

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Nowy przyrząd do aseptycznego zlewania płynów, opisał Wacław Orłowski (z Wilna).—Postępowanie lekarskie przy poronieniach, podał D-r M. Ehrlich.—Dzieje ospy i praktyka jej szczepienia, podał D-r Tymoteusz Stępniewski. — **Streszczenia i wyciągi.** 57. Sprawozdanie o wynikach leczenia róży surowicą przeciwpacorkowcowa. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 14 i 21 kwietnia r. b.—O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc kwiecień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Orłowski — Un appareil nouveau pour verser aseptiquement des liquides. 2) D-r M. Ehrlich — Le traitement des fausses couches. 3) D-r T. Stępniewski — L'histoire de la petite vérole et la pratique de la vaccination.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr W. Orłowski — Ein neuer Apparat zum aseptischen Eingliessen der Flüssigkeiten. 2) D-r M. Ehrlich — Ueber die Behandlung des Abortus. 3) D-r T. Stępniewski — Geschichte der Pocken und Impfungspraxis.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

## Nowy przyrząd do aseptycznego zlewania płynów,

opisał Wacław Orłowski (z Wilna).

(Przyrząd demonstrowany na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 21 kwietnia 1896 r.).

Bakteryologia, ten najmłodszy pęd, z wielkiego drzewa nauk biologicznych wyrosły, szybko kroczy naprzód. Licząc zaledwie trzydzieści kilka lat istnienia, zdołała ona nie tylko wywalczyć sobie samodzielne stanowisko i uznanie, lecz powiązała się licznymi stosunkami z całą swoją rodziną. Jako przykład posłużyć może nowy zwrot, jaki zrobiła ta nauka w ciągu ostatnich lat kilku, wkraczając na terytorium chemii fizyologicznej.

To ciągle rozszerzanie obszaru badań pociąga za sobą konieczność bezustannego rozwoju metodyki, skąd znowu powstaje ciągle zapotrzebowanie nowych przyrządów, któreby ściślej tym potrzebom odpowiadały.

Do niedawna jeszcze bakteryologia posługiwała się niezmiernie prostymi przyrządami i środkami. Wielkie kamienie węgielne (wyjaławianie i stałe podłoża), które PASTEUR i KOCH w podstawach tego wspaniałego gmachu założyli, nie straciły wprawdzie dotychczas swego znaczenia, ale okazują się już niedostatecznymi, ściślej mówiąc, niezawsze wykonalnymi. Z jednej strony natknęli się bakteryologowie w swych badaniach na grupę czynników chorobotwórczych, przeważnie do świata zwierzęcego należących, które nie dają się, a prawdopodobnie i nigdy nie dadzą się na stałych podłożach wyhodować; z drugiej znowu napotkali na swej drodze szereg ciał organicznych,

niezmiernie dla teorii i praktyki doniosłych, które ulegają bardzo łatwo zanieczyszczeniu zewnątrz, a przy wyjaławianiu zwykłym, nawet pasteuryzowaniu, rozkładają się. Stąd wszelka robota z temi ciałami, o ile są one płynne lub w płynach rozpuszczone, jest niezmiernie utrudniona. Jako przykład niech nam posłużą rozmaite surowice swoiste lub niektóre toksalbuminy. Istoty, działające w tych płynach, są nam dotychczas prawie zupełnie nieznanne z powodu trudności, jakie się napotykają przy ich wydzieleniu; musimy więc *nolens volens* posługiwać się ich roztworami w surowicy zwierzęcej lub w bulionie. Istoty te jednak są to połączenia tak niestale, że już ciepłota 50°—60° C. je rozkłada, wyjaławianie więc staje się niepodobnem do uskutecznienia. Zebrać je do kolb wyjałowionych jest rzeczą dosyć łatwą, posługując się np. filtrami CHAMBERLAND'a; ale już zwyczajne przelanie z jednej kolby do drugiej pociąga za sobą niechybne zanieczyszczenia bakteriami, z powietrza spadłemi, lub na brzegach naczynia osiadłemi, nietylko w kolbie, do której przelewamy, ale i w kolbie, z której wyléwaliśmy<sup>1)</sup>.

Starano się zapobiedz temu przez dodawanie do płynów tych środków przeciwnilnych; sposób ten jednak nie jest bez poważnego zarzutu, gdyż płyny te są używane przeważnie do rozmaitych zastrzykiwań u ludzi lub zwierząt; wskutek tego dodatek środka przeciwnilnego w stosunku, któryby powstrzymywał rozwój bakteryi, nie może być zawsze obojętnym dla ustroju, do którego płyn ten bywa wprowadzany, szczególnie, jeżeli większą ilość takiego płynu naraz zastrzykujemy.

Obrano więc ostatecznie, jak się to zwykle dzieje, drogę pośrednią; dodają do tych płynów środków przeciwnilnych tylko w takim stosunku, żeby ilość ich, w jednej dawce płynu zawarta, była dla danego ustroju nieszkodliwa, i starają się zlewać płyny możliwie aseptycznie, a więc nie przez zwykłe przelewanie z naczynia do naczynia, lecz zapomocą wyjałowionej pipety. Metodzie tej jednak można postawić już nie jeden, ale dwa zarzuty, gdyż po za niedostatecznem działaniem środka przeciwnilnego tkwi tutaj oszukiwanie samego siebie. Uspakajamy się wprawdzie twierdzeniem, że przy dostatecznej ostrożności i wprawie można płyn taki aseptycznie zapomocą pipety z naczynia wydostać i do innego wprowadzić, ale jest to wogóle robota niepewna, a wreszcie szybko nużąca.

Potrzeba jest jednak matką wynalazków; starano się zrobić zapomocą przyrządów to, co się nie dało ręką wykonać.

Pierwszy TRESKOW<sup>2)</sup> zbudował przyrząd, który miał zastąpić mozolne odmierzanie zapomocą pipety. Przyrząd jego składa się ze zwyczajnego lejka szklanego, używanego do sedymentacyi, do którego w miejscu, w którym tkwi kran, przylutowana jest boczna pozioma rurka, zaginująca się ku górze, tworząc pionową, wstępującą rurkę z podziałkami. Prócz tego sam kran jest przewiercony w formie litery T, co umożliwia połączenie lejka naprzemian z boczną rurką i tej ostatniej z dolną zstępującą. Przyrząd ten, zbudowany pierwotnie w celu odmierzania płynów, dających się wyjaławiać, np. żelatyny, nie znalazł zastosowania szerszego przy odmierzaniu płynów, które wyjaławianiu podlegać nie mogą, gdyż wymaga on przedewszystkiem, żeby dany

<sup>1)</sup> Szczególnie zdraliwemi okazują się tutaj bakterye, które wraz z pyłem na brzegach naczynia osiadają. Płyn, przelewając się przez brzegi, pociąga je z sobą do naczynia, do którego wlewamy; po skończeniu zaś zlewania, wracając częściami do kolby, z której nalewaliśmy, zanieczyszcza i tę ostatnią.

<sup>2)</sup> HEIM: Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung und Diagnostik. Stuttgart, 1894, str. 64.

płyn był do lejka wiany, a dopiero stamtąd stopniowo w mniejszych ilościach rozlewany; nie usuwa się więc trudności, o której mówiliśmy wyżej. Można by wprowadzić płyn z filtra CHAMBERLAND'a wprost do takiego wyjałowionego lejka zbierać, nie jest to jednak wygodne, gdyż przyrząd TRESKOW'a nie ma powierzchni, na którejby go można było postawić, trzeba by więc było mieć znaczny zapas i lejków i odpowiednich statyw; jest on przytem bezużyteczny dla płynów, które przesączaniu z tych lub innych powodów podlegają.

Następnie KUPRIANOW<sup>3)</sup> podał opis niezmiernie prostego przyrządu, który w znacznej części wszystkim stawianym wymaganiom odpowiada. Składa się on z biurety, której górny otwór jest zatkany korkiem z waty, dolny zaś zapomocą krótkiej rurki gumowej łączy się z małą, rozwidlającą się w dwóch kierunkach rurką szklaną, a więc podobną do odwróconej litery Y. Każde z ramion tej ostatniej jest znów połączone z rurkami gumowymi, na które założone są zaciskacze: jedno — z krótką odprowadzającą, drugie — z długą doprowadzającą rurką. Ta ostatnia znów kończy się rurką szklaną zgiętą, wprowadzoną w korek gumowy, którym zatykamy kolbkę, z której dany płyn czerpać zamierzamy; w korku prócz tego tkwi jeszcze jedna krótka zgięta rurka, zatkana watą. Ustawwszy kolbkę na poziomie górnej części biurety, wpychamy przez tę ostatnią rurkę trochę powietrza; wtedy zaczyna działać syfon i dalsza robota jest już istotnie niemal automatyczna.

Przyrząd ten jest niezmiernie prosty i daje się z łatwością wyjaławiać. Wady jego są następujące: korek gumowy niezawsze daje się do każdego naczynia zastosować, a trudność, jaką przedstawia przesuwanie rurki szklanej w korku gumowym, nie pozwala na zlewanie płynów z naczyń o rozmaitej wysokości. Ten sam wzgląd utrudnia niezmiernie dekantowanie płynów.

LODE<sup>4)</sup>, który również starał się trudności, napotykanę przy rozlewaniu surowicy, ominąć, zbudował przyrząd, który rozlewa dany płyn automatycznie. Przyrząd jego składa się z lejka z kranem, jak w przyrządzie TRESKOW'a, z tą jednak różnicą, że rurka boczna, służąca do mierzenia płynu, jest połączona z lejkiem zapomocą drugiej rurki gumowej, podobnie jak to spotykamy w przyrządzie KUPRIANOW'a. W rurkę tę, odpowiadającą biurecie tego ostatniego autora, wsunięty jest tłok skórzany, w środku przewiercony i połączony z rurką szklaną, stanowiącą drążek dla tłoka. Dolna część tej rurki w tem miejscu, gdzie się ona łączy z tłokiem, jest cokolwiek rozszerzona i w tej części leży swobodnie pływak szklany wewnątrz pusty, ściśle zamykający rurkę - drążek. Umieściwszy lejek, napełniony danym płynem, wyżej niż rurkę, służącą do mierzenia, otwieramy krany: wtedy płyn, wznosząc się w rurce, przechodzi poprzez tłok do rurki-drażka, podnosi pływak i tamuje sobie tym sposobem dalszą drogę; zmieniając odpowiednio położenie kranu, pozwalamy wtedy, żeby odmierzona ilość płynu do innego naczynia spłynęła.

Przyrząd ten posiada, prócz wad przyrządu TRESKOW'a, jeszcze jedną wadę w swej budowie, mianowicie tłok skórzany, który się nie daje zupełnie wyjaławiać w parze. Skóra, jak wiadomo, kurczy się silnie pod wpływem gorąca. Prócz tego niektóre połączenia szkła zapomocą części mosiężnych

<sup>3)</sup> KUPRIANOW: Zur Methodik der keimfreien Gewinnung des Blutserums. Centralblatt f. Bakteriologie und Parasitenkunde Bd. XV. N. 13—14.

<sup>4)</sup> A. LODE: Eine automatische Abfüllburette für Nährlösungen und Hellsrum. Centralblatt für Bakt. u. Parasitenkunde. Bd. XVIII N. 2—3.

są również niezbyt szczęśliwie pomyślane, gdyż utrudniają dokładne oczyszczenie przyrządu.

Znacznie prostszym pod względem budowy jest przyrząd KRETZ'a<sup>5)</sup>. Składa się on z szerokiej krótkiej rury szklanej, której górny otwór zatkany jest korkiem z waty, drugi zaś dolny—korkiem gumowym. W ten ostatni wsunięte są dwie rurki: jedna krótsza, doprowadzająca płyn, sięga niewiele co wyżej ponad poziom korka, druga dłuższa wznosi się ku górze, potem łukowato zagina, tak, że jej otwór wreszcie znajduje się nad otworem krótkiej rurki. Płyn, dopływając przez krótszą rurkę do wnętrza przyrządu, wypełnia dolny odcinek szerokiej rurki, następnie zgiętą łukowato rurkę, wreszcie część jego przez nią odpływa. Przyrząd działa automatycznie i przestankowo. Ilość odpływającego płynu zależy od kalibru i ustawienia rurek.

Przyrząd ten jednak nie odmierza ściśle płynu, jak to zresztą sam autor przyznaje; rurki, doprowadzająca i odprowadzająca płyn, muszą być niezmiernie subtelnie dobrane; wreszcie nie rozwiązuje on zupełnie kwestyi może najważniejszej, mianowicie sposobu aseptycznego wydostania płynu z danego naczynia.

Dziwna rzecz, jak ta właśnie okoliczność mało zwróciła uwagę badaczy. Prześcigali się wszyscy, prócz może KUPRIANOW'a, żeby uprościć sam akt odmierzania płynów, nie pomnąc, że skoro płyn już jest w rurze zawarty, to dalsze z nim postępowanie jest niezmiernie proste, i że odmierzanie płynu wymaga właściwie tylko czasu, a nie bezwzględnej czystości roboty; że nie tutaj leży punkt ciężkości całej sprawy, ale właśnie w sposobie aseptycznego otworzenia naczynia, zawierającego dany płyn, i w sposobie możliwie czystego wydostania tego płynu.

Te względy właśnie skłoniły mnie do obmyślenia przyrządu, któryby tym wymaganiom odpowiadał. Składa się on, jak to obok zamieszczony rysunek wykazuje, z następujących części: klosza szklanego *a*, pokrywającego kolbkę *b*, z której np. dany płyn wydostać zamierzamy; rurki *c*, połączonej z długą rurką gumową *d*; części szklanej *e*, służącej do odmierzania danego płynu; wreszcie statywy *f*, podtrzymującej cały przyrząd.

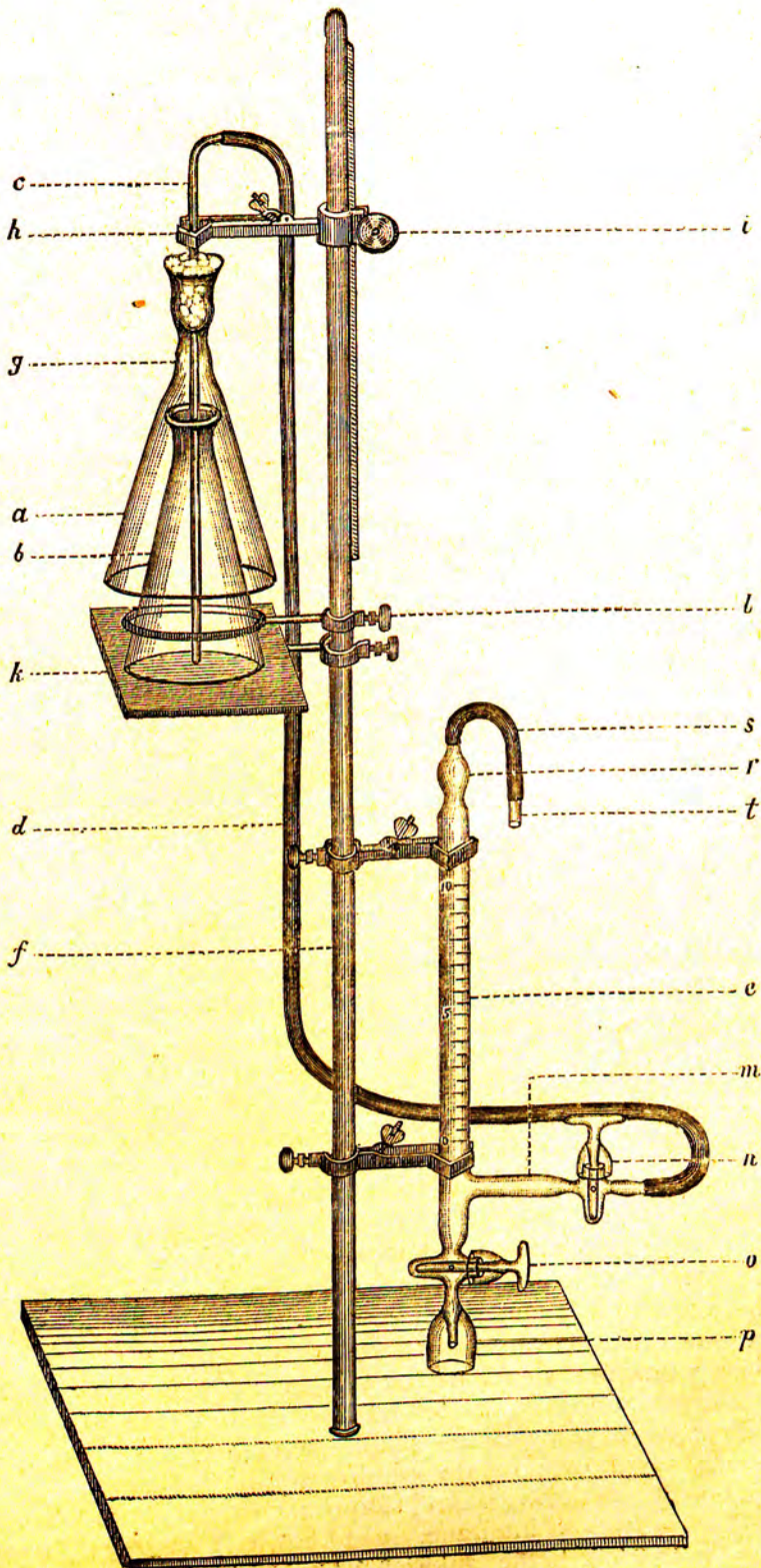
Stożkowaty klosz *a* jest wyciągnięty w górnej swej części w krótką rurkę *g*, w środku przewężoną. Górna połowa tej ostatniej jest zatkana korkiem z waty zwyczajnej. Klosz ten wraz z korkiem odosabia w zupełności daną kolbkę od światła otaczającego; dotyka on tylko zewnętrznego brzegu kolbki, a więc nie strząsa nawet płynu, który na brzegu kolbki mógł osiąść.

Poprzez korek z waty przeprowadzona jest rurka szklana *c*, osadzona w klamrze *h*. Klamra ta wraz z rurką *c*, zapomocą koła zębatego *i* przesuwają się wzdłuż górnej części drąga *f* statywy tak, jak to ma miejsce np. z tubusem mikroskopu.

Kolbka *b* stoi na podstawie *k* i jest utrzymywana w swem położeniu przez klamrę *l*. Rurka *c*, jak to już powiedzieliśmy wyżej, jest połączona z drugą rurką gumową *d*, której dolny koniec jest znów połączony z częścią szklaną *e*.

Ta ostatnia składa się z rurki poziomej *m*, przez którą dany płyn dopływa i opatrzonej kranem *n*, i rurki pionowej, na której są oznaczone podziałki, w ctm. szśc. wyrażone. Dolna część rurki pionowej posiada kran *o* i kończy się cienką rurką wylotową, wlutowaną w mały klosz *p*; górna zaś

<sup>5)</sup> R. KRETZ: Eine handliche und leicht sterilisierbare Abfüllvorrichtung für Kulturflüssigkeiten. Centralblatt f. Bakt. und Paras. Bd. XIX N. 2—3.



jej część posiada rozszerzenie  $r$ , które się wypełnia watą, wreszcie łączy się z krótką rurką gumową  $s$  i jeszcze krótszą szklaną  $t$ . Krany  $n$  i  $o$  są zbudowane podług modelu filtra A. MAASSEN'a i uniemożliwiają przerastanie bakterii i pleśni przez szczeliny kranu, jak to się często w zwykłych kranach zdarza; wreszcie klosz  $p$  osłania rurkę wylotową i może być zatkany korkiem z waty podczas wyjaławiania przyrządu.

Cały przyrząd, naturalnie bez statywy i klamr metalowych, wyjaławiamy w parze (w przyrządzie KOCH'a lub w autoklawie) i ustawiamy tak, jak to na rysunku jest wskazane: podstawa  $k$  powinna być umieszczona nieco wyżej od ostatniej podziałki rurki  $e$ ; pod klosz  $a$  podstawiamy kolbkę z płynem, który wydostać zamierzamy, i zanurzamy w dany płyn rurkę  $e$ . Następnie otwieramy kran  $n$ , zamykamy kran  $o$  i wciągamy ustami przez rurki  $t-s$  tyle powietrza, żeby zaczął działać syfon; zapomocą kranu  $n$  regulujemy wtedy dopływ płynu, a zapomocą kranu  $o$  wypuszczamy odmierzoną jego ilość. W miarę obniżenia się poziomu płynu w kolbce  $b$ , opuszczamy rurkę  $e$  zapomocą koła zębatego  $i$  coraz niżej i w ten sposób dekantujemy dany płyn. Po opróżnieniu całej kolbki zamykamy obydwie krany, podstawiamy pod klosz  $a$  inną kolbkę i znów syfon zaczyna działać w dalszym ciągu.

Przyrząd ten kosztuje około 30 marek; wyrabia go berlińska firma Paul Altmann (Luisenstrasse 52).

## Postępowanie lekarskie przy poronieniach.

Podał na posiedzeniu Tow. Lek. Płockiego d. 30 grudnia 1895 r.

D-r M. Ehrlich.

Niejednokrotnie zdarzało mi się słyszeć utyskiwania kolegów na brak ogólnie przyjętej i ustalonej metody postępowania przy nieprawidłowem wydzielaniu się jaja płodowego z macicy, czy to przy poronieniach, czy też przy porodach niewczesnych. Obierając zatem postępowanie przy poronieniach za przedmiot dzisiejszej naszej dyskusyi, miałem na celu: z jednej strony—oddać pod ocenę kolegów metodę postępowania, jaką sobie wyrobiłem w ciągu mej długoletniej praktyki, a z drugiej strony przyczynić się przez to do wytworzenia przeświadczenia o podstawności postępowania lekarskiego u tych kolegów, którzy dotąd odczuwają pewne pod tym względem braki.

Od roku 1878, t. j. od czasu ogłoszenia pracy FEHLING'a: o traktowaniu poronień, datuje się zwrot ku czynnej interwencji w sprawie wydalenia jaja poronieniowego z jamy macicznej zapomocą odpowiednich narzędzi. Jak zwykle każda nowa metoda postępowania lekarskiego, tak też i metoda FEHLING'a wkrótce zamieniła się w niektórych klinikach na bezwzględną poli-pragmazyę instrumentalną, tak, że niedozwalano żadnemu przypadkowi poronienia odbyć się fizyologicznie—siłami samego organizmu, a natomiast zawsze forsownie wyjmowano jajo płodowe albo palcami, albo różnemi szczypcami, albo też wyskrobywano je zapomocą rozmaitych łyżeczek.

Smutne doświadczenia kliniczne, a mianowicie: mnożące się przypadki przedziurawienia macicy, liczne zakażenia przewodu macicznego oraz zwięk-

szająca się liczba następnych chorób poporonieniowych, sprawiły, że w ostatnich 5—6 latach i na klinikach zaczęto oszczędniej szafować pomocą chirurgiczną. Mamy bowiem, obok bezwarunkowych zwolenników instrumentalnego wyjmowania jaja płodowego i jego przydatków oraz wyskrobywania błony doczesnej (*deciduae*), w klinikach i szpitalach berlińskich zwolenników ściśle wyczekującego postępowania; DÖDERLEIN zaś jest bezwarunkowym przeciwnikiem wszelkiego wyskrobywania wnętrza jamy macicznej po wydaleniu z niej jaja i błon poronieniowych.

Z tego okazuje się, że dotąd ani między klinicystami, ani też między lekarzami prywatnymi żadna nie wyrobiła się metoda jednolita postępowania przy poronieniach. Z tego powodu uważałbym, iż byłoby dla nas nie bez korzyści, gdybyście Szan. Kol. zachcieli podjąć się oceny metody, jaką sobie z biegiem czasu wyrobiłem, jakiej się trzymam w ostatnich latach mej praktyki, a dodatnie wyniki której wielu z kolegów nęcznie stwierdzić mogło.

Dla ułatwienia tej oceny, wypada mi metodę tego postępowania podzielić, odpowiednio do okresów samej sprawy poronieniowej, na 3 po sobie następujące działy: 1) postępowania w okresie krwawień, zwiastujących poronienie; 2) postępowania w okresie wydzielania jaja i błon poronieniowych, i 3) postępowania w okresie poporonieniowym.

Zanim jednak poddam pojedyncze działy tego postępowania rozpatrzeniu Szan. Kol., uprzedzić muszę, że poronienie, t. j. przedwczesne wydalenie jaja płodowego z jamy macicznej nazewnątrz, podobnie jak i każda inna sprawa fizyologiczna, odbywać się może i musi siłami organizmu, bez żadnej interwencji ze strony sztuki lekarskiej. Większa przecież ilość poronień u kobiet wiejskich i służących miejskich nie dochodzi do wiedzy lekarzy, a tylko te przypadki podlegają spostrzeganiu lekarskiemu, w których pewne zбочenia przyrzędu rodnegó czynią sprawę poronienia przewlekłą, połączoną z niebezpiecznymi krwotokami, albo też powikłaną zakażeniem następowem. Idealną zatem metodą postępowania lekarskiego przy poronieniach jest, według mego przekonania i doświadczenia, metoda wyczekująca.

## I. Postępowanie w okresie krwawienia zwiastującego.

Wszelkie, dłużej trwające krwawienie nietypowe z jamy macicznej w pierwszych 3 miesiącach ciąży, może być uważane za przepowiednię przygotowującego się poronienia. Z doświadczenia mógłbym powiedzieć więcej: musi być uważane jako zapowiedź poronienia, powstaje bowiem w największej części przypadków wskutek środków i sposobów, przedsiębranych w celu wywołania poronienia przez osoby zainteresowane. Jedynie tylko ciężę pozamaciczne (zwykle po obumarciu płodu) dają podobne krwawienia; krwawienia zaś przy łożysku poprzedzającym występują zwykle dopiero po 4-ym miesiącu i mają swój typowy przebieg.

Wstępny ten okres krwawienia może trwać od kilku godzin do kilku miesięcy; krwawienie może być bardzo umiarkowane i ograniczać się na kilku plamach, bez widocznego szwanku dla zdrowia, a z drugiej strony może być tak obfite i nadmierne, iż zagraża największem niebezpieczeństwem dla życia.

W każdym przypadku krwawienia macicznego nietypowego uważałem za pierwsze i najważniejsze wskazanie—dokładne zbadanie chorej. Z doświad-

czenia mogę stanowczo stwierdzić, że otwarte zbieranie od chorej danych wywiadowych, etyologicznych i subiektywnych, nietylko do celu nie prowadzi, ale, przeciwnie: chore wszelkimi sposobami odprowadzają lekarza od podejrzenia, jakoby mogły być w ciąży. Wszystkie więc ich podania o miesiączkowaniu, stosunkach małżeńskich i przypadłościach podmiotowych są zmyślane i mają jedynie na celu wyłudzenie od lekarza jakiegoś środka albo rękoczynu, mogącego, według ich przekonania, przyspieszyć poronienie. Tylko wyczerpujące badanie palcem i wzornikiem może dać pewne wskazówki o rzeczywistym stanie rzeczy.

Przy takim badaniu znajdowałem: macicę mniej lub więcej powiększoną; część pochwową nabrzmiałą, zaczerwienioną; ujście zewnętrzne uchylone, nieraz nawet mniej lub więcej rozwarłe, z wyciowaną (ektropionowaną) błoną śluzową; a z ujścia mniej lub więcej znaczny wypływ albo czystej, jasnej krwi, albo też krwi ciemnej, brunatnej, lub ze śluzem zmieszanej. Często, a mianowicie po obrażeniach mechanicznych, znajdowałem część maciczną bladą, nacieczoną, stwardniałą, a trzon macicy również twardy, na dotyk bolesny.

Przy badaniu należy sposobem dwuręcznym dokładnie przekonać się, czy niema ciąży pozamacicznej, którą, jak się przekonałem, spotyka się daleko częściej, aniżeli to podają podręczniki akuszeryjne i statystyki szpitalne. Spozstrzegałem ją bowiem w ciągu mej praktyki 17 razy, zaś w okresie dwóch lat ostatnich tylko — 5 razy. Szczęściem dla dotkniętych nią kobiet, wszystkie kończyły się przez poronienie wewnętrzne do jamy brzusznej, — pomyślnie.

Po przekonaniu się o obecności ciąży, wbrew zaprzeczeniu chorych, postępowanie czyniłem zależnem od stanu macicy. Przy pochyleniach i przecięciach macicy ku przodowi albo ku tyłowi, które często prowadzą, a przy uwięźnięciu bezwzględnie prowadzić muszą do poronienia, uważałem za najważniejsze wskazać macicy możliwie prawidłowe położenie. Wskutek usunięcia tych nieprawidłowości położenia, krwawienie bardzo często do-raznie ustawało samo przez się, a przy spokojnem przeleżeniu przez kilka tygodni, udawało się ciążę doprowadzić do zwykłego kresu. Z pomiędzy setek tak pomyślnie zakończonych przypadków zapowiadającego się poronienia z powodu zbroczeń w położeniu macicy, jeden zasługuje na szczególne wyróżnienie z powodu swego niezwyklego przebiegu.

Do szpitala Ś-tej Trójcy w Płocku odstawiono ze wsi mężatkę 30-letnią, z przewlekłym i ciągłym krwawieniem z części rodnych. Rodziła poprzednio 4 razy; miesiączki nie miała od 5 miesięcy; od 3 miesięcy trapiły ją dolegliwe bóle w dolnej części brzucha i w krzyżu; było wydzielanie się krwawego płynu ze szpary sromnej, zatrzymanie moczu i stolca oraz ciągły wymioty po każdym przyjęciu pokarmów albo napojów. Badanie przedmiotowe wykazało osobę wysokiego wzrostu i silnej budowy, w najwyższym stopniu wychudłą, gorączkującą, niezupełnie przytomną, dzień i noc jęczącą, z językiem i wargami spieczonemi, brunatną skorupą pokrytemi; brzuch kolosalnie wzdęty, na dotyk bolesny, ze szpary sromnej ciągły odpływ cuchnącej, szarawo-brunatnej cieczy. Dokładniejsze badanie szpary sromnej wykazało: z jednej strony ciągły wypływ kroplami brunatnego, mętnego moczu z ujścia cewki, a z drugiej — odpływ krwawo zabarwionego płynu z pochwy. Przez ściany brzuszne wyczuwał się guz, który, wychodząc z miednicy małej, wierzchołkiem sięgał na 4 poprzeczne palce ponad pępek, kształtem i odpor-



nością przypominając macicę w 7-ym miesiącu ciąży. Badanie przez pochwę wykazało wypełnienie małej miednicy ciałem mięsistym, kulistym, które przypierało tylną ścianę pochwy do spojenia łonowego, tak, że palec z trudnością tylko można było wprowadzić poza spojenie łonowe; ani sklepienia, ani części pochwowej nie można było odkryć. Rozpoznano: *retentio urinae et alvi ex reversione completa uteri gravidi V menses*.

Zapomocą cewnika wypuszczono 5—6 kwart ciemno-brunatnego, amoniakalnie cuchnącego moczu, poczem guz nad spojeniem łonowym znikł, a badanie dwuręczne wykazało nieobecność dna macicznego nad wchodem miednicy, natomiast wyczuwało się część pochwową tuż nad i za spojeniem łonowym. Po głębokim uspiciu chorej chloroformem na stole operacyjnym i ułożeniu jej na bok prawy z mocno do brzucha przyciągniętymi kolanami, wprowadziłem do odbytnicy całą rękę prawą; wydostawszy się końcami 2-go i 3-go palca ponad dno maciczne pod samym wzgórkiem krzyżowym (*promontorium*), a resztą palców objąwszy macicę z boków, nagniotłem dno macicy na dół do wyżłobienia dłoni; ściskając następnie macicę palcami i popychając ją ku górze i przodowi, udało mi się przeprowadzić kostki przedpięścia ponad wzgórek. Wtenczas, na umówiony znak, asystujący mi kol. GORSKI szybkim i energicznym pchnięciem ponad spojeniem łonowym od przodu na dół i ku tyłowi wepchnął szyję maciczną pod spojenie łonowe, kiedy ja równocześnie szybkim posunięciem ręki ku górze wyprowadziłem dno maciczne ponad wzgórek. Macica tym sposobem zrobiła *mouvement de bascule* około swej osi poprzecznicowej, ale to z taką energią, że dno jej raptownie wysłiznęło mi się z dłoni.

Ponowne badanie wykazało położenie macicy prawidłowe; ujście zewnętrzne jej rozwarło, przepuszczające palec, z brzegami owrzodziałymi, wydzielając płyn krwa wo-brunatny, wodnisty. Po kilku dniach pobytu w szpitalu ciężarna wróciła do zdrowia, i naczasie urodziła żywe i zdrowe dziecko.

Przy obrzmieniu i stwardnieniu zapalnem macicy, z ujściem rozwartem, odciągnięcie krwi zapomocą nacięć brzegów ujścia macicznego albo też zapomocą pijawek zwykle zmieniało postać rzeczy w ciągu 2—3 dni: ujście się zamykało, krwawienie ustawało, macica miękła i pulchniała, nabierając wyglądu (fioletowego) macicy ciężarnej, tak, że po kilku tygodniach spokojnego leczenia ciąża postępowała zwykłym trybem. Gdzie tego wyniku się nie otrzymywało, tam albo płód już nie żył, albo też chore czyniły na własną rękę dalsze usiłowania pozbycia się ciąży.

W dosyć znacznej liczbie przypadków przyczyną rozpoczynającego się poronienia bywało świeże zarażenie się rzeżączką, szczególnie, jeśli, przechodząc na pęcherz moczowy, wywoływała uciążliwe bóle dęte przy wydalaniu moczu. Energiczne przyżeganie 10% roztworem jodku przewodzącego szyi macicznej, pochwy i cewki moczowej oraz przepłukiwanie pęcherza moczowego roztworem jodku 1:2000, zwykle odrazu usuwało niebezpieczeństwo poronienia; rzadko kiedy potrzebowałem uciekać się do powtórzenia przyżegań; tylko przepłukiwania pęcherza wymagały powtarzań, czasem w przeciągu 2 tygodni.

Przykrą jest rzeczą dla lekarza, że w tym okresie ciąży (1—3 miesiące) w przypadkach rozpoczętego poronienia pozbawiony jest możliwości stanowczego przekonania się, czy płód jeszcze żyje, czyli też już zmarł, co by go upoważniało, w pierwszym razie, do niewzruszonego wytrwania w postępowaniu zachowawczo wyczekującym, a w drugim — zobowiązywało go do jaknajspieszniejszego usunięcia zawartości macicy. Nic też dziwnego! Wie

przecież każdy lekarz praktyk, jak niełatwo jest rozpoznać samą ciążę w pierwszych 3 miesiącach jej trwania. Wobec więc niemożności stanowczego orzeczenia o życiu albo o śmierci płodu, zawsze wytrwale trzymałem się zasady zachowawczo - wyczekującej, pomimo rozwarcia przewodu szyi macicznej, pomimo pozornego odpływu wód płodowych, pomimo odpływów cuchnących z macicy, jeżeli tylko stan ogólny chorych nie był zatrważający. Tej właśnie zasadzie postępowania zawdzięczam, że pomimo pozornych wskazań do śpiesznego ukończenia poronienia, ciąża dotrwała do końca i urodziło się kilkadziesiąt dzieci donoszonych i żywych. Spostrzegałem bowiem dosyć znaczną liczbę kobiet, po większej części nie pierwszy raz ciężarnych, które od początku ciąży przez pierwsze 3—4 miesiące miały mniej lub więcej znaczne krwawienia z macicy. Krwawienia te trzymały się zwykle typu miesiączkowania, w niektórych jednak przypadkach bywały nietypowe. Zwykle w tych przypadkach istniały owrzodzenia ujścia macicznego; po zagojeniu ich przez przyżeganie 10% roztworem lapisu, krwawienia ustawały. Kilka razy przyczyną krwawień bywały narośle ziarninowe albo polipy w przewodzie szyi macicznej; wyskrobanie ostrą łyżeczką albo wycięcie nożyczkami usuwało krwawienie oraz niebezpieczeństwo poronienia.

Jako jeden z ciekawszych przypadków, do tej kategorii należących, pozwolę sobie przytoczyć następujący. Mężatka 28 lat wieku, matka dwojga dzieci, przy trzeciej ciąży, w piątym miesiącu jej trwania, po odczuwaniu ruchów płodu zaczęła doznawać w ciągu kilku dni napadów skurczowych w macicy, jakby przy rozpoczynającym się porodzie. Po każdym takim napadzie skurczów, ze szpary sromnej wypływała dosyć znaczna ilość płynu, z początku krwawo zabarwionego, a później barwy słomkowej. Po upływie tygodnia, gdy wspomniany płyn zaczął się wydzielać coraz obficie, zostałem wezwany. Znalazłem macicę, co do wielkości i położenia odpowiadającą 6-mu miesiącowi ciąży, ujście swobodnie przepuszczało palec aż do jamy macicznej, z której, przy każdym dostrzegalnym pod ręką skurczu macicy, wypływał płyn żółtawy i nieco lepki, jak przy swobodnych przesiekach w jamie otrzewnej. Tętno płodu i ruchy wyraźne. Stan ogólny matki prawidłowy. Ponieważ z powodu ciągłego odpływu chora nie mogła leżeć w łóżku, urządzono półsiedzące położenie na fotelu z podłożeniem kolistej poduszki powietrznej, tak, że płyn swobodnie mógł ściekać do podstawionej miednicy. W 7-ym i 8-ym miesiącu ciąży ilość płynu wynosiła dziennie od 2—3 kwart; stan ogólny ciężarnej przytem nie pozostawiał nic do życzenia. Od połowy 8-go miesiąca po kilka razy na dobę przychodziły napady znaczniejszych skurczów macicy; szyję maciczną znalazłem zupełnie zrównaną, wielką i natyle otwartą, że można było z łatwością wprowadzić 2 palce i oznaczyć położenie czaszkowe płodu. Odtąd pozwoliłem chorej przechadzać się po pokoju; przyczem skurcze maciczne stawały się rzadszymi, a odpływ znacznie się zmniejszył; a od początku 9-go miesiąca prawie zupełnie ustał. Poród nastąpił w czasie zwykłym i bez żadnych zбочzeń urodził się żywy i donoszony chłopiec.

Nie mogę pominąć milczeniem, że w kilkunastu przypadkach bardzo znacznego i zagrażającego życiu krwotoku z macicy ciężarnej, bez żadnych widocznych przyczyn anatomo-patologicznych, w celu uratowania życia chorej, chcąc przyspieszyć wypchnięcie płodu z macicy, — zastosowałem wewnętrznie sporysz albo podskórną ergotyne, *acid. sclerotinic.* z takim wynikiem, że krwawienie się zatrzymywało, ujście maciczne zamykało się, a ciąża dotrwała do zwykłego swego kresu.

Z tego zatem, com dotąd wypowiedział, wynika, że w okresie zwiastującym poronienie, całe moje postępowanie lekarskie ograniczało się na bezwzględny spokój chorej i lekkiej, chłodzącej dyecie. Najwięcej działało tu jednak psychiczne uspokojenie przez poddanie (sugestyę). Przy obfitszem krwawieniu podawałem często *extr. hydrastis canadens.*, po większej części jednak bez widocznego skutku. Sporysz, balsam peruwiański, kwasy mineralne, nalewka BESTUJEF'a, półtorachlorek żelaza okazywały się więcej skutecznymi. (D. n.).

## Dzieje ospy i praktyka jej szczepienia,

podał D-r Tymoteusz Stępniewski.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 20).

Odkrycie JENNER'a, wprowadzając szczepienie krowianki, nie uwzględniło tej niedogodności, że ospa krowia, stanowiąc chorobę efemeryczną, nie może dostarczyć materiału na krocie tysięcy szczepień ludziom; szczepienie znów krowianki humanizowanej okazało się niebezpiecznym, bo jakkolwiek ospy w żadnym przypadku nie sprowadza, to jednak umożliwia przeszczepienie z człowieka na człowieka chorób t. zw. konstytucjonalnych, jak: przymiot, żoły, gruźlica i t. d. Prawda ta, udowodniona obecnie, nie zwróciła na siebie należytej uwagi ogółu w zaraniu szczepień krowianką; gdy jednak spostrzeżono ją, poczęto nawoływać o poprawę złego lub usunięcie wprost szczepień. Zwolennicy JENNER'a zmienili wtedy metodę swego mistrza przez rozmnożenie na krowach, ewentualnie na cielętach, krowianki pierwotnej lub humanizowanej i następnie z cieląt szczepiono nią ludzi.

Wartość tej poprawki spoczywa w tem, że krowiankę pierwotną można rozmnażać dowolnie i do nieograniczonej ilości generacji, a krowiankę humanizowaną nadto—można uwalniać od możliwych zanieczyszczeń drogą przeprowadzania jej przez ustrój cieląt. Przeciwnicy szczepień wywołali tym sposobem potwierdzenie prawdy, że: 1) u bydła rogatego, chorego na księgosusz, nie przyjmuje się prawidłowo ospa; 2) błonica, róża i ropnica, jako łatwo rozpoznać się dające na cielętach, nie grożą zarażeniem; 3) wścieklizna i dysenterya nie mogą być przeszczepione z limfą; 4) gruźlica, wyjątkowo tylko spostrzegana dotąd u cieląt, nie może być przeszczepiona z limfą wobec obowiązkowej sekcji cielęcia po zdjęciu żeń materiału; 5) przymiot nie spotyka się u cieląt i nie można go im zaszczyć z ospą z człowieka (SENFT).

W żadnym z działów medycyny krytyka nie wykazała tyle wpływu na postęp ich oraz doskonalenie, jak w dziale ospy. Wielki JENNER umierał z tem przekonaniem, podzielanem zresztą przez wszystkich uczniów i współczesnych mu zwolenników, że jednorazowe szczepienie chroni szczepionego od ospy naturalnej na całe życie. Rozwój szczepień za życia JENNER'a niedostatecznym był okresem dla stwierdzenia obserwacją, że tak nie jest. JENNER obserwacyi nad szczepionymi przez siebie nie miał czasu przeprowadzić, a przytoczone skądinąd przypadki objaśniał niedostatecznie.

Skorzystali z tego przeciwnicy, utrzymując, że szczepienia wartości nie mają, bo nie ochraniają od ospy naturalnej lat kilka, kilkanaście i więcej po szczepieniu. Z biegiem czasu statystyka przypadków ospy u szczepionych wzrastała; objaśniano to wrodzonymi właściwościami ustroju.

Udowodniony został fakt (przeczący dawnym wierzeniom), że jak na ospę naturalną chorować może człowiek więcej niż raz w życiu, tak i szczepienie ospy zapewnia bezpieczeństwo szczepionemu tylko na czas określony. Pierwsze mianowicie szczepienia chronią na lat kilka do kilkunastu, powtórne na czas nieco dłuższy, a niezbytczne są i szczepienia po raz trzeci. Około 1830-go roku naszego stulecia powtórne szczepienia uznane zostały ostatecznie za potrzebne i wprowadzone były w różnych krajach nieobowiązkowo, a w wojsku pruskim obowiązkowo od r. 1834.

Tak więc dwa kardynalne ulepszenia w metodzie JENNER'a: 1) wprowadzenie do szczepień limfy cielej zamiast humanizowanej (dziecięcej), oraz 2) szczepienia powtórne (*revaccinatio*) — są dziełem przeciwników i krytyków sprawy ospowej. Świat lekarski, pojmując ważność jednego i drugiego, stara się przeprowadzić oba ulepszenia wszędzie. Pomimo tego jednak widzimy, że w ucywilizowanej nawet Europie, zaledwie niektóre kraje wykreśliły zupełnie limfę dziecięcą z rubryki szczepianek, a rewakcytację tylko część inteligencji uznaje i stosuje.

Limfa cieleca i rewakcytacja zapanowały rozległe tam tylko, gdzie wprowadzone zostało prawo obowiązkowego szczepienia.

Blogie skutki takiego prawa wyraziły się zupełnym prawie uśmierzeniem ospy wszędzie, gdzie ono konsekwentnie wykonane zostało.

Obowiązkowe szczepienie w Niemczech, zaprowadzone w r. 1873 po krocio-wych ofiarach z epidemii ospowej po wojnie francusko-pruskiej, odrazu niezmiernie zmniejszyło odsetkę śmiertelności z ospy i prawie wykreśliło ją z rzędu chorób groźnych. Przez lat 10, t. j. do r. 1883 włącznie, na każde 100,000 mieszkańców Berlina przypada mniej niż dwie ofiary z ospy, a w prowincjach mniej niż 3. Wiedeń natomiast traci blisko 100, a prowincye Austrii znacznie więcej jeszcze zmarłych na 100,000 mieszkańców.

Od r. 1877 rozporządzamy odpowiednim materiałem statystycznym i dla Warszawy; jesteśmy zatem w stanie zestawić dane dla miasta naszego z danymi Berlina, Wiednia i Krakowa, a od r. 1886 z danymi Petersburga i Odessy. Porównawcze te stosunki, to jest liczbę zmarłych na ospę z każdych 100,000 mieszkańców, przedstawia załączona tablica dla miast: Warszawy, Petersburga, Odessy, Wiednia, Krakowa i Berlina, upoważniając do wniosku, że: 1) Warszawa, w rzedzie wielkich ognisk ludnościowych, posiada największą śmiertelność z ospy; 2) z powodu położenia swego geograficznego, Warszawa jest niejako węzłem, łączącym epidemie zachodniej i wschodniej Europy. Zwiększanie się też ospy u nas zawsze poprzedzają epidemie jej na Zachodzie.

Znajomość tego zjawiska może mieć dla nas pewne znaczenie, ostrzegając przed ewentualnością wzmożenia się ospy.

Prawo obowiązkowego szczepienia nie przestaje wywoływać protestów w licznych dosyć sferach. Rozbierając bezstronnie wartość argumentów za i przeciw szczepieniom, ogłaszanych przez antagonistów niemieckich, musimy przyznać, że niektóre z nich nie są pozbawione usprawiedliwionej zasady. Między innymi, rozumują przeciwnicy, że, ponieważ szczepienie ospy zrobiło już swoje w Niemczech, gdyż przypadki zaśląbnięć, a tembardziej śmierci, należą do bardzo rzadkich wyjątków, zatem jest słuszna zasada do nieobostrzania szczepienia rygorem obowiązku. Argument rzeczony żywo zajmuje sfery odnośne, które usiłują wyzyskać go na korzyść coraz więcej popularyzowanego projektu zniesienia prawa obowiązkowego szczepienia.

Przeważnie panujące obecnie zdanie, że zniesienie szczepień ochronnych w Niemczech wywołałoby powrót ospy w ich granice, jest, jak dotąd, tylko teore-

Porównawcza Tablica śmiertelności na ospę w przeciągu dziesięciolecia (1886—1896) w Warszawie, Krakowie, Odessie, Petersburgu, Wiedniu i Berlinie z ogółu ludności i na każde 1000 mieszkańców.

MIASTO	1 8 8 6		1 8 8 7		1 8 8 8		1 8 8 9		1 8 9 0		1 8 9 1	
	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę
		Na 1000 Ogółem		Na 1000		Na 1000		Ogółem		Na 1000		Ogółem
Warszawa . . . . .	431572	139 0,323	439174	681 1,550	444814	307 0,690	445770	775 1,738	455952	489 1,072	465272	119 0,255
Kraków . . . . .	71850	8 0,111	74084	3 0,040	74084	3 0,040	75223	1 0,013	76393	0 0	74601	0 0
Odessa . . . . .	194400	49 0,252	251400	3 0,011	263000	8 0,029	272000	35 0,128	276300	18 0,065	295000	12 0,040
Petersburg . . . . .	928016	144 0,155	988016	224 0,226	988016	61 0,061	988016	32 0,032	978309	236 0,241		
Wiedeń . . . . .	780066	196 0,251	790381	65 0,082	800836	62 0,077	811434	13 0,016	822176	51 0,062	1364548	349 0,255
Berlin . . . . .	1315287	0 0	1376339	0 0	1414980	0 0	1453371	0 0	1492162	0 0	1609536	0 0
MIASTO	1 8 9 2		1 8 9 3		1 8 9 4		1 8 9 5		Średnia z dziesięciolecia (1886—1896)			
	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę	Ludność	Zmarło na ospę		
		Na 1000		Na 1000		Na 1000		Na 1000			Ogółem	Ogółem
Warszawa . . . . .	490417	423 0,862	501021	447 0,892	500931	212 0,423	515654	30 0,058	469048	362 0,771		
Kraków . . . . .	76116	47 0,617	77144	161 2,087	78183	4 0,051	78183	46 0,141	75450	28 0,317		
Odessa . . . . .	302000	63 0,020	315900	89 0,028	324500	29 0,089	324500	46 0,141	282400	37 0,131		
Petersburg . . . . .	954400	92 0,096	954400	99 0,103	954400	99 0,103	954400	84 0,088	966696	122 0,126		
Wiedeń . . . . .	1406933	17 0,012	1435931	36 0,025	1465537	18 0,012	1495764	3 0,002	1117360	81 0,072		
Berlin . . . . .	1662237	0 0	1714938	0 0	1767639	0 0	1820340	0 0	1562708	0 0		

tyczne, jako niemające przykładu z przeszłości. Gdyby przyszła do skutku przypuszczalna ewentualność zmiany lub uchYLENIA prawa obowiązkowych szczepień w Niemczech, to przekonalibyśmy się dopiero po raz pierwszy na drodze praktycznej, czy szczepienie ospy danej liczbie pokoleń na zawsze gwarantuje bezpieczeństwo pokoleniom następnym, czy też nie?

### Etyologia ospy.

Istota zarazka ospowego, pomimo licznych poszukiwań, jest dotychczas niewykryta. Stanowi to przeszkodę do ostatecznego udoskonalenia się metody szczepień i oddala chwilę wejścia na porządek dzienny—pytania o seroterapię ospy.

Bakteryologiczne badania limfy ospy naturalnej i krowianki zapoczątkowali: WEIGERT w 1871 r., KLEBS w 1873 i 1879 r., CORNIL w 1879 r., LUGINBUEHL w 1873 i COHN w 1878 r., z niewyraźnymi, lecz stanowiącymi podstawę dla przyszłych badań, wynikami. Takież wyniki dały prace FEILER'a, przeprowadzone w 1883 roku w laboratorium KOCH'a.

Współcześnie z FEILER'em, QUIST w Petersburgu przeprowadził szereg doświadczeń z hodowlami drobnoustrojów limfy humanizowanej i ze szczepieniem mieszaniny ich zwierzętom.

W roku 1885 po badaniach BERREGI, VOIGT<sup>1)</sup> otrzymał czyste hodowle trzech drobnoustrojów z krowianki: 1) szaro-białe; 2) blado-zielone i 3) szaro-żółtawe. Wyniki badań VOIGT'a niewątpliwie zaważą na szali losów ewentualnych odkryć, a więc zasługują na bliższe omówienie. Szaro-białe kolonie według VOIGT'a nie rozrzedzają żelatyny, a zaszczepione cielećtom, wywołują odczyn takiż sam, jak limfa z ospy naturalnej; odczyn ten, po przeszczepieniu z cielećcia na cieleć, staje się coraz wyraźniejszy, aż do 4-go pokolenia, poczem słabnie. Z 4-go cielećcia zaszczepił VOIGT troje dzieci, z wynikiem dodatnim. U jednego z dzieci odczyn wyrażał się rozrzuconą wysypką po cieleć (*vaccina generalisata*). Rzeczone dzieci nabyły, wskutek szczepienia ich tą hodowlą, odporności od ospy, ponieważ wszelkie szczepienia preparatów krowiankowych nie przyjmowały się im.

Autor zwraca uwagę, że własności odczynu na cielećtach, wywołane zaszczepieniem szaro-błedej hodowli z krowianki, podobne są do odczynu po zaszczepieniu limfy z krosty ospy naturalnej ludzkiej. Pod drobnowidzem, pojedyncze osobniki drobnoustrojów VOIGT'a przedstawiają postać mikrokoków, zgrupowanych po 2 i 4, a niekiedy kępkami. Ziarniaki te znajdują się stale w krowiance przyjmującej się. Ze względu na nieprzyjmowanie się szczepień kontrolujących po zaszczepieniu ludziom hodowli szaro-błedej, uważa je VOIGT za mikroby specyficznie ospowe. Blado-zielone hodowle składają się z koków wielkich, a szaro-żółte z małych, rozsianych, lub grupujących się po 2 albo 4. Wyniki poszukiwań VOIGT'a nie były sprawdzone przez innych autorów.

MAROTTO<sup>2)</sup> wydzielił z limfy ospy naturalnej pasorzyta podobnego do *micrococcus tetragenus* i sądzi, że w okresie ropienia rozwijają się w limfie różne bakterie, mikrokoki i t. d.

ZITT wykrył w krowiance ziarniaka, podobnego do wykazanego przez VOIGT'a. Kolonie jego są blado-żółte i nie rozpuszczają żelatyny. Prócz tego ZITT wykazał w krowiance 2 koki: *staphylococcus pyogenes aureus et albus*.

<sup>1)</sup> Deutsch. Medic. Woch. 1885. N. 52.

<sup>2)</sup> Baumgarten's Jahresbericht. 1886. II. S: 36.

GUTTMANN<sup>3)</sup> zajął się badaniami limfy ospy naturalnej ludzkiej. Wykazał w niej stałą obecność mikrobów, znalezionych przez PFEIFFER'a w krowiance (*staphylococcus cereus albus et staphylococcus pyogenes aureus*).

HLAVA<sup>4)</sup> stwierdził doświadczalnie, że w zawartości krost ospy naturalnej u ludzi zmarłych na nią, spotykają się różnego rodzaju drobnoustroje; żaden z nich po odosobnieniu nie był w stanie wywołać u cieląt charakterystycznej krosty, ani odporności. HLAVA badał nie tylko zawartość krost ospowych, ale i krew oraz narządy wewnętrzne (nerki, wątroba). Między wielu mikrobami, przeważnie ropnymi, w późniejszym okresie krost ospowych znalazł i mikroby gnilne. HLAVA wyraża zdanie, że ospa w większości przypadków jest dziełem zakażenia mieszanego, a staje się niebezpieczną wskutek wtargnięcia do ustroju oddzielnie lub z zarazkiem ospowym—mikrobów gnilnych, wywołujących sprawy krwotoczne, ropne lub gnilne.

(d. n.)

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

57. CHANTEMESSE. **Sprawozdanie o wynikach leczenia róży surowicą przeciwpaciorkowcową.** Autor w sprawozdaniu do rady miejskiej Paryża podaje szczegółowe sprawozdanie o wynikach leczenia róży surowicą przeciwpaciorkowcową MARMOREK'a. Od 25. XII. 1894 do 25. XII. 1895 r. w szpitalu 29 bastyonu wszystkich chorych na różę było 1055, z których zmarło 34 (3,2%). Przy leczeniu tylko objawowem, na 145 zmarło 5 (3,45%). Przy leczeniu systematycznym kąpielami zimnymi, na 409 chorych zmarło 16 (3,9%); wanny stosowane były dniem i nocą. Wszystkich było 2600. Chorzy, leczeni surowicą przeciwpaciorkowcową MARMOREK'a z instytutu PASTEUR'a, dzielą się na grupy: 1) z 297 chorych, leczonych surowicą, której siła ochronna równała się 1:7000 (marzec, kwiecień, maj), zmarło 5 (1,7%); 2) ze 107 chorych, leczonych w czerwcu, kiedy surowicy silnej nie było [użyto więc słabszej (1:2000)], zmarło 7 (6,5%), i 3) z 97 chorych, leczonych w listopadzie i grudniu surowicą bardzo silną (1:30000), zmarł tylko 1 (1,03%). Razem więc na 501 chorych, leczonych surowicą, zmarło 2,59%. Tym sposobem śmiertelność przy leczeniu tylko surowicą była mniejsza, aniżeli przy innych sposobach leczenia. Przytem wyniki były tem lepsze, im mocniejsza była siła ochronna surowicy, wypróbowana poprzednio na zwierzętach. Autor zapewnia, że przy użyciu silniejszej jeszcze surowicy śmiertelność jeszcze bardziej się obniży. Objawy niepożądane pojawiały się tylko wówczas, kiedy surowicę przygotowano z krwi, wziętej z konia zbyt prędko po ostatnich szczepieniach. W takim razie w miejscu zastrzyknięcia występował ból, obrzmienie i wysypka (pokrzywka, rumień). Po surowicy zaś, przygotowanej w czasie właściwym, nigdy nie zauważono powyższych przypadłości; u dwóch tylko chorych widoczne było zaczerwienienie skóry w miejscu zastrzyknięcia przez kilka godzin. Jednemu choremu z ropnym, paciorkowcowym wysiękiem opłucny, wstrzyknięto w ciągu 15 dni 300 ctm. szśc. surowicy bez żadnych złych następstw. Przy leczeniu surowicą, najczęściej w ciągu pierwszej doby, rzadziej po 2 lub 3 dniach, czerwonosć, obrzmienie i ból wyraźnie zmniejszają się; łuszczenie się skóry w postaci grubych łusek przyspiesza się niekiedy; zresztą objawy miejscowe na obwodzie nie przestają się rozszerzać i ustępują dopiero po następnych wstrzykiwaniach. Ropienie w skórze, dotkniętej różą, przy

<sup>3)</sup> Virchow's Archlw. 1886.

<sup>4)</sup> Sborník lékařsky. 11. 1887.

leczeniu surowicą zdarza się bardzo rzadko; jeżeli zaś ono miało już miejsce przedtem, to jednakże nie znika zaraz, choć staje się mniejsze. Ogólny stan szybko się poprawia, objawy nerwowe, a szczególnie bredzenie znacznie się zmniejsza. Ciepłota opada niekiedy po kilku godzinach, rzadko trwa 2—3 dni. Tętno staje się wolniejsze i mocniejsze; osłabienia, przyspieszenia lub nieprawidłowego tętna nie widziano ani razu. Białka w moczu, jeśli go przedtem nie było, również nie widziano; w przypadkach, w których niedawno istniało, pod wpływem surowicy w ciągu 36—48 godzin znikało z moczu.

Leczenie surowicą okazało się zbawiennem i względem powikłań ze strony zajętych gruczołów chłonnych i nawrotów samej choroby. Powiększone gruczoły w przypadkach leczenia surowicą szybko wracają do stanu prawidłowego, jeśli w dalszym ciągu wstrzykiwać będziemy małe dawki surowicy. Od nawrotów, które niekiedy tak uporczywie występują, można się uchronić, wstrzykując również małe dawki surowicy w pewnych prawidłowych odstępach czasu.

Zwykła ilość surowicy, potrzebna dla chorego dotkniętego różą, waha się między 20—40 ctm. szśc. Niekiedy wystarcza mniejsza ilość, w niektórych zaś razach potrzebna jest i większa.

(*La semaine médicale* 1896 N. 1).

J. Sz.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 14 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) BREGMAN — przedstawienie chorego z przypuszczalnym próchnieniem kręgów (*caries sicca*). 2) NEUGEBAUER — a) przedstawienie kamienia moczowego; b) przedstawienie usunętej macicy z rakiem trzonu; c) przedstawienie chorej z wypadniętą ścianą pochwy. 3) Prof. KOSIŃSKI — a) przedstawienie chorej po wycięciu pęcherzyka żółciowego; b) przedstawienie nerki rakowato zwyrodniałej; c) przedstawienie torbieli przyjajnikowej. 4) JASIŃSKI — przedstawienie preparatu z powiększonymi gruczołami okołotchawicowymi. 5) SOKOŁOWSKI — „Przyczynę do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtań i tchawicy“.

1) Kol. BREGMANN przedstawił 38-letniego chorego, szewca z zawodu, u którego od lat 4-ch zaczęło się rozwijać łukowate skrzywienie górnej grzbietowej i szyjowej części kręgosłupa. Znaczniejszych bólów nie miewa, uskarża się tylko na parestezye w kończynach dolnych i górnych i tułowiu. Gdy leży, zjawia się też drętwienie w tyle głowy. Od roku ma chory pewną ociężałość w nogach. Odruchy kolanowe nie są wzmożone, odruchy stopowe dosyć silne. Przechodząc do rozpoznania, mówca przedewszystkiem wyłącza spastyczny skurcz mięśnia sutko-objczykowego i skrzywienie zawodowe, a zatrzymuje się na rozpoznaniu suchego próchnienia kręgów (*caries sicca*).

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił: a) kamień moczowy, który wytworzył się dokoła wolnych dwóch końców podwiązki, gdy sam węzeł nitki jedwabnej pozostał wolny. Kamień ten, wielkości ziarnka grochu, wydobyła sama chora z cewki moczowej; b) macicę usuniętą u 44-letniej panny wskutek raka (*carcinoma corporis uteri*). Macicę usunął mówca drogą operacji pochwowej; c) chorą, u której usunięto macicę z powodu raka. Nawrotu raka niema, jest za to wycięcie pochwy, wielce podobne przy powierzchownem badaniu do wypadnięcia macicy.

3) Prof. KOSIŃSKI przedstawił: a) chorą, u której przed półtora rokiem usunął pęcherzyk żółciowy z 26 kamieniami. Chora ta, sądząc, że znów zjawia się u niej żółtaczka, zgłosiła się do mówcy. Śladów żółtaczki prof. K. nie znajduje, a stan ogólny chorej jest dobry; b) przedstawił rakowato zwyrodniałą nerkę, pochodzącą od 36-letniego chorego, który przed 15-tu laty miał zatrzymanie moczu i mocz



krwawy. Zaburzenia te wtedy przeszły i dopiero przed 8-ma miesiącami zauważył chory krew w moczu i zaczął doznawać bólów. Bóle się wzmagaly i doszły do tego stopnia, że morfina ulgi nie przynosiła. Zbadano chorego w uspieniu i przekonano się, że istnieje guz w okolicy nerki. Dwa razy dokonywane badanie moczu, nowotworowych komórek nie wykazało. Na preparacie widać, że górna część nerki jest rakowato zwyrodniałą; c) przedstawił wreszcie torbiel, pochodzącą z *parovarrium* i tem się odznaczającą, że absolutnie żadnych zrostów nie miała i dała się wyluszczyć, jak orzech z łupiny.

4) Kol. JASIŃSKI przedstawił wycięte przy sekcji płuca z przelykiem i nadmiernie powiększonymi gruczołami tej okolicy, od 7 - letniego chłopca pochodzącego, matka którego opowiadała, że chory po wypiciu ługu od dłuższego czasu przyjmować pokarmów nie może. Badanie zgłębnikiem rzeczywiście wykazało zwężenie przelyku i mówca był przygotowany do wykonania gastrostomii. W przeddzień jednak operacji chłopiec z wielkim apetytem i z łatwością przyjął sam pokarmy. Wtedy przypuszczano, że wobec stąpienia między kręgosłupem a łopatką u skrofulicznego dziecka istnieje powiększenie gruczołów, otaczających przelyk. Sekcja rozpoznanie to potwierdziła.

5) Kol. SOKOŁOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani i tchawicy“. Mówca, zaznaczywszy na wstępie, że praca niniejsza jest niejako potwierdzeniem przypuszczeń co do istoty sprawy, opisaney przez niego przed dwoma laty, rozbiera szczegółowo przypadek świeżo spostrzegany. 19-letni chłopiec przy pracy dostał chrypki, a następnie kaszlu i duszności, wzmagającej się stopniowo. Zjawiły się napady zaduszania, szczególnie nocą. Badanie krtani wykazało: zaczerwienienie strun fałszywych, zaczerwienienie i zgrubienie strun prawdziwych, które zlewają się z mocno zgrubiałą błoną śluzową okolicy podgłośniowej krtani, tworząc tym sposobem mocne zwężenie głośni; na błonie śluzowej okolicy podgłośniowej widać szaro-zielonawe strupy zaschniętego śluzu, które przyczyniały się do większego zwężenia okolicy podgłośniowej. Gdy w dniu 3. XI. roku zeszłego wystąpił napad zaduszania, dokonano najpierw przecięcia tchawicy, a następnie d. 7. XI. kol. KIJEWSKI dokonał rozcięcia krtani i wycięcia przerostych części błony śluzowej. Po otwarciu krtani okazało się, że górny jej odcinek był niezmienny, a cała sprawa polegała na zgrubieniu strun i rozroście błony śluzowej okolicy podgłośniowej. Kol. K. wyciął nożyczkami przerosłe części, które, badane bakteryologicznie, wykazały obecność gronkowca złocistego. Badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków wykazało: nabłonek wielowarstwowy płaski, miejscami mocno zgrubiał, tkanka łączna pod nabłonkiem w górnej części mocno nacieczona, głębiej zaś zbita, twarda, miejscami nacieczona, naokoło naczyń i przewodów gruczołowych nacieczenie bardzo silne. W grudniu u chorego wystąpiły objawy ostrego nieżyty oskrzeli i chory 23. XII. wobec zwiększającego się kaszlu i duszności zmarł. Badanie pośmiertne krtani wykazało: w części po nad strunami prawdziwymi widocznych zmian niema, struny głosowe nieco zgrubiałe, poniżej strun na przestrzeni około 8 ctm. błona śluzowa mocno zaczerwieniona, zgrubiała, nierówna, chropawa; na przekroju widoczne zgrubienie całej ściany krtani i tchawicy, skutkiem czego wytworzyło się zwężenie w postaci pierścienia, sięgające do 4-ej chrząstki tchawicy; poniżej zwężenia błona śluzowa tchawicy okazała się zgrubiałą, czerwoną, twardszą niż zwykle i na niej na ścianach bocznych i tylnej widać wysepkowate wyniosłości, ograniczone, miękkie, soczyste. Zmiany drobnowidzowe w dolnej części krtani i w tchawicy były wszędzie jednakowe; wszędzie nabłonek błony śluzowej do górnej części oskrzeli był zmieniony na wielowarstwowy płaski, o różnej grubości. W nabłonku

wszędzie były leukocyty. Pod nabłonkiem wszędzie widać brodawki z dość mocnym nacieczeniem leukocytami. Naczyń krwionośnych dość dużo. Gruczoły śluzowe miejscami powiększone. Drobnoustrojów w błonie śluzowej i podśluzowej nie wykryto.

Mówca wyprowadza wnioski następujące: 1) cierpienie to uważać należy za zapalenie rozrostowe okolicy podgłośniowej krtani pochodzenia bliżej nieznanego, a *bacillus rhinoscleromatis* nie jest wyłączną przyczyną spraw podgłośniowych; 2) poglądy STOERK'a nie zawsze mogą być uwzględnione; 3) w przytoczonym przypadku sprawę w tchawicy uważać należy za dalszy ciąg sprawy podgłośniowej. Sprawę tę uważać należy raczej za sprawę natury specyficznej, o momencie etyologicznym dotychczas nieznanym; 4) leczenie chirurgiczne spraw tych przewyższa wszystkie dotychczas stosowane metody.

W dyskusji zabierali głos: kol. SREBRNY, prof. BRODOWSKI, prof. KOSIŃSKI, prof. BARANOWSKI, kol. LUBLINER i kol. KRYSIŃSKI. Jedni podnosili, że zaziębnienie w etiologii tego cierpienia nie odgrywa wybitnej roli, inni zwracali uwagę na przypuszczalny przymiot, jako na czynnik, wywołujący to cierpienie. Kol. KRYSIŃSKI zaznaczył, że wobec braku wybitnej cechy, świadczącej o przymiocie, sądzi, że o takich sprawach mówić można, że warunkują się zmianami, które są podobne do przymiotowych, ale nie można twierdzić, że są niewątpliwie pochodzenia przymiotowego.

Posiedzenie z dnia 21 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — a) przedstawienie jajowodu; b) torbieli skórzastej; c) macicy usuniętej z powodu włóknaka; d) 5 kamieni żółciowych. 2) ORŁOWSKI Wacław — przedstawienie przyrządu do automatycznego rozlewania płynów wyjałowionych. 3) NEUGEBAUER — „W kwestyi męskiego uwłosienia u kobiet“. 4) REJCHMAN — „O prześwietlaniu żołądka“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił: a) jajowód, zawierający wśród krwisteku jajo płodowe z 6—7 tygodniowym płodem. Chora lat 38 licząca, przez 6 tygodni miewała stałe krwawienia i silne bóle po prawej stronie brzucha; b) przedstawił torbiel skórzastą jajnika prawego, usuniętą u 29-letniej chorej wielorodki; c) przedstawił macicę, usuniętą z przyczyny włóknaka, w stanie rozkładu będącego. Operację rozpoczęto przez pochwę, lecz z powodu wielkości guza zmuszony był mówca dokończyć operację przez cięcie brzuszne; d) przedstawił pięć kamieni żółciowych, które znaleziono w jamie ropnia przedotrzewnowego. Prawdopodobnie nastąpił w danym razie zrost pęcherza żółciowego ze ścianą otrzewny, przedziurawienie ostatniej i wytworzenie się ropnia w ścianie brzusznej, dokąd dostały się kamienie.

2) Kol. ORŁOWSKI przedstawił przyrząd własnego pomysłu, do automatycznego rozlewania płynów wyjałowionych. Opis tego przyrządu wraz z rysunkiem podajemy w dzisiejszym numerze „Medycyny“.

3) Kol. NEUGEBAUER wypowiedział odczyt: „O uwłosieniu męskiem u kobiet“. Odczyt poparł licznymi fotografiami i rysunkami, i szczególną zwrócił uwagę na liczne już do tej pory spostrzeżenia w tym kierunku dokonane.

4) Kol. REJCHMAN odczytał pracę: „O prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych“ i zarazem robił doświadczenia na chorym z prześwietlaniem żołądka czczego i napełnionego 500 ctm. wody. W pierwszym doświadczeniu widać było płamę świetlną niewielką (około 6 ctm.), która przy coraz większym zagłębianiu dyafanoskopu przesuwiała się po krzywiźnie wielkiej. Przy napełnionym zaś żołądku widać było jedną dużą płamę świetlną. Prześwietlić się daje nie tylko średnia i dolna część żołądka, lecz i górna, która się znajduje w przestrzeni półksiężycy-

wej TRAUBE'go. Na zasadzie licznych badań, w tym kierunku przeprowadzonych przychodzi mówca do wniosków następujących: 1) czyż żołądek wcale skurczony nie jest i ukryty w podżebrzu lewym, lecz zajmuje znaczną część okolicy nadpępkowej i wielką krzywizną sięga poniżej pępka. W tym stanie i na tej przestrzeni żołądek prawie nigdy opukać się nie daje, a zatem zapomocą metody opukowej nie można sobie wyrobić należytego pojęcia o granicach żołądka czczego; 2) po napełnieniu żołądka wodą, krzywizna wielka nie opuszcza się ku dołowi, jak to dotychczas sądzono, lecz podnosi się do góry, co stanowi dowód, że kurczliwość żołądka, wywołana napełnieniem, nie pozwala na rozciąganie ściany żołądka i opuszczanie się tegoż skutkiem zwiększonego ciężaru. Tylko w żołądkach atonicznych granica dolna znajduje się na jednakowym poziomie albo też niżej, niż dolna granica żołądka próżnego. Narządy sąsiednie, jakoto: wątroba, śledziona i kiszki, nie przepuszczają promieni świetlnych (kiszki niewiele ich przepuszczają); sieć zaś i ściana brzuszna, jak dowiódł SCHWARZ, zawierając tkankę tłuszczową, nie tylko przepuszczają promienie, lecz ostatnie, załamując się w nich, biegają w kierunku odśrodkowym i wychodzą na znacznie rozleglejszej przestrzeni od powierzchni, na którą pierwotnie padły. Im grubszą będzie warstwa tkanki tłuszczowej, tem większą będzie plama świetlna na skórze.

W dyskusyi, która zabrała część czasu posiedzenia następnego, zabrał pierwszy głos kol. ZIĘLIŃSKI Edward i zwrócił uwagę, że określenie granic wątroby i śledziony przez opukiwanie nie jest dokładne, więc i wyniki badań kol. R., sprawdzane tą drogą, mogą być również niedokładne. Co się zaś tyczy podnoszenia się dolnej granicy żołądka, przy jego napełnianiu, ku górze, to następuje to wskutek skręcenia żołądka wokoło osi podłużnej, tak, że brzeg dolny w tych warunkach staje się przednim.

Kol. GRUNDZACH zapytał, czy znane są mówcy prace MEILERT'a, KERNING'a i BOAS'a, którzy niekorzystnie odzywają się o nowej tej metodzie.

Kol. REJCHMAN odpowiada, że znane mu są te prace, lecz uważa, że są zbyt słabo opracowane, by poważnie się z nimi liczyć można było.

Kol. CIĄGLIŃSKI zwrócił uwagę na pewne niedokładności co do fizycznej strony spostrzeganych przez kol. R. zjawisk. Zdaniem mówcy trzeba odróżniać dwa całkiem odmienne zjawiska: przełamywanie promieni światła od odbijania promieni, naprzykład od luster płaskich, wklęsłych lub wypukłych. Znaczniejsza szerokość rąbka świetlnego, spostrzeganego w doświadczeniach, czynionych u ludzi z obfitszą warstwą tłuszczową, zależy od odmiennych warunków odbijania promieni światła, podobnie, jak to ma miejsce przy doświadczeniach ze zwierciadłami okrągłymi.

Kol. WOŁKOWICZ, wychodząc z założenia, że dolna granica żołądka, napełnionego płynem, podnosi się ku górze, i że zjawisko to zależy według kol. R. od kurczliwości ściany żołądka, zwraca uwagę, że analogicznie, jak to ma miejsce i przy napełnianiu pęcherza pustego o miękkich i podatnych ścianach, odgrywa i tutaj wybitną rolę i sprężystość tkanki. Przy wypełnianiu zdrowego żołądka ściany jego są nie tylko sprężyste, lecz nawet kurczliwe, i wymiar pionowy żołądka zmniejszać się będzie kosztem dwóch innych wymiarów, a przedewszystkiem kosztem przednio-tylnego. Na ostatnią okoliczność kol. R. nie zwrócił uwagi. Wbrew mniemaniu kol. CIĄGLIŃSKIEGO sądzi mówca, że w doświadczeniach kol. R. mamy do czynienia z załamywaniem się promieni, a nie z odbijaniem, mylnie jednak, zdaniem mówcy, sądzi kol. REJCHMAN (wraz ze SCHWARZ'em), że plama świetlna wydaje się nam większą od rzeczywistej, dlatego, że promienie, przechodząc przez warstwę tłuszczową, załamują się mniej lub więcej, gdyż zjawisko to zależy od tego,

że w tkance tłuszczowej promienie rozpraszają się w ilości daleko większej, niż w skórze. Tkanka tłuszczowa w danym razie odgrywa tu widocznie taką rolę, jaką odgrywa pomieszczone przed źródłem światła szkło mleczne lub naczynie mlekiem lub zawiesiną napełnione.

Kol. KRYSIŃSKI zwraca uwagę, że sprawę takiego lub innego załamywania się promieni w ścianie brzucha omawiać jest trudno, gdyż nie można nawet w przybliżeniu określić drogi, jaką przyjmują promienie przy przejściu przez ścianę brzuszną; mniejszy lub większy rąbek świetlny, jaki widzimy, zależy w znacznej mierze od oddalenia lampki od ściany brzucha. Dlatego też piętno świetlne nie daje dokładnego pojęcia o rzeczywistych granicach żołądka. Metoda prześwietlania, zdaniem mówcy, powinna być przede wszystkim wypróbowana na trupach, gdyż tą drogą może się uda rozstrzygnąć pytanie, o ile dokładnie określa ona rzeczywiste wymiary żołądka.

Prof. BARANOWSKI, przypominając, że prześwietlenie jam ciała dało już wyniki dodatnie, naprzykład prześwietlenie jamy HIGHMOR'a przez HERYNGA, zwraca uwagę jednak, że rozpoznawanie granic i położenia żołądka jest trudne i nigdy nie da się określić ściśle przez opukiwanie. Zrozumiałe jest usiłowanie znalezienia innej metody pewniejszej, za którą jednak, wobec dotychczasowych badań, nie można uznać metody prześwietlania.

Kol. HERYNG na następnem posiedzeniu przypomniał znaczenie dyafanoskopii przy prześwietlaniu jam ciała, zwrócił uwagę na korzyści, otrzymywane obecnie z zastosowania tej metody przy rozpoznawaniu chorób zatoki szczękowej i, opisawszy najnowsze ulepszenia samych przyrządów, zakończył swe przemówienie zdaniem, że prześwietlenie żołądka odda wielkie przysługi przy badaniu tego narządu.

W odpowiedzi na to przemówienie kol. KRYSIŃSKI zwrócił uwagę, że analogia między prześwietlaniem zatoki szczękowej i żołądka jest tylko pozorną: w pierwszym razie idzie tylko o to, czy promienie lampki przejdą przez jamę lub nie, w ostatnim—idzie o wymiary prześwietlanego narządu. Efektowne jest doświadczenie z posuwaniem lampki po krzywiźnie wielkiej, ale i tu, nie mając pojęcia o sile łamliwej promieni w ścianie brzusznej, nie można być pewnym, czy lampka znajduje się rzeczywiście tam, gdzie ją widzimy. Nie zgadza się również mówca na zdanie kol. HERYNGA, jakoby wielkość piętna nie zależała od odległości źródła światła; o mylności tego zdania łatwo się przekonać, umieszczając świecę po za arkuszem papieru w różnych od niego odległościach.

Prof. BARANOWSKI, chcąc skierować dyskusję na omawianie strony klinicznej prześwietlania, zaznaczył, że nawet błędnie objaśniając istotę faktów fizycznych, wykazać można praktyczną pożyteczność fizycznej metody badania. SKODA i POKRY pomimo błędów, na które oburzać się może fizyk, rozbierając fizyczną stronę opukiwania i wysłuchiwania, dobrze rozpoznawali zmiany w płucach i niejedną dobrą wskazówkę nam dali. Podobnie prześwietlenie: pomimo teoretycznych zarzutów należałoby uważać tę metodę za dobrą, gdyby oddawała usługi dyagnostyce lekarskiej. Tymczasem lepsze wyniki, niż przy prześwietlaniu, otrzymać można przy wypełnianiu żołądka gazami, nawet starym sposobem FRIEDRICH'S'a.

Kol. BRUNER Mikołaj, zwracając uwagę na niedostateczne natężenie światła w lampce dyafanoskopu, radzi próbować lampki o większym natężeniu, naprzykład 60-cio woltowe = 16 świecom.

## O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. kwiecień r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 22 (m. 12, k. 10); przybyło w kwietniu 75 (m. 38, k. 37); wypisało się 53 (m. 29, k. 24); zmarło 4 (m. 1, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 40 (m. 20, k. 20).

Ogólna liczba chorych była większa, aniżeli w miesiącu ubiegłym i w tymże samym miesiącu roku zeszłego, a to głównie z powodu częściej występujących ospy i odry. Pierwszej mieliśmy przypadków 12 (m. 6, k. 6), z których 8 u osób nieszczepionych, z nich zmarło 2. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Nowolipki 81, Elektoralna 27, Plac wojenny (dom roboczy), Leszno 1, Średnia 3, Przejazd 2, Plac Warecki 3, Chłodna 18, Wielka 36, Prózna 3, wieś Koło u Zagrob.

Najliczniejszą rubrykę w dalszym ciągu stanowiła róża, której mieliśmy przypadków 17 (m. 12, k. 5) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Wszystkie zakończyły się pomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Chmielna 56, Dzielna 33, Przyokopowa 9, Waliców 32 (2 przypadki), Wolska 35 i 4, Aleksandrya 20, Krucza 5, Ciepła 13, Towarowa 46, Freta 42, Solec 44, Furmańska 16.

Częściej znacznie, niż w ubiegłym miesiącu, występowała odra. Mieliśmy jej przypadków 14 (m. 10, k. 4), wszystkie u dorosłych, jeden z nich zakończył się śmiercią. Chorzy przybyli z ulic: Trębacka 11, Chmielna 35, Grzybowska 51, Freta 51, Leszno 104, Kaliksta 3, Twarda 12, Plac Warecki 3, Chłodna 24, Królewska 31, Nowy Świat 26, Rybaki 12, Hoża 5 i Stare Miasto 25.

Częściej również widywaliśmy biegunkę krwawą, której mieliśmy przypadków 5 (m. 4, k. 1), pomyślnie zakończonych, z ulic: Piękna 18, Przytułek noclegowy na Pradze, Smocza 23 i Hoża 18.

Tyfusy w dalszym ciągu bardzo rzadko widzujemy. Dwa odnotowane przypadki tyfusu wysypkowego (Browarna 21 i Pańska 14) pochodzą z prowincyi i zakończyły się pomyślnie. Jeden przypadek tyfusu brzuszego również odnosi się do chorego przyjeźdnego.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po jednym przypadku ospy wietrznej, karbunkułu, płonicy i gruźlicy, oraz 4 przypadki zapalenia płuc włóknikowego i 5 *anginae follicularis*.

Z niewłaściwie skierowanych do nas chorych mieliśmy: 2 przypadki nieżytu kiszek, oraz po jednym: nieżytu oskrzeli, wrzodu okrągłego żołądka, histeryi, *osteomyelitis*, ostrego otrucia sublimatem i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 13 (m. 8, k. 5).

J. Sz wajcer.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Dnia 6 grudnia 1895 r. w ces. król. towarzystwie lekarzy w Wiedniu prof. CHROBAK zdał relację z trzech przypadków zastosowania surowicy antystreptokokowej MARMOREK'a. Ujemnych wpływów nie zauważono żadnych, we wszystkich trzech przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Spostrzeżenie pierwsze dotyczyło rodzącej dotkniętej różą, drugie zakażenia septycznego ostrego po cięciu brzuszem w celu myotomii dokonaniem; chorej tej zastrzyknięto 31 grm. su-

rowicy. Spostrzeżenie trzecie dotyczyło gorączki połogowej po trudnym porodzie kleszczowym i kefalotrypsyi. Chora ta miewała dreszcze po 4 razy dziennie; po zastrzyknięciu surowicy dreszcze zjawyły się tylko jeszcze raz jeden i były przytem słabsze; wkrótce ciepłota obniżyła się; po 12 dniach wywiązało się zapalenie okołomaciczne. Był to przypadek ciężkiego zakażenia.

Fr. N.

## Wiadomości bieżące.

— W dniu 16 b. m. otwarto w Warszawie drugą Wystawę higieniczną. Z powodu niepełnego skompletowania dotychczas niektórych działów tej wystawy, obszerniejsze o niej sprawozdanie umieścimy w jednym z następnych numerów naszego pisma.

— Kol. Antoni ŚMIECHOWSKI został mianowany lekarzem miejscowym szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie na miejsce ustępującego z tego stanowiska po latach 6-ciu kol. ŚWIĄTECKIEGO.

— Opuściły prasę następujące książki:

- 1) A. BECK i N. CYBULSKI. „Dalsze badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej“. Kraków. Nakład Akademii umiejętności. Stron 84, rysunków w tekście 17 oraz jedna chromolitograficzna tablica. O doniosłych tych badaniach poda czytelnikom naszym specjalny sprawozdawca obszerniejsze wiadomości. 2) Prof. Ant. GLUZIŃSKI. „Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki“. Kraków r. 1896. Nakład wydawnictwa dzieł lek. polskich. Stron 120, z krzywymi w tekście. Dzieło to będzie również przedmiotem rozbioru w naszym piśmie. 3) E. BIERNACKI. „Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych“. (Praca uwieńczona nagrodą im. KOCZOROWSKIEGO). Odb. z Pam. Tow. Lek. Warsz. r. 1896. Str. 200. 4) W. DANIEWSKI. „Solec, wody alkaliczne siarczano-słone, zawierające jod, sól gorzka i sól glauberską“. Stron 90. Rzecz obszernie opracowana, z podaniem najnowszej analizy źródeł i porównawczem uwzględnieniem wód innych, do tejże kategorii co Solec należących. Dobry i wyczerpujący przewodnik dla lekarzy i osób na kuracyę do Solca się udających.

Strona finansowa pobytu chorych również uwzględniona. 5) D-r M. FLAUM. „Ludwik PASTEUR, jego życie i działalność naukowa“. Warszawa, str. 68. Ze wszystkich życiorysów uczonego męża, dotąd po polsku ogłoszonych, jest to praca najobszerniejsza, w chronologicznym porządku wszelkie naukowe odkrycia PASTEUR'a podająca. Napisana interesująco i treściwie; może być uważana zarazem jako obraz, przedstawiający wiedzę w czasach przed i po PASTEUROWSKICH. Każdy lekarz i przyrodnik pracę tę z wielką korzyścią odczyta. Wykład jasny, opracowanie staranne.

— Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu odroczył na wniosek D-ra F. CHŁAPOWSKIEGO zjazd lekarzy i przyrodników polskich, w Poznaniu odbyć się mający, do roku 1898.

— Prof. d-r S. DOMAŃSKI w № 19 „Przeglądu Lekarskiego“ zawiadamia, iż kończy w tym numerze pracę swą redaktorską, dziękując wszystkim współpracownikom za radę i czynny udział w wydawnictwie czasopisma, które redagował.

— Redaktorem „Przeglądu Lekarskiego“ w Krakowie został D-r KWAŚNICKI.

— Nakładem Alfreda HOELDER'a w Wiedniu zaczął wychodzić nowy zbiorowy podręcznik p. t. „Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie“. Udział w tem wydawnictwie przyjmują pierwszorzędni specjaliści europejscy. Dzieło składać się będzie z 3 tomów.

— Ministerjum wojny w Anglii postanowiło zaopatrzyć wszystkie szpitale polowe, przeznaczone do Afryki, w przyrządy niezbędne do otrzymywania fotografii sposobem ROENTGEN'a.

## Od Redakcyi.

Od dnia 23 b. m. wszelkie listy, dotyczące spraw naukowych oraz artykułów dla „Medycyny“, winny być nadsyłane pod adresem: D-r med. M. Sadowski, Krakowskie Przedmieście N. 7 w Warszawie.

# ZARZĄD GŁÓWNY

## Dobro i Interesów

### M. i L. hr. Krasińskich

podaje do wiadomości, iż od dnia 25-go kwietnia 1896 r. dr. Feliks Topolski ordynuje w zakładzie hydropatycznym „GOPLANA,” oraz administruje stacją klimatyczną doliny Ojcowskiej i willami, na letnie mieszkania przeznaczonemi.

Pobyt w OJCOWIE uprzyjemniać będzie gościom: stała orkiestra, teatru amatorskie, koncerty, reuniony, wspólne spacerory i wycieczki, bilard, kręgielnia, krokiety, strzelnica i łódki na jeziorze. Powozy i konie wierzchowe na miejscu po cenach umiarkowanych.

Codziennie omnibus na stacyi Olkusz drogi Żelaznej Iwangrodzko-Dombrowskiej. Cena za przejazd omnibusem do Ojcowa rs. 1 od osoby. Na zamówienie na stacye Olkusz wysyłane będą powozy czterokonne po rs. 7 i bryczki krakowskie po rs. 2 kop. 50.

Na miejscu dwa hotele: „Pod Łokietkiem“ i „Pod Kazimierzem“ prowadzone przez pp. Kosakowskiego i Piwowarskiego oraz kilkanaście willi umeblowanych.

O wszelkie wiadomości pobytu w Ojcowie i kuracyi w „Goplanie“ dotyczące, zechce Szanowna Publiczność zwracać się wprost do d-ra F. Topolskiego, który przez cały rok zamieszkiwać będzie w Ojcowie.

Objawszy z dniem 25 kwietnia r. b. w administracyę zakład hydropatyczny „Goplana“ i Dolinę Ojcowską wraz z willami, zawiadamiam iż po wprowadzeniu najnowszych ulepszeń, zakład otwarty będzie w połowie Maja r. b. Oprócz wszelkich procedur hydropatycznych wykonywanych pod moim osobistym dozorem przez wykwalifikowanych kąpielowych z Wiednia, w zakładzie stosowane będą:

- 1) Elektryzacya (galwaniczna, faradyzacya, franklinizacya, masaż galwanofaradyczny).
- 2) Mechanoterapia (gimnastyka szwedzka i na aparatach, masaż ręczny i aparatem Limberga).
- 3) Kuchnia dyetetyczna, prowadzona pod dozorem lekarskim, pozwalająca na ścisłe przeprowadzenie kuracyi dyetetycznej w szerokim zakresie (według Ebsteina Schweningera, Weir Mitchell'a etc.).
- 4) Na górach Ojcowa urządzono ścieżki o normalnem wznoszeniu się do leczenia chorób płuc i serca metodą Oertel'a.
- 5) Wszelkie wody i kąpiele mineralne. Zakład hydropatyczny „Goplana“ urządzony został do całorocznego przyjmowania chorych.

Oprócz niżej podpisanego, rok cały zamieszkującego w Ojcowie, podczas sezonu konsultować będą w dniach oznaczonych zaproszeni specjaliści.

3—2

Lekarz Administrator Dr. F. Topolski.

## WODY MINERALNE NATURALNE

świeżego czerpania

poleca

### A P T E K A

# EDWARDA TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60, w Warszawie.

## Miejscowość kuracyjna Gleichenberg.

Sezon od 1-go Maja do końca Września.

Środki lecznicze: źródło Konstantego i Emmy, mleko, żętyca, kefir, wzięwania igliwiow i rozpylania soli źródlanej, kąpiele ciepłe i z kwasem węglanym.

Kamera pneumatyczna i Zakład wodo leczniczy.

Bliższych informacyi i broszur udziela gratis i franco dyrekcyja.

APTEKA

**E. GESSNERA**

Aleje Jerozolimskie № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

**Wino Kakaowo-chinowe** (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.50 kop.

**Wino Chinowe czyste** na Maladze, flasz. 1.50 k. z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1.75 kop.

**Wino Condurango czyste** na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

**Wino Condurango z żelazem** zawiera 2% żelaza flaszka 2 ruble.

**Wino Coca** (*Vin de Coca*) na liściach Krasno-drzewu (*Erythoxylona coca*) na Maladze, w stosunku 1:20, flaszka 1.50 kop.

**Wino goryczkowe** (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

**Wino Kola** (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

**Wino Kwassyjne** na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

**Wino Kwassyjne** na Xeresie, flaszka 1.50 k.

**Wino pepsynowe słodkie** na francuzkiem deserowem, zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

**Wino pepsynowe wytrawne** na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

**Wino przeczyszczające z korą Cascarae Sagra-dae** na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza pączyte wypróżnienie, flaszka rs. 2.

**Wino rabarbarowe czyste** na Maladze, flaszka 1.75 kop.

**Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej** na Maladze. flaszka 1.75 kop.

**Wino senesowe** (*ol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka 1.75 kop.

**Wino manganowo-żelazne z peptonem** (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

**Wino peptonowe** na Maladze, zawiera 5% poptonu, flaszka rs. 2.

**Wino piotunowe** (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0. 12-4

**PASTYLKI VICHY-ETAT**

Przygotowane ze soli naturalnej  
wytworzonej z wód Vichy  
Sprzedają się w pudełkach metalowych  
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli  
naturalnych z wód VICHY  
Do przygotowania gazowej mineralnej  
sztucznej wody Vichy.

**D-r KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI**

ordynuje jak lat poprzednich  
w **Szezawnicy** od 1 Czerwca b. r.

**D-r FELIKS ARNSTEIN (z Kutna)**

w sezonie letnim ordynuje  
w **CIECHOCINKU**.

**D-r Ludwik Górski**

ordynuje od 20 Maja  
w **Ciechocinku** dom Gembczyńskiego.

**D-r med. Ruppert**

ordynuje jak zwykle w **Ciechocinku**  
(Dom Müllera).

**D-r W. BUJAKOWSKI**

stale ordynuje w **Druskienikach**.

**D-r Med. Fr. Jankowski**

ordynuje jak w latach poprzednich od 1-go Maja  
w **Bad Nauheim**.

**D-r MICHAŁ KAUFMANN**

ordynuje jak w latach zeszłych  
w **Maryenbadzie** „Villa Lissa”  
W razach odpowiednich łączy leczenie zdro-  
jowe z mięsieniem które sam wykonywa.

**D-r S. Asterblum**

ordynuje jak dawniej w **Ciechocinku**.

PENSYONAT LECZNICZY  
**NORDERNEY**

Informacyi udziela  
Radca Sanitarny Dr: Kruse i Dr. Meake.

Stacya klimatyczna i internat hydropatyczny na  
**Czarnieckiej Górze** dla chorych nerwowych  
plucnych, płciowych i sercowych. Utrzymanie  
i kuracya 3 rs. dziennie. Prospekty w Aptekach  
lub Marszałkowska 116 m. 4.