

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Przyczynę do nauki o wadach rozwojowych oka. Podał dr. med. K. Rumszewicz. Rozwieracz nóg dla operacji gyniatrycznych dokonywanych w położeniu grzbietowem o wzniesionej miednicy lub tak zwanem poślądkowo-grzbietowem. Podał dr. med. Franciszek L. Neugebauer (syn). (Dokończenie).—**Streszczenia i wyciągi.** (136). O leczeniu przewlekłych zaparć i niestrawności za pomocą mechanoterapii. (Dokończenie). 139. Przyczynę do kwestyi sublimatowej. — **Odcinek.** Konferencya w kwestyi cholery odbyta w cesarskim zdrowotnym instytucie w Berlinie. Przełożył dr. G. Lewy. (Ciąg dalszy).—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

PZYZYNEK DO NAUKI O WADACH ROZWOJOWYCH OKA.

Podał Dr. med. **Konrad Rumszewicz**, okulista okręgowy w Kijowie.

III. Przypadek podwójnej źrenicy.

20-letnia A. P., wątłej budowy, przed miesiącem zachorowała na śródmiąższowe zapalenie rogówki prawego oka. W chwili gdy chorą pierwszy raz widziałem, sprawa zapalna zajmowała tylko dolną trzecią część rogówki, łatwo mi więc wypadło zbadać stan tęczy i dna oka i przekonać się, iż takowe zupełnie były prawidłowe. Chora na wstępie oznajmiła mi, iż cierpienie prawego oka więcej jeszcze zatrwała ją z powodu, iż lewem okiem nigdy dobrze nie widziała, obecnie zaś zawiązując z konieczności prawe oko, przekonała się iż często widzi przedmioty podwójnie. Znalazłem też zezowatość zbieżną, wzrok $\frac{20}{200}$, nadwzroczny astygmatyzm, ostrość wzroku z soczewką walcowatą $\frac{20}{50}$. Nadto w oku tem spostrzegłem podwójną źrenicę, którą podaję tu na rysunku. Powieki i spojówka zupełnie prawidłowe. Brzeg rogówki przedstawia prawie prawidłowe koło, którego średnica pozioma wynosi 11,5 mm. W odległości 1—2 mm. od brzegu źrenicznego tęczy, spostrzegamy ciemno-brunatną linię wężykowatą. Położony ku wewnątrz od niej źreniczny pas tęczy składa się z bardzo drobnych marszczek, zwróconych w kierunku promienistym ku brzegowi źrenicznemu; barwa pasa tego jasno-brunatna. W zewnętrznym, rzęskowym pasie tęczy, marszczki również zachowują kierunek ściśle promienisty, o wiele są jednak grubsze niż w pasie źrenicznym i w kierunku ku brzegowi rzęskowemu stają się coraz mniej widocznemi; barwa pasa rzęskowego tęczy—jasno-błękitna, w pewnych miejscach, zwłaszcza w pobliżu linii wężykowatej, z jasno-brunatnym odcieniem. Źrenica ma kształt jajowaty, z dłuższą poziomą średnicą, nadto jest nieco posuniętą ku górze i ku wewnątrz. W dolnym i zewnętrznym wycinku oka spostrzegamy dodatkową źrenicę, znacznie mniejszą od prawidłowej. Kształt ma również jajowaty, dłuższa średnica jej skierowaną jest ukośnie od dołu do góry i od zewnątrz ku wewnątrz. Brzeg jej górny przytyka do linii wężykowatej, odległej w tem miejscu od brzegu źrenicznego o 1 tylko mm.,

sama zaś linia przechodzi w bardzo cienkie pasemko, które dzieli źrenicę dodatkową na dwie połowy, tak, iż ściśle rzeczy biorąc, mamy tu nie podwójną, lecz potrójną źrenicę. Barwa pasemka w niczem się nie różni od barwy linii wężykowatej. Ku dołowi odległość dodatkowej źrenicy od brzegu źrenicznego wynosi 1,5 mm. Najdłuższa i najkrótsza średnice wynoszą połowę długości odpowiednich średnic prawidłowej źrenicy. Brzeg dodatkowej źrenicy bardzo jest wyraźny, odznacza go, równie jak brzeg prawidłowej źrenicy, ciemne pasemko, utworzone prawdopodobnie przez

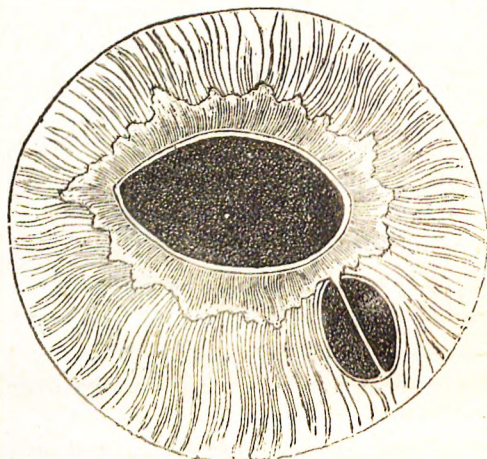


Fig. 12.

kolwiek przyczepiny tylne tęczy wcale nie istniały, wszakże w dolnym i wewnętrznym wycinku oka tęczą przy rozszerzeniu zawsze szerszą cokolwiek była. Okoliczność ta zresztą łatwo w ten się da wytłumaczyć sposob, iż wskutek tego że w miejscu tem w tkance tęczy znajdował się zupełny otwór, z konieczności powstać również musiał brak włókien rozszerzacza. W każdym razie zmiany w dodatkowej źrenicy spostrzegane, zupełnie były bierne i powstawały li tylko wskutek zmian, które miały miejsce w prawidłowej źrenicy.

Widzimy więc, iż przypadek ten najzupełniej przypomina mój pierwszy przypadek podwójnej źrenicy ¹⁾, z tą chyba różnicą, iż tam źrenica dodatkowa znajdowała się w górnej i zewnętrznej części tęczy. Dodając jeszcze przypadek wielorakiej źrenicy, opisany przezemnie w zeszłym roku ²⁾, widzimy, iż w ciągu niespełna pięciu lat, zdarzyło się nam zanotować trzy przypadki wielorakiej źrenicy, bynajmniej nie spowodowane przez zmiany chorobowe w oku, a zatem wada nietylko zasługuje na prawo obywatelstwa w dziedzinie teratologii, lecz nadto nie jest nawet zbyt rzadką.

¹⁾ Medycyna, r. 1881.

²⁾ Medycyna, r. 1884.

tylną blaszkę barwnikową tęczy. Źrenica prawidłowo oddziaływa na światło. Przy zwężeniu, kształt zachowuje jajowaty, dodatkowa zaś źrenica, niewiele wygrywając na długości, staje się natomiast o wiele węższą. Przeciwnie, przy rozszerzeniu prawidłowej źrenicy dodatkowa przybiera kształt już nie podłużnego lecz poprzecznego owalu, przy największem zaś rozszerzeniu brzeg jej dolny kierunku ma prawie równoległy z brzegiem rzęskowym tęczy, jednocześnie przecinające ją pasemko staje się wężykowatym.

Dodać muszę jednakże, iż jak-

**Rozwieracz nóg dla operacyi gyniatrycznych
dokonywanych w położeniu grzbietowem o wzniesionej miednicy lub tak
zwanem pośladkowo-grzbietowem.**

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

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 49).

W Kwietniu roku zeszłego miałem sposobność, jeżeli się nie mylę w szpitalu Dorset House for Women w Londynie, poznać nowy przyrząd nieznanego mi z nazwiska wynalazcy angielskiego dla operacyi gyniatrycznych w położeniu tak zwanem grzbietowo-pośladkowem, mianowicie rozwieracz nóg bardzo prostej budowy, który tak mi się spodobał, iż po powrocie z Anglii kazałem sobie zrobić podobny, a przynajmniej opierający się na tej samej zasadzie u Thuerriegl'a w Wiedniu. Dnia 17 Marca 1885 pokazywałem ten rozwieracz i fotografie objaśniające użycie jego na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego, w Wrzesniu zaś posłałem go na wystawę instrumentów chirurgicznych połączoną ze zjazdem przyrodników i lekarzów niemieckich w Strassburgu. Liczne wypadki użycia rozwieracza w praktyce prywatnej, jak również i w klinice gyniatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego dały mi sposobność ocenięcia praktycznej wartości tego instrumentu. Dla tego też uważam za właściwe zalecić go kollegom, szczególnie dla praktyki na mieście i na prowincyi. Przytaczam powtórnie, że nie rozszczę sobie bynajmniej żadnych praw do wynalazku, gdyż plan tego instrumentu opiera się na modelu widzianym przeze mnie w Londynie, a opisuję go dzisiaj jedynie dla tego, ponieważ zdaje mi się iż jest nader praktycznym nabytkiem naszego *armamentarium gyniatricum*.

Oto opis z załączeniem kilku rysunków podług fotografii wykonanych.

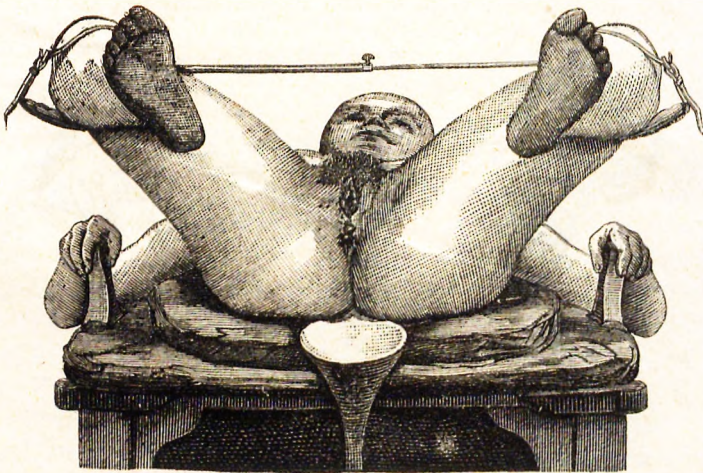


Fig. 13.

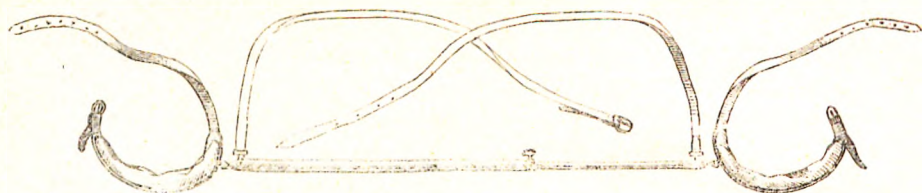


Fig. 14.

Rozwieracz ma służyć na to, aby u chorej ułożonej w położeniu tak zwanem grzbietowo-pośladkowym (*Steissrückenlage*) utrzymać uda w należytem zgięciu i rozwarciu. Zatem składa się z dwóch części, mianowicie zginacza i właściwego rozwieracza. Rozwieracz powinien o ile zachodzi potrzeba uda rozwierać, zatem musi być przedłużalny. Składa się on z niklowanej rurki metalowej i pręcika stalowego w niej przesuwalnego. Dla umocowania pręcika w rurce w dowolnej pozycji służy szrubka widoczna na Fig. 14. Na wolnym końcu również rurki lub pochewki jak i pręcika przymocowane są przy pomocy stawu kulowego ruchomo dwie półkoliste sprężarki lub podpory skórą obleczone, w których mają spoczywać kolana lub też uda; aby one wysunąć się z podstawek nie mogły, dodane są na każdej podstawce rzemyczki odpowiednie. Właściwy zginacz zaś przedstawia prosto rzemień przymocowany na odśrodkowym końcu również pochewki jak i pręcika, który zakłada się na około szyi lub też barków chorej i wedle potrzebnego zgięcia ud daje się skracać lub przedłużać. Oto cały przyrząd. Rzemień ma długości 112 centymetrów, pręcik i pochewka po 35 cent., średnica pochewki wynosi $1\frac{1}{2}$ cent. pręcika zaś 1 ctm. Szerokość podstawek w otworze ma 14 centymetrów.

Fig. 15 i 16 przedstawiają sposób użycia działania rozwieracza.

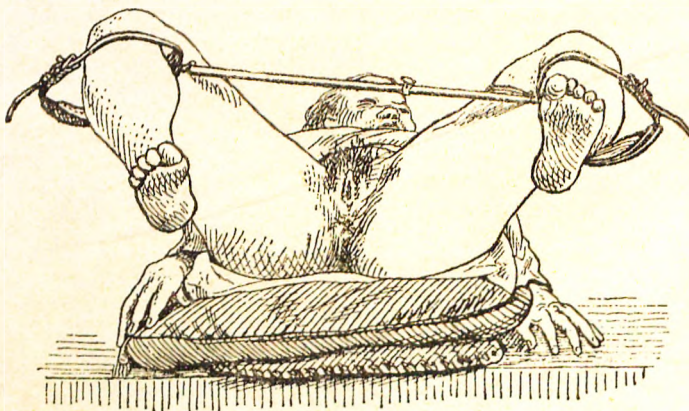


Fig. 15.

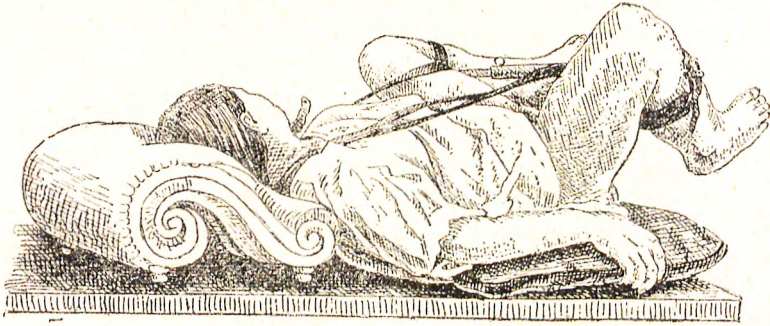


Fig. 16.

(Fig. 15 i 16: Zynkograficzne odbitki wzięte z czasopisma: *Illustrirte Monatschrift der ärztlichen Polytechnik u. Centralblatt der orthopädischen Chirurgie* red. von Dr. G. BECK. Bern 1 October 1885. 8^o VII Jahrg. Hft 10. S. 226—228. [Fig. 1 i 2] w którym to miejscu pierwotnie rozwieracz opisałem pod tytułem: „Neuer Beinhalter für gyniatrische Operationen in der Steissrücken-und Steinschnittlage”).

Rozwieracz ten najzupełniej wyręcza assystentów, otrzymujących nogi chorej w należytem położeniu i nie sprawia chorej więcej przykrości niż samo przez się położenie pośladkowo-biodrowe. Zaleca on się głównie prostotą budowy, trwałością i taniością w porównaniu z wszelkimi innymi podobnymi mniej więcej skomplikowanymi przyrządami. SAENGER podczas 57 zjazdu przyrodników i lekarzów niemieckich, jaki się odbył w Wrześniu 1884 roku w Magdeburgu, na jednym z posiedzeń sekeyi gynecologicznej okazał własnego pomysłu rozwieracz podobny lecz nieco więcej skomplikowany.

(*Verhandlungen der gynäk. Section der 57. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Magdeburg*. 1884 Berichtet von dr. Th. WYDER, patrz *Archiv für Gynäkologie* Bd. XXV. Berlin 8^o 1885. S. 140—143. Fig. 1—3).

Różnica zasadza się na tem przeważnie, że rzemień utrzymujący uda w należytem zgięciu nie oprowadza się dookoła szyi lecz przymocowywa się do tylnych nóg stołu operacyjnego. SAENGER bowiem uważa za wadliwy sposób założenia rzemienia na kark chorej. Ja zaś wprost przeciwnie przytwierdzanie rzemienia do nóg stołu uważam za wielką wadę, gdyż, niech tylko chora po ułożeniu jej na stole i po założeniu rozwieracza podług systemu zalecanego przez SAENGER'A nieco się cofnie—a co jest bardzo naturalnym i często nawet mimowolnym odruchem, w chwili gdy chora zobaczy, że operator ma rozpocząć akcyę, wówczas zmuszeni jesteśmy jak również częstokroć podczas trwania samej operacyi poprawiać położenie chorej i na nowo zbliżać ją do przedniego brzegu stolika operacyjnego. Zakładanie rzemienia naokoło barków lub karku o wiele mi się zdaje korzystniejszym, gdyż w tym razie własny ciężar samego tułowia chorej bezpośrednio wpływa na zachowanie nadanego zgięcia ud. Przy tem przyznać się muszę, iż jestem przeciwnikiem wszelkich przyrządów przypominających średniowiekowe narzędzia tortury, gdzie chorego przywią-

zują do stołu lub krzesła, bowiem w każdej chwili operacyi, szczególnie podczas narkozy mogą się zdarzyć wypadki, w których unieruchomienie chorego staje się nader przykrem w danej chwili.

Tak na przykład WINCKEL dla unieruchomienia pacjentki w położeniu zwanem „Steissrückenlage” kilka razy przywiązywał miednicę chorej do stolika operacyjnego przy pomocy szerokiej opaski skórzaney, wkrótce zaś zaniechał użycie własnego wynalazku w praktyce, mówiąc: „Da jedoch ein Theil jenes Gurtes über den Leib zwischen den Spinae ant. sup. zu liegen kommt und hier drückt, so kamen mir ein paar mal unangenehme Zufälle von Asphyxie im Chloroformsopor vor und ich gab jene Befestigung wieder auf” („Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre u. Blase”. Stuttgart. 8^o. 1877. S. 133).

Wiem dobrze, iż wieloma bardzo sposobami osiągnąć możemy ten sam zadawalający rezultat, że zręczny i doświadczony praktyk zwalczy wszelkie przeszkody i zarówno pomyślnie wykona operacyę na używanem przez SCHROEDER'A krześle operacyjnem VEIT'A, któremu miałbym różne wady do zarzucenia, jak i przy pomocy podpórek dla nóg FRITSCH'A lub rozwieracza SAENGER'A i innych przyrządów, głównie zaś przy pomocy biegłych assystentów,—to wszystko jednak nie zmniejsza wartości praktycznej rozwieracza wyżej zalecanego, tem bardziej że prostotą budowy, trwałością, łatwością przenoszenia oraz taniością zaleca się również dla praktyki klinicznej jak i dla operacyi na mieście.

Dokładność naprzykład zszywania uszkodzonego przy porodzie kroczka między innymi warunkami głównie polega na dobrem ułożeniu chorej i uprzystępnieniu należytem pola operacyjnego, dla której to operacyi również praktycznym mi się okazał instrument wyżej opisany. Zresztą z jego użyciem łatwo można połączyć użycie któregośkolwiek z samoutrzymujących się w miejscu wzierników pochowych np. GEMRICK'A, zmodyfikowanego przez LEBEDJEW'A speculum SIMON'A i t. d. ¹⁾.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

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

a) Ćwiczenia bez przyrządów:

1) Zginanie tułowia naprzód i w tył na prawą i na lewo. Zarówno to ćwiczenie, jak i następujące należy powtórzyć 10—20 razy.

2) Obrażanie tułowia naokoło osi ciała (*Rumpkreisen*), jest kombinacyją wymienionych czterech ruchów, z których jeden przechodzi w drugi. Tułów opisuje powierzchnię ostrokągu, którego wierzchołek leży na kości krzyżowej. Nogi chorego przy tym ruchu są ściśle zwarte, ręce oparte na biodrach.

3) Podnoszenie kolana (*Knieheben bis zum Armbrusten*). Wierzchnia część ciała odbywa nieznaczny ruch ku przodowi 10 razy prawą, i 10 razy lewą dolną kończyną.

¹⁾ Cena rozwieracza w fabryce narzędzi chirurgicznych Balukiewicza w Warszawie wynosi rs. 12.

4) Rzucanie ramion naprzód i w tył (*Armwerfen*), przy czym tułów w chwili gdy ramiona są rzucone naprzód, porusza się ku tyłowi, a ku przodowi, podczas rzucenia ramion ku tyłowi. Wten sposób wywołujemy energiczny ruch mięśni brzusznych.

5) Rzucanie ramion w bok (*Armwerfen seitwärts*), przy czym chory zgina tułów nieco ku przodowi i jednocześnie go porusza.

6) Rąbanie siekierą (*Axthauen*). Chory rozstawia dolne kończyny przy czym końce nóg są zwrócone ku dołowi, podnosi wyprężone ramiona pionowo do góry i wykonuje całym tułowiem ruch ku dołowi, jak gdyby chciał rozłupać znajdujący się między nogami kawał drzewa. Ramiona powinny się przesunąć ku tyłowi pomiędzy dolnymi kończynami.

7) Ruchy piłowe (*Sägebewegungen*). Chory zgina mocno tułów ku przodowi i wykonuje pełnięciami jednym ramieniem ku przodowi a równocześnie drugim ku tyłowi.

8) Zmiana kroku (*Schrittwechsel*) ze zmieniającym się naprzemian obracaniem tułowia na prawo i na lewo. Zaznaczyć należy, iż nawet rozwinięte osoby nie potrafią wykonać tego ruchu jedynie tylko z opisu bez przedniej praktycznej instrukcji.

9) Rzucanie (*Ausfall*) ze zginaniem górnej części ciała ku przodowi i ku tyłowi. Chory robi jedną dolną kończyną krok ku przodowi i zgina ją w stawie kolanowym, podczas gdy druga kończyna jest wyprężoną w tymże stawie; następnie zgina tułów o ile możliwości ku przodowi w kierunku do zgiętego uda i pozostaje w tej pozycji 15—20 sekund. Po tem chory wyprostowuje się i zgina tułów ku tyłowi, przy czym zgiętą poprzednio w stawie kolanowym kończynę wypręża, drugą zaś wyprężoną zgina w stawie kolanowym. Powtórzywszy te ruchy sześć razy chory robi ćwiczenie to drugą nogą i powtarza wymienione ruchy sześć razy. Przysiadywanie (*Niederhocken*). Chory, który oparł swe ramiona na biodrach, nogi złożone w piętach na zewnątrz końcami rozstawił, opuszcza się do pozycji przysiadywania, pozostaje w niej około 10 sekund i następnie szybko wraca do pozycji stojącej. Ruchy te winny się odbywać w szybkim tempie.

11) Podnoszenie dolnych kończyn ku przodowi.

12) Podnoszenie dolnych kończyn ku tyłowi.

13) Opisywanie koła dolnymi kończynami.

14) Skakanie.

b) Ćwiczenia na przyrządach i bierne ruchy mają również zastosowanie w zakładach mechano-terapeutycznych. W przypadkach, w których głównym cierpieniem są przewlekłe zapory, mechaniczne rękoczyny przynoszą widoczną korzyść. Zadaniem ich jest zapomocą ucisku na zwoje脾otłu śródbrzusznego (*plexus coeliacus*) i podbrzusznego wywołać odruchy i tym sposobem pobudzić ruchy robaczkowe (peristaltyczno); zapomocą bezpośredniego drażnienia (szczypanie, gniecienie, wstrząsanie) staramy się podrażnić nerwy naczynioruchowe i mięśnie przewodu kiskowego.

Łatwo znaleźć spleć śródbrzusny, gdyż leży on na przedniej ścianie aorty zstępującej. Jeżeli linię pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem rozpołowimy i w tym punkcie będziemy cisnąć w głąb, to natrafimy z pewnością na wymieniony spleć i jego zwoje. Jeżeli rozpołowimy linię poprowadzoną od chrząstkozrostu kości łonowych (*symphysis ossium pubis*) do pępka i w tym punkcie wyrzemy nacisk w głąb, to osiągniemy spleć podbrzusznego górnego (*hypogastricus superior*) i jego zwojów. Używamy w tym celu końców wyprężonych palców. Chory zajmuje na ławce gimnastycznej pozycję w pół siedzącą, w pół leżącą, uda i kolana zgina, gdyż przy tej pozycji ściany brzuszne są najwięcej roz-

luźnione. Dobrze jest wymieniony rękoczyn wykonywać w ten sposób, że nie tylko wyprężone palce wciska się w głąb w wymienionych dwóch punktach, lecz w opisany sposób obrabia wszystkie miejsca ścian brzusznych i to naprzód w poprzecznym, a następnie w podłużnym kierunku. Gdy ten rękoczyn, który polega na pchnięciach (uderzeniach) w właściwy sposób 20—30 razy został powtórzony, chwyta się między paluch i cztery pozostałe palce górną część kieszki zstępującej i wykonywa silne z góry ku dołowi postępujące ugniatania. Na zakończenie naciskam silnie i głęboko okolice pachwinową, ażeby część kieszki wstępującej wraz z kieszką ślepą zagięciem esowatą poddać ugniataniu i wstrząśnieniu.

Nie potrzeba przypominać, że leczenie mechaniczne należy wespół z racjonalną dietą. Obserwujemy wiele młodocianych, zupełnie zdrowych jednostek, przedewszystkiem dziewcząt, które cierpią na silne zardzewienia. Massy kałowe tych osób, do których słowa „chory” zastosować nie można, pokazują niezmiernie wielką średnicę; łatwo zrozumieć, że przejście grubych i zbitych mass przez przewód kieszkowy zanadto wielkie stawia wymagania od sprężystości włókien mięsnych kolistych. Rectum znajduje się ustawicznie w stanie najwyższego rozszerzenia. Nie raz przekonaliśmy się po kilku tygodniach mechanicznego leczenia, że wypróżnienia, które przedtem dały się wywołać li tylko zapomocą środków rozwalniających, same przez się następują. Leczenie takie trwa od 11—12 tygodni. Zatem, nie należy przerywać leczenia, gdyby nawet po 6 tygodniach widoczny skutek nie nastąpił.

Niekiedy obserwujemy nawet takich chorych, u których przez 3 miesiące z wszelką starannością przeprowadzone leczenie o którym mowa nie usuwa cierpienia. Lecz tacy chorzy należą do wyjątków. Przytoczenie pojedynczych spostrzeżeń budzi mało interessu; jedne z nich są podobne do drugich, jak dwie krople wody.

139. Przyczynek do kwestyi sublimatowej. KELLER z Bernu (*Arch. f. Gynäk.* Bd. XXVI H. 1 pag. 107). O przyczynach i zabezpieczeniu się przeciw zatruciu sublimatem przy przestrzykiwaniach macicy i pochwy w akuszeryi. Dr. HERFF z Darmstadtu (*Arch. f. Gynäk.* Bd. XXV H. 3 p. 487). Na klinice położniczej w Bernie sublimat od 1 Stycznia 1884 r. używa się wyłącznie. Przed i po każdym zbadaniu rodzącej lub ciężarnej przestrzykuje się pochwę pół litrem roztworu sublimatu 1:2000. Po ukończonym porodzie przestrzykuje się pochwę jednym litrem tego roztworu. Po operacyjnych rękoczynach, po długo trwających porodach, lub porodach gnijących płodów przestrzykuje się macicę 2—3 litrami roztworu sublimatu 1:1000. Podczas połogu tylko wtedy robią się przestrzykiwania 3—4 razy dziennie 1:2000, jeżeli tego wymagają specjalne wskazania: cuchnący odchód, wysoka gorączka i t. d. W ten sposób postępowano ze wszystkimi (321) rodzącymi w 1884 r. Podczas całego roku nie było ani jednego przypadku gorączki połogowej, ani zatrucia sublimatem, tylko w 3 przypadkach przyszło do lekkiej *stomatitis* i *gingivitis* z lekkim ślinopłynem. Raz pojawiły się obfite, płynne, cuchnące wypróżnienia kieszek bez krwi. Dwa przypadki zapaści nie dadzą się koniecznie odnieść do zatrucia rtęcią. Raz widziano tylko objawy ze strony serca: mały prędki puls. Czy przy tej metodzie stosowania sublimatu, takowy da się wykazać w moczu? KELLER badał mocz u 18 kobiet według metody LUDWIGA, FÜRBRINGERA (amalgowanie blaszki cynkowej rtęcią z moczu). W 26 próbach rtęć wykazał w 12 przypadkach i w tych przypadkach mocz zawsze zawierał białko. Wnosi zatem że to jest *nephritis toxica*. Opierając się jeszcze na dwóch przypadkach, w których w jednym powiększyła się znacznie ilość białka przy istniejącym poprzednio białkomoczu, przy użyciu sublimatu, a w in-

nym nastąpiła *anuria*, KELLER przychodzi do wniosku, że sublimat jest pewnym, ale równocześnie nie niewinnym środkiem odwietrzającym i zarazem silną trucizną nerkową. tak że należy być bardzo ostrożnym, silniejsze roztwory w umiarkowanych ilościach stosować, w przeciwnym razie można spowodować zatrucie niebezpiecznej natury. Dr. HERFF mówi, że znane są 13 przypadków zatrucia sublimatem przy przestrzykiwaniach macicy i pochwy w akuszeryi, z których 4 zakończyły się śmiertelnie. H. na zasadzie własnego materiału przychodzi do wniosku, że zatrucie tylko wtedy może mieć miejsce, jeżeli sublimat długo działa na rany lub na uszkodzoną błonę śluzową, lub jeżeli przechodzi do jamy brzusznej, lub w naczynia krwionośne. Macica po porodzie może wsiąkać roztwór sublimatu, chociaż to trudnem jest, gdyż roztwór drażni macicę i pobudza do kurczów. Niebezpieczeństwo jest wtedy, jeżeli macica jest atoniczną, gdyż trochę płynu może się zostać w macicy i wsiąkać w krew. Również i w pochwie może pewna ilość płynu się zatrzymać i także wsiąkać w krew. Dla tego też sądzi H., że roztwór 1:5000 jest wystarczający, a w przypadkach *endometritis* 1:3000. Przytem ilość płynu naraz użyta do przestrzykiwania jest dostateczną w ilości 1—2 litrów; dla łatwiejszego odpływu z pochwy należy naciskać wtedy palcem na międzykrocze. U osób bezkrwistych, osłabionych, także u cierpiących na nerki i które przedtem leżone były rżnię, z użyciem sublimatu trzeba być ostrożnym. Dla zapobieżenia przejściu płynu do jamy brzusznej nie należy wstrzykiwać silnym prądem. Przejście płynu do naczyń krwionośnych bywa bardzo rzadkiem. Ponieważ woda chlorowa, według KOCHA i SATTLERA, jest również dobrym przeciwnym środkiem, to H. radzi ją wypróbować, ażeby sublimat zupełnie usunąć z akuszeryi.

ODCINEK.

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

Przełożył Dr. G. Lewy.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr 49).

W dalszym ciągu chciał KLEIN znaleźć bakterye choleryczne w śluzie zębowym zdrowych ludzi, jakoteż w innych chorobach, zwłaszcza u cierpiących na biegunkę np. u suchotników i u cierpiących na krwawą biegunkę. Przypuszcza także, że i w choleryze bardzo mało znajduje się laseczników i że im wcześniej obdukcya na trupach się odbywa tem mniejsza będzie ilość ich, a większa ilość znajduje się tylko w później badanych trupach. KLEIN nietylko ze mną, ale z wszystkimi innymi spostrzegaczami staje w sprzeczności, którzy wkrótce po śmierci znajdowali w trupach massami laseczniki przecinkowe. Podsuwa on mi także przypuszczenie, że laseczniki przecinkowe już w słabych roztworach kwasów zamierają co wszakże fałszem jest. W poprzednich moich relacyach wogóle o obumarciu laseczników nie mówiłem, lecz jak sobie przypomniecie o zatrzymaniu się w rozwoju tychże pod wpływem pewnych substancyi, a między innymi o wstrzymaniu się rozrostu w kwaśno reagującej gelatynie.

W Indyach chce KLEIN w tym samym tanku, gdzie ja wykazałem, również wykazać laseczniki w czasie nawet wolnym od cholery. Muszę jednak nadmienić, że jeśli kto tyle co KLEIN w rzeczach stosunkowo prostych popełnia błędów, ten przestaje dla mnie być kompetentnym. Bóg ra-

czy wiedzieć, co KLEIN znalazł, czy to prawdziwe były bakterye choleryczne, czy też prawdopodobniej bakterye te same, które znajdował w ślinie zdrowych i w wypróżnieniach suchotników uważał za bakterye choleryczne. Relacya KLEINA znalazła wreszcie bardzo głęboką i gruntowną krytykę WATSONA CHEINE. KLEIN musiał wobec słusznych zarzutów WATSONA CHEINE największą liczbę swoich twierdzeń odwołać i przeto w drastyczny sposób zadokumentować niepewność swoich pierwotnych relacji. Musiał w końcu przyznać, że laseczniki choleryczne jednakże odmienne są od laseczników suchotniczych, dyzenterycznych i od tych jakie znalazł w ślinie; przyznał wreszcie, że znajdował laseczniki choleryczne we wszystkich przypadkach cholery. Przychodzi więc musowo do tego samego wniosku, co i ja, że bakterye choleryczne są specyficznym gatunkiem wyłącznie należącym do cholery. Wszystkich złąd pochodzących wniosków nie może się KLEIN wyrzec jeśli nie chce na nowo zawikłać się w sprzeczności.

Przechodzę teraz do poszukiwań EMMERICH'A. Ten znalazł w Neapolu na dziewięciu cholerycznych trupach i na jednym chorym cholerycznym we krwi a w części i w wewnętrznych organach zupełnie osobliwy rodzaj bakteryi. Widział on obok tychże i prawdziwe laseczniki choleryczne, ale jak on mówi, nie we wszystkich przypadkach, dla tego uważa te przez siebie znalezione, za właściwe bakterye choleryczne. Te poszukiwania EMMERICH'A a specyjalnie użyte przez niego w tym celu metody już uległy krytyce FLÜGGE'GO, do której zupełnie się przyłączyć mogę; uważam ją bowiem za dorzeczną i zupełnie usprawiedliwioną. Nadmienić tylko muszę że EMMERICH przypuszczeniem swoim znajdowania regularnego bakteryi we krwi cholerycznych staje w sprzeczności z całą rzeszą spostrzegaczy którzy badali krew i narządy wewnętrzne cholerycznych. Istotny zarzut, jaki mu tymczasowo uczynimy jest ten, że posługiwał się błędną metodą. EMMERICH nalewał do szkieł odczynowych krew z substancjami z narządów i gelatynę pożywną i takowe zabrał ze sobą do Monachium a dopiero z tej mieszaniny wyprowadził czyste hodowle. To przypomina mi poszukiwania dawniejsze HALLIERA, któremu posłano zakorkowaną butelkę z wypróżnieniami cholerycznymi w 1866 r. z Berlina, a on pozostawił ją do następnej wiosny, poczem dopiero je badał. Błąd EMMERICH'A nie jest wprawdzie tak wielki ale w gruncie rzeczy jest on ten sam. Miałem przypadkowo sposobność dowiedzenia się o poszukiwaniach prof. CECI nad epidemią cholery panującą w Genui. Postępował on zupełnie podług metody EMMERICH'A. CECI również umieścił krew i kawałki rozmaitych narządów wewnętrznych jak śledziony, nerek i t. p. za pomocą rozpalonego przedtem drutu platynowego w naczyniu z gelatyną.

CECI używał w tym celu tylko świeżo badanych trupów i pracował z największą starannością; jeśli wziął np. skrawek z wątroby, to zrobił jedno pionowe cięcie i na to jeszcze jedno takie za pomocą noża na nowo wypalonego a dopiero z drugiej powierzchni przekroju brał skrawki do gelatyny. Jak mnie upewnił to przeszło sto badań dokonano w ten sposób. Za bytności jego tutaj, pokazał mi około 50 takich szkieł odczynowych, które dla odwietrzania zaopatrzone jeszcze zostały w zatyczki parafinowe. Ani w jednym szkiełku nie znaleziono wegetacyi bakteryjnej powstałej ze krwi lub z organów. Ten wynik także stoi w sprzeczności z wynikami EMMERICH'A. EMMERICH w dalszym ciągu podał, że on swojemi bakteriami wywoływał u zwierząt objawy, które w zupełności odpowiadają cholery azyatyckiej, zastrzykiwał swoje bakterye podskórnice, a zwłaszcza w obfitej ilości, poczem zwierzęta te po niejakiem czasie wymarły, a kiszki przedstawiały wygląd kiszek chole-

rycznych. Jeśli nawet rzecz się ma tak o czem i nie wątpię to jeszcze ztąd najmniejszy nie wypływa dowód żeby te bakterye miały coś wspólnego z cholera, pominawszy nawet błędnej metody, przy pomocy której te bakterye były hodowane. Można, jak dawno wiadomo, rozmaitemi bakteryami wywołać u zwierząt objawy podobne do cholery. Robiłem przed laty doświadczenia bakteryami, za pośrednictwem których można było u królików wywoływać rodzaj posocznicy. Musiałem wstrzykiwać większe ilości aby te zwierzęta zabić, a znalazłem osobliwe zmiany w ich kiszka, które zupełnie opisanym przez EMMERICH'A odpowiadały. W bardzo charakterystyczny sposób dadzą się te same objawy opisane przez EMMERICH'A osiągnąć u świnek morskich za pomocą izolowanego z kału ludzkiego pewnego chorobotwórczego gatunku bakteryi, który otrzymał prof. BRIEGER. Jutro zastrzyknę kilku zwierzętom te kałowe bakterye, abyście się sami mogli przekonać o tym szczególnym stanie. To są istotne zarzuty jakie uczynione zostały lasecznikom przecinkowym. Zdaje mi się żem wykazał, że te zarzuty są bezzasadne. Moje podania znalazły jednakże z innej strony liczne stwierdzenia. Wielu zajmowało się badaniem śliny, śluzu zębowego, wypróżnień od zdrowych i chorych badaniem płynów gnilnych i wielu innych mieszanin bakteryjnych, ale wszyscy wiarogodni spostrzegacze zgadzają się na jedno, że nic takiego nie mogli znaleźć, coby było identyczne z bakteryami cholerycznymi. W higienicznym Zarządzie podczas kursów cholerycznych uczyło się przeszło 150 lekarzy wykazania bakteryi cholerycznych, przy tej sposobności dokonano kilkuset poszukiwań nad śliną, kałem i t. d. ale z wyjątkiem jednego przypadku, (o którym później będzie mowa) nie spotkaliśmy nigdy charakterystycznych bakteryi cholerycznych. Przekonali się jednocześnie wszyscy obeznani z badaniem bakteryologicznem, że bakterye choleryczne odróżnić się dają od wszelkich innych i że ich charakterystyczne własności dają nam prawo uważać je jako specyficznie samodzielny gatunek. Oprócz tego rozprze-strzenienie cholery w Europie w zeszłym roku dało sposobność pewnej liczbie lekarzy, moje podania bezpośrednio zbadać za pomocą poszukiwań na trupach i chorych cholerycznych i bez wyjątku prawie takowe sprawdzić. Pierwsze dokładne poszukiwania dokonane były przez NICATI'EGO i RIETSCH'A, których podczas bytności mojej w Marsylii zaznajomiłem z metodami badania. Sprawdzali więcej niż 30 przypadków i we wszystkich znajdowali bez wyjątku laseczniki przecinkowe. Prawie równocześnie spożytkował von ERMENGEM epidemię Marsylską do studyów nad cholera i także znajdował w każdym przypadku laseczniki przecinkowe. To samo podają BABES, Watson CHEYNE i PFEIFER ze swoich spostrzeżeń w Paryżu. We Włoszech znajdowali laseczniki przecinkowe CECI, ESCHERICH, ARMANNI i FEDE. W najnowszym czasie jeszcze SCHOTTELIUS pozytywne dane w Turynie ogłosił. Podania CECI'ego o zrobionych początkowych zespół z KLEBSEM poszukiwaniach są o tyle ciekawe, o ile ci badacze początkowo twierdzili, że nie we wszystkich przypadkach znajdowali laseczniki przecinkowe, że ostatnie wykazali w innych chorobach np. podług KLEBSA w zapaleniu płuc. Później CECI który początkowo niewystarczającemi systemami pracował, nabył mikroskop ZEISSA z systemem olejowym i tym potem dopiero skonstatował w preparatach i hodowlach swoich laseczniki przecinkowe, tak, że teraz, jak sam mi powiedział, przekonany jest o znajdowaniu się regularnem laseczników przecinkowych w cholera. O poprzednio wspomnianym przypadku pneumonii otrzymałem od KLEBSA preparat jakoteż próbę wypróżnienia zakwestyjonowanego, ale nie udało mi się znaleźć w tych przedmiotach bakteryi cholerycznych. Nie wierzę też aby KLEBS jeszcze obstawał przy tem aby

kwestyonowane bakterye przy wyniku ujemnym wszelkich prób hodowlanych identyfikował z bakterjami cholerycznymi na zasadzie jedynie podobieństwa morfologicznego. Do tego mogę dołączyć wiadomość o dalszem własnem doświadczeniu. Gdym opuszczał Kalkutę zostawiłem d-rowi DISSENT lekarzowi przy szpitalu Sealadah resztę szkiełek z prośbą aby mi takowe preparował zawartością z kiszek trupów cholerycznych. Dr. DISSENT któremu przy nabywaniu materiału do poszukiwań jakoteż za cenne dane o stosunkach cholery w Bengalu miałem wiele do zawdzięczenia, podjął się i tego zadania z wielką gotowością spreparował w ciągu pół roku z 80 przypadków cholerycznych z każdego przypadku po 5 szkiełek i takowe mi przysłał. Jednakże zostało tylko 79 do użytku, ponieważ niektóre szkiełka popsuly się w drodze. Z tych 79 przypadków tutaj przez pp. d-rów WEISSERA i FRANKA zbadanych, 76 należało do trupów, a 3 do wypróżnień chorych. Z ogólnej liczby w 5 tylko przypadkach nie znaleziono laseczników przecinkowych, a w tych 5 przypadkach znajdowało się w preparatach wiele ciałek czerwonych krwi, z czego należy wnioskować, że należały do przypadków, które znajdowały się w późniejszym okresie. W 37 przypadkach laseczniki znajdowały się w umiarkowanej liczbie, ale tyle jednak, że z pewnością je można było wykazać. Między temi było 30 z zawartością krwistą kiszek, tylko 3 w których kwestya była czy jest krew lub nie, 4 były zupełnie bez krwi. Preparata z 27 zawierały bardzo dużo laseczników, a w 10 przypadkach można było znaleźć prawie czyste hodowle. Przy tych ostatnich znowu się sprawdzają uprzednie spostrzeżenia, że przypadek tem szybszy miał przebieg im liczniejsze i czystsze znajdowane były laseczniki. Mam jeszcze coś do pokazania, co ciekawy interes budzi, to jest ilość hodowli cholerycznych mających różny początek. Od wszystkich prawie, którzy w czasie ostatniej epidemii znajdowali bakterye choleryczne otrzymałem próby z ich hodowli i uważałem za stosowne sprawdzić, czy też wszystkie one mają jednako- we własności. W tym celu zebrałem je i widzicie panowie tu hodowle z Marsylii, 3 różne z Paryża i 2 z Włoch. Obok tych znajduje się dla porównania jedna hodowla przywieziona przezemnie z Tulonu. Różnica żadna w tych hodowlach nie znajduje się i zachowują się przy badaniu o mocnem powiększeniu jakoteż we względzie ich chorobotwórczych własności zupełnie identycznie. Wszystko to stwierdza zdanie wygłoszone przezemnie na poprzedniej konferencyi, że bakterye choleryczne należą wyłącznie do cholery w pełnym zakresie. Nic ważnego nie przybyło do tego, co wam wtedy podałem.

We względzie doświadczeń na zwierzętach uczyniono jednakże postęp, gdy NICATI'EMU i RIETSCH'owi udało się zarazić psy i świnki morskie przez zastrzykiwanie im do dwunastnicy zawartości cholerycznych z kiszek i hodowli laseczników przecinkowych. Te doświadczenia powtórzone zostały w Instytucie zdrowotnym przez BABES'A, FLÜGGE'GO i Watsona CHEYNE i wyniki tamto zostały stwierdzone. NICATI i RIETSCH mniemali pierwotnie osiągnąć to zakażenie przez wykluczenie żółci, dla tego podwiązywali w tym celu przewód żółciowy (*ductus choledochus*) przekonali się jednak później, że doświadczenie udaje się i bez podwiązania przewodu żółciowego. Nasze doświadczenia także wykonane zostały w części z podwiązaniem a w części bez podwiązania przewodu żółciowego i dały następujące wyniki. Z 10 morskich świnek którym przy podwiązaniu przewodu żółciowego wstrzyknięto hodowle laseczników przecinkowych do dwunastnicy, 6 zmarło w pierwszych dwu dniach na cholere 4 zmarły potem wskutek podwiązania. Widzicie tu zachowane w alkoholu narządy brzuszne takiej świnki morskiej, która przebyła zakażenie, ale prędko

schudła i zdechła 9 dnia po operacji. Torebka żółciowa i przewód żółciowy powyżej podwiązania są mocno rozszerzone; zapalenia otrzewnej w tym przypadku zauważyć się nie daje. Drugiej morskiej śwince zdechłej 12 dnia po operacji, pęcherz żółciowy pękł a żółć wylała się do jamy brzusznej. Dwie pozostałe świnki zdechły ze zgięcia i zamknięcia światła kiszki wskutek zapalnych wzrostów otrzewny w bliskości miejsca podwiązania. Przy tych doświadczeniach zauważyłem, że im lepiej się udało operacja i im mniej było manipulacji uciążliwych dla tych zwierząt, tem mniej było widoku na śmierć tych zwierząt wskutek cholery. Z 18 zwierząt, którym wstrzykiwanie zrobiono bez podwiązania przewodu żółciowego 13 zdechło na cholereę. Robiono równocześnie próby kontrolujące, wstrzykiwano świnkom morskim do dwunastnicy innego gatunku bakterye jak np. *Micrococcus prodigiosus*, różnego rodzaju laseczniki i t. p. Zwierzęta, którym przewodu żółciowego nie podwiązano, nie zmarły. To pokazuje, że operacja ta sama przez się (bez wstrzyknięcia cholerycznych laseczników) niebezpieczną dla tych zwierząt nie jest. KLEIN twierdzi, że świnki morskie przy tem doświadczeniu nie zdechają na cholereę, tylko na posocznicę (*septicaemia*). Ale podług moich doświadczeń można przy tej prostej operacji posocznicę napewno wykluczyć, trzeba chyba bardzo niezręcznie brać się do rzeczy aby przy tem doświadczeniu zwierzęta te stracił wskutek posocznicy. Przy tem próbnem postępowaniu bez podwiązania przewodu żółciowego, otrzymujemy tem mniej wyników dodatnich im mniej przy wyszukaniu i wyciągnięciu dwunastnicy i wogóle kiszki ulegają gneceniu lub też przedarciu. Dla tego też próba wyjątkowo się udaje, jeśli się ograniczamy na otworzeniu jamy brzusznej na małej przestrzeni i na wstrzykiwaniu nie do głęboko położonej dwunastnicy lecz do powierzchownie leżącej pętlicy kiszki cienkiej. Z 6 świnek morskich operowanych w ten sposób jedna tylko zdechła na cholereę. Reszta została przy życiu. Z operowanych jeszcze tym sposobem 4 morskich świnek żadna życia niepostradała ani nawet zachorowała.

Jakkolwiek przez wstrzykiwanie laseczników przecinkowych do dwunastnicy zwierząt jesteśmy w możności wywołania w kiszkach analogicznego procesu do cholery u człowieka, to przyznać jednakże należy, że tego rodzaju zakażenie bardzo mało odpowiada naturalnemu przypadkowi zakażenia. Wszak to nie jest mała operacja: otworzyć jamę brzuszną wyszukać i wyciągnąć dwunastnicę dla zastrzyknięcia do niej materyi zakaźnej. Staralem się przeto w naturalnej drodze zakażyć te zwierzęta i to mi się wreszcie także udało. Ważnem jest wskazać tę drogę, która do dodatnich wyników prowadziła. Poprzednie poszukiwania wykazały, że laseczniki przecinkowe zamierają w żołądku; albowiem gdy zwierzęta karmione płynami cholerycznymi lub hodowlami cholerycznymi po jakimś czasie zabijemy, to laseczników przecinkowych nieznajdujemy ani w żołądku ani w kiszkach. Takowe widocznie w żołądku wymarły. W tym jedynie procesie żołądkowym braku zakażenia szukać nie możemy, gdyż przy zakażeniu dwunastnicy ominięto trawienie żołądkowe, a mimo to niezawsze udało się zakażenie. Aby mieć pogląd w tej kwestyi dokonałem pewną liczbę poszukiwań, do których użyłem tylko świnek morskich, jako najbardziej skłonnych do zakażenia się cholereą. Chodziło mi o dokładne poznanie stosunków trawienia prawidłowego u morskich świnek. Kiedy badamy świnkę zaraz po zabiciu, wtedy znajdujemy, że żołądek jej w każdym czasie przepelniony jest mocno zbitą masą pokarmową tak, że gdy chcemy np. jaki płyn wlać do żołądka, to ten prawie wcale bez sztuki przejść nie może. Przypuściłem początkowo, że można będzie płyn z lasecznikami przecinkowymi obficie do żołądka wprowadzo-

ny przetłoczyć przez żołądek, przekonałem się jednak, że prędzej żołądek można rozerwać, niż tę zbitą masę wypełniającą go na bok przesunąć.

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. D. 5 b. m. kol. Wł. STANKIEWICZ dokonał w szpitalu ewangelickim mężczyźnie 60-letniemu operacji wycięcia całkowitego kiszki stołcowej z powodu raka tejże. Wycięta kiszka miała 10 ctm. długości, a pacjent obecnie ma się zupełnie dobrze. Bliższe szczegóły wkrótce podamy.

— Kanalizacja i wodociągi warszawskie. (*Ciąg dalszy zob. Nr. 49*).

Przy zbiegu ulic Czerniakowskiej i Agrykoli wzniesionym został wspinały gmach na pomieszczenie maszyn (pomp) i kotłów parowych, których zadaniem jest ssąć wodę z koryta Wisły i pchać ją w kierunku ku stacji filtrów na Koszykach. Gmach ten jest w zupełności ukończony, kotły, pompy, wszelkie transmisye najzupełniej umontowane, komiu kotłowni wzniesiony. Nic tu już niebrakuje by każdej chwili rozpocząć czerpanie wody z Wisły i przelewanie jej do filtrów.

Miejsce na rzeczoną stację pomp obrane zostało pierwotnie przez p. Lindleya w porozumieniu z inżynierią miejską, z powodu że tu przez lat kilkanaście znajdował się właściwy nurt Wisły i niemal największa głębia jej koryta. Obiecywano więc sobie że wypadnie położyć krótką stosunkowo linię rury ssącej zakończonej smokiem, celem pompowania za ich pośrednictwem wody z Wisły. Nadzieje te, jakkolwiek oparte na porównawczych spostrzeżeniach z lat kilkunastu, niestety nadszodziejanie zawiodły miasto i inżyniera kierującego robotami wodociągowymi. Ostatnia wielka powódź wpłynęła fatalnie na kierunek koryta Wisły i jej istotnego nurtu. Tam gdzie miała się kończyć projektowana, krótka rura ssąca, tam gdzie zanurzonym być miał smok (końcowa część rury ssącej, zgięta kolanowato i zamknięta płytą podziurawioną, celem niedopuszczenia do rury ssącej jakichbądź nieco większych przymieszek i zanieczyszczeń stałych) dziś jest wyniesiona ponad poziom wody ława piaszczysta, dosyć bujna roślinnością zdołna. Rura ssąca jaką do dzisiejszego nurtu Wisły doprowadzić wypada jest o wielekroć dłuższą od projektowanej, a położenie i ustalenie jej w gruncie niedawno powstałych ław piaszczystych, szczególnie z uwagi na jej wyjątkową objętość (36 cali średnicy) przedstawia prawdziwie kolosalne trudności. Już samo przygotowanie znacznej głębokości rowu na dnie którego pojedyncze części rzeczony rury ssącej kłaść się mają, samo utrwalanie ścian owego rowu za pomocą wbijanych spundpali i t. d., zmusza do niesłychanie powolnej roboty. Na domiar złego, jak nas o tem przekonał graficznie przedstawiony przez p. Lindleya stan poziomu wody w Wiśle w roku bieżącym, roboty o których tu mowa dokonywanymi były w wyjątkowo niepomyślnych warunkach. Przez całą wiosnę, lato i jesień woda w Wiśle w roku bieżącym stała wyżej aniżeli w całym szeregu lat poprzednich, tak że kładzenie rury odbywało się bez przerwy na 2 do 3 stóp pod poziomem wody, a nadto 7 razy w ciągu tego czasu następowała mniejsza lub większa powódź, a tem samem zalanie rowu i naturalnie wstrzymanie roboty albo raczej konieczność zwrócenia wszelkich usiłowań ku wypompowaniu wody i pół płynnej masy piasku rozrobionego przez zalew. Mimo tak fatalnych przeszkód roboty postępowały wciąż i jakkolwiek niezostały doprowadzonymi jeszcze do końca, jakkolwiek smok zanurzonym być dotąd niemógł, to jednakże, według wypowiedzianych przez p. Lindleya zapewnień (posiedz. Komitetu Kanalizacyjnego z d. 5 Grudnia) potrzeba dwóch do trzech tygodni niskiego stanu wody w Wiśle by cały ten dział robót do pomyślnego mógł być doprowadzonym do końca.

Położenie jednak całej rury ssącej i umieszczenie kończącego ją smoka w nurcie Wisły niedaje rękojmi bezpieczeństwa dopóty, dopóki cały brzeg warszawski równie jak i przeciwległy brzeg Wisły niebędą zupełnie uregulowane i umocnione. Dopóki to nienastąpi dopóty rura ssąca i smok a tem samem cały system wodociągowy będą na łasce najgwałtowniejszego i najkapryśniejszego żywiołu. Wielka powódź może całe miasto na raz wody pozbawić. Do czasu uregulowania brzegów Wisły musimy uważać, tym czy owym sposobem wykonane urządzenia wodociągowe jako prowizoryczne.

Wobec takiego stanu rzeczy, wobec powszechnie wiadomych przyczyn opóźnienia tego działu robót wodociągowych, doprawdy pojąć trudno jak pewna grupa naszej inteligencji miejskiej, a tembardziej pewna część naszych techników może się dopatrywać przyczyny owego opóźnienia i nieścisłości w oznaczaniu terminu dostarczania wody miastu, w nieogłędności lub zaniedbaniu głównego inżyniera p. Lindleya. Pan Lindley w chwili układania pierwotnego projektu wodociągów i w chwili kreślenia planu robót i kosztorysu istotnie nieprzewidywał wszystkich kataklizmów których Wisła i jej brzegi od tego czasu były widownią. Gdyby jednak mógł był takowe wtedy przewidzieć—prawdziwie niedorzeczne wymaganie jego tutejszych antagonistów!—to ani na czasie ani na kosztach oszczędzić by oczywiście nie się przez to nie dało, tak samo jak się nie racjonalnego obecnie nie da wykonać celem dokończenia robót wobec ciągle zbyt wysokiego stanu wody w Wiśle i wobec niepewności terminu regulacji jej brzegów. Stokrotnie, ironicznie zwracanie się do p. L. i do zarządu miasta z zapytaniem: kiedy zaczniemy wreszcie dostawać przyobiecaną na koniec roku 1884 ilość oczyszczonej wody wiślanej, kompromituje nie zapytywanych ale pytających, którzy raz choćby zwiedziwszy roboty już wykonane i obecnie wykonywane nad Wisłą musieliby przyjść do przekonania, że przeszkody opóźniające dokończenie robót tkwią przeważnie w *force majeure* i w powolności roboty zatwierdzonej i dokonywanej przez władze. *Exempli gratia* przypomnijmy sobie historyę szpitala dla obłąkanych.

Obok gmachu mieszczącego maszyny pompujące według ostatecznie przyjętych projektów urządzonemi być mają obszerne zbiorniki sklepione tak zwane osadniki. Pierwotny plan Lindleya nieobejmował żadnych osadników. P. Lindley oparty na doświadczeniu odnoszącem się do różnych rzek w środkowej Europie i w Anglii mniemał iż dobre filtry, z powierzchnią filtrującą obszarem swym ustosunkowaną do ilości wody w jednostce czasu filtrować się mającą, stanowią wystarczający środek oczyszczenia wody ze wszystkich przymieszek tworzących w niej tak zwane męty. Ale już na pierwszej konferencji odbytej przez p. Lindleya, o ile pamiętamy w r. 1880, tak technicy jak i lekarze tutejsi wyrazili przekonanie, że w czasie przyboru woda wiślana zawiera męt, który żadnemi środkami filtrującymi zatrzymać się nie da i że w porze zwiększonej mętności, woda wiślana doprowadzoną być może do zadawalającej przejrzystości jedynie przez pozostawienie jej przez kilka do kilkunastu godzin w spokoju i następnie dopiero jej przefiltrowanie. Próby pod okiem p. Lindleya dokonane przekonały o słuszności tego mniemania i dlatego w chwili przystąpienia do robót wodociągowych przyjętem było w zasadzie urządzenie osadników. Kolosalność mętu w wodzie wiślanej w porze przyboru i częstota nadzwyczajnej jej mętności słusznie wywołały opozycyą przeciw pierwotnemu zamiarowi urządzenia rzeczonych osadników przy filtrach, albo raczej używanie jednej lub dwóch kamer filtrowych na koszykach (niewypełnionych materiałem filtrującym) jako osadników w porze zwiększonej mętności wody wiślanej. Przy takim rozkładzie, maszyny na Czerniakowskiej nietylko by ssały mętną wodę ale by musiały z oalym mętym pchać ją ku stacyi filtrów na Koszykach. Szło by to w parze ze zmarnowaniem znacznej siły, ginącej wskutek tarcia mętnej wody o ściany obszernej rury, przeznaczonej do przeprowadzania wody z Czerniakowskiej na Koszyki, a zatem na bardzo znacznej długości. Okoliczność ta wpłynęła na postanowienie by osadniki urządzonemi były przy stacyi pomp na Czerniakowskiej, tak że większa część mętu zawieszzonego w wodzie wiślanej w czasie przyboru pozostawać będzie na dnie rzeczonoego osadnika i woda znakomicie już oczyszczona pchną będzie siłą maszyn na Koszyki, gdzie ulegnie filtrowaniu. Obecnie jednak—jak się domyślamy z pobudek finansowych—osadniki nad Wisłą urządzonemi nie zostały i osadzanie odbywać się będzie tymczasowo według pierwotnego, istotnie mniej korzystnego planu. Nadmienić wypada, że po za porą przyborów prawdopodobnie ograniczyć się będzie można na samem filtrowaniu, bez wstępnoego osadzania się mętów w osadnikach. (d. c. n.)

Zagraniczne. Wiedeński „Jägerianer-Verein” zameldował policji iż w niedzielę odbędzie się odczyt o Antropinie D-ra G. JÄGERA ze Stuttgartu. Publiczność zebrała się o naznaczonej godzinie, jednakże odczyt miejsca nie miał, z powodu zakazu poli-

cyjnego. Jednocześnie zakazano sprzedawać pigułki antropinowe oraz wino antropinowe z powodu iż skład ich nie jest dokładnie znany i muszą one z tego powodu być uważane jako środki tajemne.

— W Wiedniu czuć się daje wielki brak miejsc w szpitalach dla dzieci, tak dalece iż jedno dziecko nawet z powodu niedostatecznej pomocy lekarskiej umarło! Mój Boże, jaki to kraj szczęśliwy, w którym o takim dziecku piszą i to z oburzeniem. Ileż to papieru musielibyśmy zapisać w Warszawie, gdybyśmy o takich wypadkach donosić chcieli. Namiestnictwo odniosło się skutkiem tego do Magistratu Wiedeńskiego z żądaniem wystawienia nowego szpitala dziecięcego.

— Dr. Rudolf TRZEBICKI został mianowany asystentem kliniki chirurgicznej w Krakowie na dalsze lat dwa.

Sprostowanie: W Nr. 49 w Odcinku na str. 793 w wierszu 17 zamiast ich zdolności wytwarzania, winno być ich zdolność wytrwania (*Lauerfähigkeit*); na str. 796 w wierszu 31 zamiast *Mageterium* winno być *Megaterium*.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ułożył Stanisław Kościński

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.

Zeszyt I, II i III.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k. z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.



Fizyologiczny i racjonalny środek wywierający pomyślnie działanie na organizm który go z łatwością i całkowicie assimiluje.

Suchoty, słaba konstytucya ciała, choroby kości, niedostateczna assimilacya, zapalenie oskrzeli.

Zastępuje tran rybi we wszystkich jego zastosowaniach.

W Warszawie w aptekach pp. Heinrieha, Barcza i Ziemińskiego, w składach aptecznych pp. Mrozowskiego i Spiessa. W Kaliszu w aptekach pp. Bryndzy, Wołoszyńskiego i Prusinowskiego.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 28 Ноября 1885. Друк М. Зiemkiewiczа Krak.-Przed. N. 17.