniczę się tylko na podaniu prac najważniejszych. Pierwsi, którzy o stosunku bakterji cholerycznych do cholery pisali, byli FINKLER i PRIOR, którzy jak nam wszystkim wiadomo, byli zdania, że wykryli jakoby w cholercie swojskiej (*cholera nostras*) ustrój drobnowidzowy, który w niczem nie różnił się od lasecznika cholerycznego. Gdyby to podanie było prawdziwem, wtedy naturalnie znaczenie bakterji cholerycznych upadłoby zupełnie. Z uprzejmości pp. FINKLER'a i PRIORA korzystając, miałem sam sposobność dokładnie badać te przez nich wykryte bakterje i porównać je z mojemi. Wkrótce pokazało się, że między temi dwoma gatunkami bakterji istotne zachodzą różnice. Chcę panom w miejsce zbyt długich opisów, przedstawić preparata, na których sami przekonać się możecie o odmiennem zachowaniu się tych bakterji. Otóż są dwa naczynia. W jednym znajdują się czyste hodowle (*Reinkulturen*) bakterji cholerycznych w szklach odczynowych zawierających pożywną gelatynę i zatkanych watą. Poznacie łatwo rozrost bakterji cholerycznych, które w gelatynie tworzą cienką, białawą nitkę długości równej długości zaszczipiającego ułkócia za pomocą drutu platynowego. Rozpłynięcie wywołane przez hodowlę w gelatynie rozpoczyna się na górnym końcu nitki i bardzo wolno postępuje; rozpoczyna się wkrótce skurczenie lub zsychnanie górnego końca nitki i tworzy się w tem miejscu lejkowate zagłębienie, które gdy szklanekę obejrzymy przy przechodzącym świetle przedstawia się w kształcie bańki powietrznej. W tenże sposób przygotowane hodowle bakterji FINKLER'a i PRIORA w drugim naczyniu zachowują się zupełnie inaczej. Rozpuszczają one gelatynę daleko szybciej a zwłaszcza na całej długości ułkócia. Dlatego zaschnięcie lub wessanie części nitki nie ma miejsca, a przeto i nie widać tej pozornej bańki powietrznej. Winienem zauważyć, że bańka ta nie jest jedyną różnicą zachodzącą między temi dwoma gatunkami bakterji. Mówiono, że mogłaby się przy niektórych warunkach i w hodowlach FINKLER'a tworzyć ta banieczka powietrzna. To słuszne; gdyby im dano mnożyć się przy możliwie niskiej ciepłocie, a zatem bardzo powolnie, to może również tworzyć się w gelatynie ta banieczka, jak sama przez się przy wolnym rozroście bakterji cholerycznych ma miejsce. Te hodowle, które tu widzicie, znajdują się pod jednakiemi warunkami, w gelatynie jednako skoncentrowanej, rozrosłe przy jednakowej ciepłocie, musiałyby przeto, jeśli należą do jednego gatunku, także wyglądem swym w hodowli galatynowej jednako się zachowywać, co jednakże nie ma miejsca. Jeśli porównacie hodowle choleryczne z hodowlami FINKLER'a, to zobaczycie, że pierwsze ledwie ślady rozpłynięcia okazują, a w dolnej części przedstawiają się nitkowato, podczas gdy drugie FINKLER'a znaczną część gelatyny rozpuściły i tworzą workowate, rozplynięte miejsce z zawartością brudną. To, jak powiedziałem nie jest jednak jedyną różnicą. Produkta zmiany materji w tych dwóch gatunkach bakterji są odmiennie, co stąd już widać, że hodowle FINKLER'owskie wydają z siebie zapach nieprzyjemny, a hodowle

choleryczne posiadają szczególnie zapach aromatyczny. Zastosowują się w dalszym ciągu odmiennie gdy im pozwolimy rozmnażać się na gotowanych kartoflach. Bakterye choleryczne w ogóle w temperaturze pokojowej do rozwoju nie dochodzą a przynajmniej w tak słabym stopniu, że ich golem okiem dojrzec nie można. Oto jest kartofel na którym przed sześcioma dniami zasiano bakterye choleryczne, a na miejscu zasiewu dotąd nic nie urosło. Po kartoflu obsianym równocześnie FINKLER'owskimi bakteryami wytworzyła się jak widzicie, szarżółtawa, śluzowa massa, która składa się z ogromnej masy bakteryi FINKLERA. Te same wyniki różniące oba te gatunki bakteryi otrzymali niezależnie od moich badań inni badacze jak np. dr. von ERMENGEM, który również otrzymał hodowle bakteryi od FINKLERA i PRIORA.

Mnie wogóle wątpliwem się zdaje, czy bakterye FINKLERA należą do cholery swojskiej, jak to chce mieć wynalazca ich FINKLER. Bakterye te znalezione zostały w kale chorych na biegunkę i to nie w świeżym, ale w kale który przez 14 dni znajdował się w stanie gnicia. Ja widziałem preparata drobnowidzowe ze świeżych wypróżnień biegunkowych, ale te nie miały formy Finklerowskich bakteryi, tylko inne formy, które podług FINKLERA należeć mają do okresu rozwojowego tamtych (FINKLERA). Zresztą cały szereg wcale niewątpliwych przypadków cholery swojskiej został przez ważnych poszukiwaczy badany dla wykrycia laseczników przecinkowych. Mógłbym nawet podać niektóre przypadki z pierwszego zjazdu, w których nie udało się nic podobnego do bakteryi cholerycznych znaleźć. Potem wydarzyło mi się więcej wypadków takich widzieć w części pośmiertnych, ale wynik ich był również ujemnym. Inni także spostrzegacze w ten sam sposób badali liczne tego rodzaju wypadki jak np. van ERMENGEM, Watson CHEYNE, BIEDERT i inni, ale żaden z nich nie znalazł w cholery swojskiej bakteryi, któreby podobne były do bakteryi cholerycznych lub nawet do bakteryi FINKLERA. Wspomnieć muszę o drugiej godnej uwagi pracy o bakteryach cholerycznych D-ra KLEINA. Wiadomo, że KLEIN wysłany został przez rząd angielski do Indyi dla zbadania tam przyczyny cholery. Podania dotychczasowe KLEINA pozwalają wnioskować, że on wyłącznie miał na celu odparcia moich podań. Ja przynajmniej dotąd w publikacjach KLEINA nic innego nie znalazłem, jeno to, co w sprzeczności stoi z mojami wynikami. Coś nowego, dodatniego KLEIN ze swojej wyprawy nie przywiózł. Innego skutku nie można było oczekiwać, gdyż wyrok KLEINA nad mojami wynikami był już rozstrzygnięty przed wyjazdem jego do Indyi. Wtedy już starał się dowieść, że ja się znajduję w sprzeczności z samym sobą. W Egipcie miałem jakoby znalezione na ścianie kiszek cienkich bakterye porównać z bakteryami nosacizny, te jednak były nie skrzywione lecz prostolinijne laseczniki. W Indyach odrazu te prostolinijne laseczniki przeszły w krzywe (przecinkowe). Ten sam zarzut potem przez innych został podniesiony—ale kto to przypuszcza, ten chyba nigdy jeszcze nie widział obok siebie skrawkowego preparatu z lasecznikami cholerycznymi i z lasecznikami nosacizny. Pozwolę sobie przedstawić panom takie preparata i przekonacie się, że nader trudno rozróżnić w nich dwa t. z. gatunki bakteryi. Laseczniki nosaciznowe są wprawdzie prostolinijne ale nie są one twardemi tworami, są one miękkie i podatliwe, a przyjmują często w tkance między gęsto obok leżącami komórkami formę mniej więcej krzywą. Z drugiej znowu strony na powierzchni skrawkowej preparatu i forma laseczników cholerycznych nie występuje wyraźnie krzywą. Dla tego laseczniki te w stosunkach rozmiaru tak blisko siebie stojące łatwo można porównać. Dla prędkiego porozumienia się z tym, który z laseczników cholerycznych nie widział, a zna

laseczniki nosaciznowe, nie wahałbym się na chwilę wziąć za przedmiot porównawczy preparat skrawkowy z laseczników nosaciznowych a o takich tylko mowa była gdy wróciłem z Egiptu. Z jaką zadziwiającą niezajomością bakteryjną traktowano tę sprawę, możecie widzieć z rysunku tego, jaki LANCASTER ogłosił w „Nature“ dnia 25 Grudnia 1884 r. LANCASTER przyjmuje w tej kwestyi to samo stanowisko, co i KLEIN i powiada, że to straszną omyłką jest z mojej strony porównać laseczniki nosaciznowe z lasecznikami cholery. Dla dowodzenia tego odrysował on jeden lasecznik nosaciznowy, obok jeden sienny (*Heubacillus*) i jeden gruźliczy. Jak widzicie, to laseczniki są prawie jednej wielkości. Lasecznik nosaciznowy zdaje się nawet być dłuższym i grubszym od siennego. Różnice wielkości są w rzeczywistości znaczne, a zwłaszcza laseczniki nosaciznowy i gruźliczy są daleko mniejsze od lasecznika siennego. LANCASTER widocznie nigdy w życiu nie widział lasecznika nosaciznowego; jednakże widzi siebie uprawnionym do wydania wyroku o wyglądzie lasecznika nosaciznowego i o podobieństwie jego do laseczników cholerycznych, których on wtedy także jeszcze w preparatach skrawkowych nie widział. Dalszy zarzut KLEINA mniejszego znaczenia a charakteryzujący jednak sposób jego polemiki zawiera się w tem, że bakterye choleryczne wcale nie są lasecznikami lecz spirillami. Powiedziałem ja w swoich relacyach, że one dla formy swojej krzywej mogłyby zająć średnie miejsce między lasecznikami a spirillami, mniemam bowiem, że różnice między temi formami nie są jeszcze dostatecznie stwierdzone i uważam ściśle tego rodzaju rozłączenie jeszcze za wczesne.

Mnie zresztą obojętnem jest czy bakterye choleryczne nazwą lasecznikami czy spirillami, jeśli tylko resztę ich własności uwzględnimy i ich wartość podniesiemy; o nazwę w tym wypadku najmniej chodzi. Botanik de Bazy nazywa jeszcze skrzywione pałeczki bakteryjne lasecznikami, o czem mogą nam dowód złożyć. Znajdujecie w jego najnowszym dziele „Morfologia grzybków” rysunek rodzaju bakteryi nazwanej przez niego *Bacillus Mageterium*. Te laseczniki są wyraźnie krzywe i wyglądają jak duże laseczniki przecinkowe. Nie błędzą zdaniem mojem w tym względzie, jeśli bakterye choleryczne nazywano tymczasowo lasecznikami.

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe.

— D. 1 Grudnia odbyło się posiedzenie Warszaw. Tow. Lekarskiego, na którym kol. JAWDYŃSKI przedstawił 44-letnią pacjentkę, której z powodu rozwijającego się zwyrodnienia złośliwego wykonał przed 4-ma tygodniami wycięcie krtani. Następnie kol. MATLAKOWSKI opisał przypadek ciąży pozamacicznej, w którym dokonał laparotomii.

Operowana umarła siódmego dnia po operacji wśród objawów *ilens*. Preparaty wyciętego worka płodowego z wraz płodem, jakoteż macicy ze wszystkimi dodatkami zostały demonstrowane. Okazało się iż ciąża była jajowodowa.

— Kalizacya i wodociągi Warszawskie.

Grono kilkunastu kolegów, członków Towarzystwa Warszawskiego Lekarskiego z inicjatywy Komitetu higienicznego zwiedziło w dniu 22 Listopada stację filtrów na Koszykach a w dniu 29 t. m. stację pomp nad Wisłą. Wciągu dwóch godzin, pod przewodnictwem inżyniera Bantkiego obejrzanemi zostały wszystkie działy prawdziwie monumentalnych robót, które upoważniają do jak najlepszego rokowania pod względem dosko-

nałości przyszłego zaopatrzenia w wodę całego miasta, a nadewszystko do ufności w znakomicie lepszą od dzisiejszej jakości dostawać się nam mającej wody. W wykończającym się systemie wodociągowym istnieją niestety w tej chwili pewne ważne luki, które nie tylko stanęły na przeszkodzie spełnieniu gloszonej niejednokrotnie obietnicy o dostarczeniu wody w końcu roku bieżącego, ale nawet niepozwalają się spodziewać byśmy przed upływem lat kilku osiągnęli zaopatrzenie w wodę takie jakiego miasta naszemu, rozsądnie rzeczy biorąc potrzeba. Wyrażamy tu ubolewanie, a nie zarzut, gdyż jak najmocniej jesteśmy przekonani że przeszkody pomienione, natury tak technicznej jak i finansowej, usunąć się nie dały przy pomocy środków jakimi rozporządza zarząd naszego miasta i kierownicy robót o których tu mowa. Przeszkody odraczające możliwość korzystania obecnie już w pełni z nowego wodociągu w całym mieście i zniżające znakomicie wartość dokonywanej się melioracji w roku przyszłym i w następnych, mają swe źródło po części w nieustaleniach brzegów Wisły i ztąd wynikającej trudności i kosztowności zapuszczenia smoka, stanowiąc mającego pierwsze ogniwo rury którą woda maszynami w stacji pomp na ulicy Czerniakowskiej ssaną będzie. W końcu roku zeszłego słyszeliśmy wielokrotnie tak w gazetach jak i na posiedzeniach Komitetu Kanalizacyjnego powtarzaną obietnicę iż państwowe władze przystąpią tak wczesnie do wykonania Najwyżej zatwierdzonej regulacji brzegu warszawskiego iż z tej strony żadna niezajdzie przeszkoda w dokończeniu robót. Obietnice rzeczony ani nawet w części się nie spełniły. Co, jak i kiedy się stanie z regulacją brzegu Warszawskiego, jakim sposobem dokona się robota około ostatecznego położenia rury ssącej i zapuszczenia smoka w miejscu nieomyślnie i stale pewną głębokość posiadającym, jednym słowem w nurcie koryta Wisły, czy się nieskończy na przewidywanem przez inżyniera Lindleya prowizorycznem doprowadzaniu do rury ssącej wody za pomocą rowu, czy w ogóle ta cała sprawa niespowoduje, mimo dokończenia całego zresztą systemu wodociągowego w 1886 *respectively* w 1887 r. opóźnienia w zaopatrzeniu miasta w wodę? Na wszystkie te pytania odpowiedzi dać dziś nie potrafimy. Drugą przeszkodę uniemożliwiającą spełnienie absolutnych wymagań higieny dla naszego miasta stanowi ta okoliczność, że pierwotnym planem i pierwotnym anszlagiem niezostaly objęte—naturalnie dla braku rozporządzalnych środków finansowych i z powodu zwłoki w uzyskaniu pozwolenia na zasięgnięcie pożyczki — pewne, bezwzględnie konieczne konstrukcje. Budowa wieży ciśnień i gmachu na maszyny przeznaczone do podnoszenia wody czystej (przefiltrowanej) do wysokości rzeczony wieży, celem rozprowadzenia wody po mieście pod ciśnieniem wystarczającym dla dostarczania jej do wszystkich dzielnic tak dolnej jak i górnej części miasta i na wszystkie piętra, budowa rzeczonych urządzeń możliwą się stała dopiero w roku bieżącym, a tem samem niemogła być ukończoną jednocześnie z rozpoczętą w r. 1883 budową stacji pomp nad Wisłą, filtrów i zbiornika wody czystej na Koszykach. Budowa wieży ciśnień i należącego do niej gmachu na maszyny, dokonywana na terytorium stacji filtrów i tak niesłychanie daleko posuniętą została. Dokończenie jednak tych dwóch kolosalnych budowli nienastąpi prędzej jak za rok, tak że zaledwie jesienią 1886 możemy mieć nadzieję ich ukończenia a tem samem jednolitego funkcjonowania całego systemu w całym mieście. Wreszcie do zupełnego zadowolenia naszych higienicznych pragnień nawet po załatwieniu pomyślnem fatalnej sprawy smoka i dokończeniu wspomnianych dopiero co konstrukcji pożądaną by była większa ilość wody aniżeli jej dostać tymczasowo mamy, a mianowicie więcej niż $1\frac{1}{2}$ stopy sześciennej na jednostkę i dobę. (Dziś ilość ta wynosi prawie 1 stopę sześć. na jednostkę i dobę). Są wprawdzie głosy według których nawet te $1\frac{1}{2}$ stopy sześć. ma stanowić zbyt wielką ilość... dla Warszawskiej ludności, z uwagi na zamiatowanie tej ludności... w niechlujstwie. Kto wie! Może te optymistyczne czy pesymistyczne opinie i przewidywania istotnie się spełnią, może istotnie Warszawiancy nie zużyją nawet 600000 stóp sześć. wody na dobę a kasę miejską spotka smutny zawód iż tylko $\frac{2}{3}$ lub $\frac{3}{4}$ pompowanej wody według jej wartości spieniężyć się uda. Zresztą do kwestyi opłaty za wodę powrócić nam jeszcze później wypadnie, kiedy higieniczne względy tej kwestyi dotyczące zostaną ostatecznie rozbrane w Komitecie higienicznym i *in pleno* w Tow. Warsz. Lekarskiem.

Obecny stan dokonanych już robót wchodzących w skład całości systemu wodociągowego, zwiedzanych przez grono lekarzy a w szczególności przez wszystkich prawie członków Komitetu higienicznego w dniach 22 i 29 Listopada przedstawia się jak następująco.

(d. c. n.)

— Czytamy w N-rze 48 Gazety Lekarskiej, iż w pracowni przy tutejszem Towarzystwie Lekarskiem na początku Stycznia r. p. Dr. JAKOWSKI rozpocznie kurs praktyczny dotyczący badań grzybków chorobotwórczych. Koledzy pragnący przyjąć udział w badaniach, mogą się bliżej poinformować o warunkach w Redakcyi Gaz. Lek., albo u D-ra J. (Wspólna 33). O ile wiemy, mają to być wykłady uwzględniające przedewszystkiem stronę praktyczną kwestyi. Z uwagi na doniosłość obranego przedmiotu oraz korzyści jakie z podobnych wykładów odnieść można a wreszcie z uwagi, iż znaczna większość lekarzy jeżeli się i daną kwestyją interesuje, to zna ją tylko z książki lub rysunku; polecilibyśmy usilnie kolegom aby z wykładów powyższych jak najliczniej chcieli korzystać, zwłaszcza, że przygotowanie wyczerpującego kursu, który na wskroś charakter demonstracyjny z natury rzeczy mieć musi, znaczne przedstawia trudności i nie małych wymaga zachodów. Liczny szereg własnych badań dokonanych przez D-ra J. w pracowni tutejszego uniwersytetu nad grzybkami chorobotwórczemi, daje rękojmię, iż prelegent dobrze się wywiąże ze swego zadania. Z prac D-ra J. o których mowa, ogłoszonymi zostały (w Gaz. lek.) w roku bieżącym następujące w liczbie 6-ciu: lasecznik gruźliczy, lasecznik czarnej krosty, spirochety gorączki powrotnej, laseczniki trądowe, mikrokokki róży, i laseczniki nosaiciżnowe. Po ogłoszeniu badań nad innemi jeszcze grzybkami chorobotwórczemi, razem zebrany materyjał ma wyjść w oddzielnej odbitce.

O bliższych szczegółach zapowiedzianych wykładów, uwiadomimy czytelników w swoim czasie.

— Cibils, czyli ekstrakt mięsny w płynie coraz bardziej wyrugowuywa swego poprzednika Liebig'a, który prawdopodobnie w niedługim czasie tylko w sosach kuchennych znajdzie dla siebie pole popisu, narebiwszy w swoim czasie tyle wrzawy. Publiczność wielokrotnie zadaje lekarzom pytanie: który ekstrakt jest lepszy, który pożywniejszy, który się lepiej trawi? i t. d.; z tego względu może by było właściwem od razu informować ogół na etykietach, iż są to dwa różne zupełnie przetwory z których dawny t. j. Liebig'a jako nie zawierający wcale ciał białkowatych, nie stanowi żadnego pokarmu lecz gra tylko rolę środka podniecającego, na smak przyjemnie oddziaływającego, zatem należącego do kategorii takich środków jak: kawa, herbata, wino itp. czyli do tak zwanych „używek” (*Genussmittel*); gdy przeciwnie „Cibils” jako przetwór znaczny procent ciał białkowatych zawierający, stanowi rzeczywisty pokarm (*Nahrungsmittel*). Wedle analizy pp. Nenckiego i Rakowskiego w 100 częściach płynnego ekstraktu Cibilsu zawiera się części organicznych 18,58% z których na pepton przypada 5,39; na białko rozpuszczalne 1,28; na ciała wyciągowe i zasady mięśniowe 11,52; na tłuszcz 0,39. Opierając się na analizie, przynajmniej należy cibilsowi stanowczą wyższość nad ekstraktem Liebig'a. Zgodnie z tem i skutki jakie z podawania Cibilsu widzimy, rzeczywiście są zadawalniającemi. Chorzy z bardzo upośledzonym trawieniem dobrze go znoszą i stopniowo siły odzyskują. Wielka rozpuszczalność samego przetworu ułatwia process wchłaniania. Powyższe własności wobec ceny stosunkowo niskiej zalecają cibils do codziennego użytku szczególnie dla konwalescentów po wycieńczających chorobach oraz do zastosowywania go w tych wszelkich stanach, w których lekarz z ilościowem stopniowaniem pokarmów bardzo musi być oględny. Nie wątpimy, że ci z kolegów, którzy mieli sposobność polecać Cibils większej liczbie chorych, do tych samych musieli dojść rezultatów.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHE.

Дозволено Цензурою. Варшава 21 Полября 1885. Друк М. Зіемкiewiczа Krak.-Przed. N. 17.