

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rozwój antyseptyki i wpływ tejże na choroby przyranne. Podał Dr. S. Braun. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 7. Przyczynek do nauki o przymiotowych cierpieniach ośrodków nerwowych, oraz kilka uwag o *poliuryi* i *polydipsyi*.—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie kliniczne z d. 25 b. m.—Przegląd bibliograficzny. Dr. W. Nicati i M. Rietch. Poszukiwania nad cholera. Sprawozdawca Dr. F. Arnstein. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

ROZWÓJ ANTYSEPTYKI i wpływ tejże na choroby przyranne w oddziale chirurgicznym szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie. Podał Dr. Stanisław Braun sekundaryusz tegoż oddziału.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 5).

Początkowo używano jednego tylko płynu to jest rozczynu w stosunku 1:1000 do wszystkiego, gdy jednak po kilku miesiącach u lekarzy oddziałowych stwierdzono ślady białka w moczu, poczęto używać sublimat do zwykłego użytku, a więc do irygacyi ran, obmywania rąk i pola operacyjnego w rozczyńie słabszym to jest 1:3000, a tylko do przechowywania gąbek, przestrzykiwania ran zakażonych i w tym podobnych wyjątkowych razach poprzedniego, silniejszego rozczyńu. Do pokrycia ran używano gazy, którą otrzymywano przez napojenie tkaniny pochłonnej rozczyńem sublimatu 3:1000, następnie waty oczyszczonej i t. d. jak poprzednio. W ten sposób opatrywano cały rok 1884, przyczem spostrzeżono, że gaza taka nie może pozostawać długo na ranie, wydzielającej nieco obficie jako opatrunek przetrwały (*Dauerverband*), gdyż sublimat w niej zawarty prędko bywa rozłożonym przez istoty białkowe, w wydzielinie rannej się znajdujące.

Dla tego też zaprowadzono w r. 1885 jeszcze pewne zmiany, które jako z dziesięcioletniego doświadczenia wynikłe, a obecnie na oddziale chirurgicznym jako stały opatrunek antyseptyczny przyjęte, chcę nieco obszerniej opisać.

Gazę wyrabiamy dwojaką: jedną tak zwaną zwyczajną t. j. zazwyczaj używaną, przez napojenie 1 kilograma tkaniny wodochłonnej jednym litrem płynu składającego się z 1000 gliceryny, 30 karbolu i 3 sublimatu; gliceryna robi tkaninę jeszcze bardziej pochłonną, karbol zaś uzupełnia własności sublimatu, który będąc bardzo dobrym środkiem przeciwniepalnym nie posiada zarazem własności odwianiających. Gdzie te ostatnie w wyższym stopniu i przez dłuższy czas są wymagane, tam uciekamy się do gazy jodoformowo-karbolowej, którą wyrabiamy w sposób następujący: — 20 metrów tkaniny wodochłonnej macza się w płynie składającym się z 400 grm. alkoholu, 40 gm. kolofonii, 100 grm. gli-

ceryny, 12 grm. karbolu i 80 grm. jodoformu. Po lekkim przesuszeniu otrzymujemy gazę jednostajnie żółto zabarwioną, mającą 20% jodoformu i 3% karbolu, a odznaczającą się raz bardzo dobrem pochłanianiem płynów, a powtórnie, że niema tego przenikliwego zapachu jak inna gaza jodoformowa.

W ten sposób łączymy w gazach najlepsze nasze środki przeciwnie, tak iż w niektórych razach, jak np. tam, gdzie mamy zamiar pozostawić opatrunków przez dłuższy czas, nakładamy obiedwie gazy, w przypadkach mniejszej wagi lub nie wiele wydzielających dajemy tylko gazę karbolowo sublimatową, zaś do wytamponowania w jamach ciała przyrodzonych jak np. w jamie ustnej, nosowej, w odbytniej i t. p. używamy tylko gazy jodoformowej.

Podobnie ma się rzecz z płynami do zmywania lub irygacji; używamy bowiem trojakich płynów a mianowicie:

1. Sublimatowego (1:1000) czyli silniejszego do przechowywania gąbek i wyjątkowego przestrzykiwania ran i słabszego (1:3000) do mycia rąk do irygacji podczas operacji i do wacików, któremi się posługujemy przeważnie podczas opatrywania ran tak do obmywania okolic rany jak i do zwilżania rąk.

2. Karbolowego mocniejszego to jest 5% do wymywania gąbek i przestrzykiwania septycznych lub bardzo zanieczyszczonych ran i słabszego to jest 3% do przemywania i przestrzykiwania ran.

3. Trzyprocentowego roztworu kwasu borowego do przemywania delikatnych części ciała przeważnie jam, jak otrzewnowej, opłucnowej i pęcherza moczowego.

Narzędzia układamy w słabszej wodzie karbolowej.

Do oczyszczania ran z krwi używamy albo zwykłych gąbek, które poprzednio oczyszczono mechanicznie przez pranie i chemicznie przez namoczenie w 5%-ej wodzie karbolowej (24 godzin) i trzymanie ich stałe w słoju z mocniejszą wodą sublimatową, albo też sztucznych to jest woreczków wielkości pięści z gazy, napęcznionych wiórkami drzewnymi (*Holzcharpie*) a bezpośrednio namoczonych w roztworze sublimatowym.

Oprócz powyżej wymienionych gaz, używamy do przykrycia rany waty oczyszczonej a na wierzch juty lub woreczków gazowych napęcznionych wełną lub skubanką drzewną, które napojono poprzednio małą ilością dziegiu odznaczającego się również własnościami antyseptycznymi i odwaniającymi.

Woreczki te dają wyborny materiał opatrunkowy raz dla swej elastyczności i zdolności pochłaniania, powtórnie dla tego, że nie sprawiają tyle kurzu jak wata.

Do przymocowania tych warstw opatrunkowych służą albo opaski kalikotowe albo też organtynowe.

Do tego wszystkiego przychodzi skrupulatne oczyszczanie pola operacyjnego rąk i narzędzi, pokrywanie najbliższych okolic kompresami aseptycznymi, częste zlewanie rąk i rany płynami antyseptycznymi co wszystko działa się powinno z przekonaniem, prawie fanatycznie, i dlatego potrzebowała metoda ta, jako zależąca w większym zakładzie nie tylko od samych lekarzy lecz i od niższej służby lekarskiej a nawet po części od samych chorych, całego szeregu lat, dopóki nie dała rezultatów tak świetnych jak obecne.

Zwiększanie się stopniowe tych rezultatów chciałbym przedstawić naocznie pewnemi szeregami cyfr, które otrzymaliśmy z obliczeń wykonanych w pomienionym okresie czasu to jest od 1 Lipca 1870 roku aż do 30 Czerwca 1885, przyczem nadmienić wypada, że dla łatwiejszego porozumienia się oznaczyliśmy lata według półroczy wcześniejszych, tak że w zestawieniach naszych oznaczać będzie np. rok 1874 czas od 1 Lipca 1874 do 30 Czerwca 1875.

W przeciągu lat piętnastu ostatnich to jest od 1 Lipca 1870 do 1 Lipca 1885 roku leczono na oddziale chirurgicznym profesora d-ra OBALIŃSKIEGO stałych chorych 22,247, co daje liczbę chorych rocznie biorąc przeciętnie 1483. Wtym czasie było przypadków chorób przyrannych, jak róży (*erysipelas*) ropnicy (*pyaemia*) i posocznicy (*septicaemia*) 856—z czego znowu przypada rocznie około 57 przypadków.

Zestawiwszy statystycznie ogólną liczbę chorych i chorób przyrannych dostaniemy następujący odsetek tychże ostatnich, a mianowicie:

TABLICA I.

W roku	Na liczbę chorych	Było przypadków chorób przyrann.	Co daje odsetek ostatnich
1870	1182	87	7,754 ⁰ / ₀
1871	1186	86	7,251 ⁰ / ₀
1872	1144	72	6,293 ⁰ / ₀
1873	1224	92	7,516 ⁰ / ₀
1874	1245	67	5,381 ⁰ / ₀
1875	1354	60	4,431 ⁰ / ₀
1876	1466	59	4,024 ⁰ / ₀
1877	1792	75	4,185 ⁰ / ₀
1878	1850	35	1,891 ⁰ / ₀
1879	1832	32	1,749 ⁰ / ₀
1880	1379	53	3,843 ⁰ / ₀
1881	1660	41	2,469 ⁰ / ₀
1882	1742	61	3,501 ⁰ / ₀
1883	1724	27	1,566 ⁰ / ₀
1884	1527	9	0,589 ⁰ / ₀
Przez 15 lat	na 22,247	było 856 chorób	co daje 4,163 ⁰ / ₀

Przystępując do szczegółowego rozbioru pojedynczych form chorób przyrannych zastanowimy się najpierw nad przebiegiem róży jako formy najczęściej występującej.

Tutaj najpierw uwzględnimy pojawienie się tejże w pojedynczych miesiącach poszczególnych lat; powtóre odróżnimy dwie formy róży a mianowicie:

a) róże, jakiej chory nabył po ranie operacyjnej,

b) róże wniesioną, to znaczy, przypadki które z rózą do szpitala przybyły, lub w których róża pojawiła się w pierwszych trzech dniach po przebyciu chorego na oddział.

TABLICA II.

Na powyższą liczbę chorób przyrannych przypada.

W roku	przypadków róży	przypadków ropnicy	przypadków posocznicy	co daje ogólną liczbę chorób przyrannych
1870	73	8	6	87
1871	76	8	2	86
1872	60	6	6	72
1873	79	5	8	92
1874	59	1	7	67
1875	56	3	1	60
1876	49	9	1	59
1877	67	4	4	75
1878	35	—	—	35
1879	29	2	1	32
1880	50	1	2	53
1881	33	3	5	41
1882	51	6	4	61
1883	21	6	—	27
1884	8	1	—	9
W przeciągu 15-tu lat	746	63	47	856

TABLICA III.

która wykazuje w których miesiącach róża najczęściej się pojawiała.

W roku przez	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Paździer.	Listopad	Grudzień
1870	5	2	5	5	8	5	6	5	10	6	10	6
1871	15	8	7	1	3	5	7	7	5	7	5	6
1872	4	3	7	6	5	2	3	5	4	9	10	2
1873	7	9	11	4	3	4	6	7	3	8	9	8
1874	5	7	1	4	6	4	2	3	5	6	8	8
1875	5	5	7	5	7	6	1	4	4	2	4	6
1876	3	5	3	7	2	5	7	3	3	6	1	4
1877	5	7	2	1	7	3	3	7	9	10	7	6
1878	7	7	1	3	—	4	2	3	2	4	1	1
1879	2	3	2	3	3	2	1	—	2	—	2	9
1880	1	2	3	1	3	4	6	5	3	5	10	7
1881	3	1	1	4	6	3	4	—	5	2	1	3
1882	8	4	4	2	4	2	5	4	3	1	5	9
1883	1	2	4	1	2	2	3	1	1	4	—	—
1884	1	2	1	—	1	2	—	—	—	—	—	1
15 lat	72	67	59	47	60	53	56	54	59	70	73	76

TABLICA IV.

Na powyższą ogólną liczbę róży składało się.

W roku	Na ogólną liczbę róży	przypadków róży wniesionej	róży na oddziale wybuchłej
1870	73	47	26
1871	76	43	33
1872	60	35	25
1873	79	49	30
1874	59	36	23
1875	56	31	25
1876	49	35	14
1877	67	49	18
1878	35	21	14
1879	29	15	14
1880	50	38	16
1881	33	19	14
1882	51	36	15
1883	21	14	7
1884	8	7	1
15 lat	746	471	275

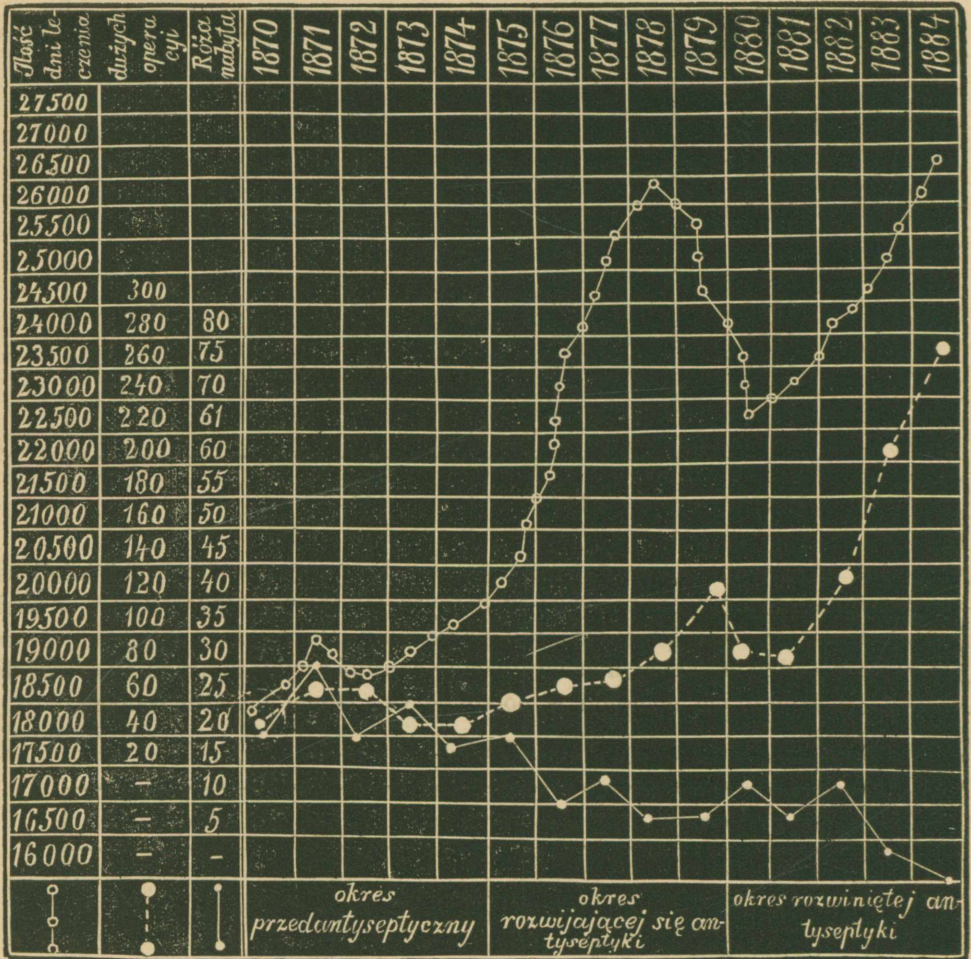
Już z samych tych zestawień jasno wynika wpływ antyseptyki jeżeli sobie przypomnimy daty poprzednie w których jej rozwój wykazaliśmy; o wiele jednak wybitniej występuje on jeżeli podłożymy tło uwidoczniające nowoczesny rozrost oddziału, który uwadźniliśmy cyframi wykazującymi ilość dni leczenia i ilość ciężkich operacji w pojedynczych latach przedsiębioranych.

TABLICA V.

R o k	dni leczenia	cieżkich operacji
1870	17690	41
1871	19061	71
1872	18514	69
1873	18866	53
1874	19542	48
1875	20688	61
1876	23330	47
1877	25089	50
1878	26714	76
1879	26641	129
1880	22727	97
1881	23071	85
1882	24445	126
1883	25265	210
1884	26823	268

Jeszcze lepiej widzimy to na następującej tablicy gdzie graficznie powyższe obydwie daty oraz cyfry oznaczające różę w szpitalu nabytą, jako reprezentantkę chorób przyrannych wpisaliśmy.

TABLICA VI.



Na tablicy tej widzimy więc najwybitniej jak cyfra chorób przyrannych, których najlepszą przedstawicielką jest róża, stale opada od czasu zaprowadzenia antyseptyki mimo tego, że i chorych coraz więcej przybywało, i mieściło się w tych samych ubikacjach, jak niemniej, że cyfra operacyi ciężkich stale się podwyższając przeszło sześćoraką się staje.

Kontrast ten wystąpi jeszcze wybitniej, jeżeli uwzględnimy że i pod względem jakości a raczej doniosłości operacyi znaczna zachodzi różnica pomiędzy pięcioleciem pierwszym to jest przed zaprowadzeniem antyseptyki, a obydwoma następnymi, co najlepiej poznamy na kilku przykładach.

TABLICA VII.

O p e r a c y j a	I okres 1870—1874	II okres 1875—1884
Eucleatio coxae	0	7
Lithotomia	0	5
Arthrotomia	0	10
Ovariectomia	0	6
Laparotomia ex occlusionem int.	0	15
Resectio intestini	0	10
Trepanatio cranii	0	9
Resectio articularum	14	90

Z tych zestawień można więc naocznie się przekonać o zbawiennych skutkach antyseptyki, mimo to nie jest ona samą jedną, która przyczynia się do coraz to lepszych rezultatów w lecznictwie chirurgicznym.

Sporą część zasługi trzeba przyznać a może nawet i większą warunkom higienicznym w jakich chorzy bywają operowani, a następnie leczeni i nie dziw więc, że obecni chirurdzy dążą do czegoś wyższego niż antyseptyka, to jest do aseptyki; najlepszym dowodem są usiłowania NEUBERA w Kielu.

Nam biedakom nie marzyć o takich zakładach, jak je stawiają obecnie Niemcy za francuzkie miliardy, nie wypada nam jednak zupełnie ze wszystkiego rezygnować. Według stawu niech będzie grobla, według możności naprawiamy złe i dążmy do lepszego.

To też wszyscy mamy nadzieję, że wysoki wydział krajowy, który już tyle dał dowodów staranności o szpitale krajowe, raczy uwzględnić przedstawienie lekarzy ordynujących w szpitalu Ś-go Łazarza, w którym wykazują niedostatki i braki w tym zakładzie dostrzeżone.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

7. Przyczynek do nauki o przymiotowych cierpieniach ośrodków nerwowych, oraz kilka uwag o polyurii i polydipsii, przez d-ra BUTTERSACKA, asystenta kliniki heidelberskiej. W przypadku o wielce zmiennym obrazie klinicznym uczynił ERB rozpoznanie przymiotowego zapalenia opony miękkiej mózgowej, na zasadzie nocnych nasilen bólów głowy, porażenia pewnych nerwów czaszkowych (*oculomotorius, abducentes, facialis*), przemijającej ślepoty bez zmian oftalmoskopowych, długiego, prawie bezgorączkowego przebiegu, a przede wszystkim *ex juvantibus* działania jodku potasu. Sekcja wykazała mięczak i blizny w wątrobie, *perihepatitis, hepatitis interstitialis diffusa*, nacieczenie zapalne opony miękkiej na podstawie czaszki zwłaszcza koło dotkniętych nerwów, a w rdzeniu nacieczenie drobnokomórkowe opony ze zmianą naczyń. Te ostatnie tak w mózgu, jak i rdzeniu, większego i mniejszego kalibru, nawet naczynia włosowate i żyły przedstawiały zmiany Heubnerowskie (*endarteritis*, ale także *mes* i *periarteritis*). W rdzeniu zmiany oponowe dochodzą do największego natężenia w części szyjowej, gdzie sprawa zapalna przechodzi na obwodowe części rdzenia (*myelitis peripherica*); oprócz tego istniało wstępujące zwyrodnienie pęczków Golla, począwszy od górnej części lędźwiowej. Najwybitniejsze zmiany znaleziono w niektórych nerwach czaszkowych (zwłaszcza okoruchowym lewym) i korzeniach rdzeniowych (zwłaszcza szyjowych); przedstawiały się one w stanie *neuritis et perineuritis no-*

dosae z analogicznymi do powyższych zmianami naczyń, nacieczeniem drobno-komórkowem, nawet prosówkowatemi mięczakami. Autor mniema, że przypadek jego potwierdza zdanie JULLIARDA, JÜRGENSA, GREIFFA i t. d. że punktem wyjścia dla sprawy przymiotowej rdzenia są przestrzenie limfatyczne, może nawet same naczynia, od których zapalenie się szerzy wzdłuż tworów tkankolącznowych, mianowicie na opony, neuroglię, że cierpienie samych pierwiastków nerwowych jest wtórne; wypada ztąd, że przymiot rdzenia jest cierpieniem rozlanem, ale nie pęczkowem (jak np. wiał). Co do ostatniego punktu, autor czyni zastrzeżenie, że na drodze anatomicznej rozstrzygnąć się nie da. Zgadza się z poglądem JULLIARDA, że cechującym dla przymiotu rdzenia, tam gdzie nie ma nowotworu mięczakowego na poparcie rozpoznania, jest jednocześnie wystąpienie sprawy zapalnej w oponach, naczyniach, przestrzeniach okołonaczyniowych, neuroglii; następnie z poglądem GREIFFA o podobieństwie zmian tętnicznych (także żylnych) w rdzeniu z takimiż, znalezionymi w mózgu przez HEUBNERA. *Polydipsia* (nadmierne pragnienie) i *polyuria* (nadmierne wydzielanie moczu) w danym przypadku stoją w związku przyczynowym z przymiotem ośrodków nerwowych. Autor dochodzi na zasadzie kilku ścisłych spostrzeżeń klinicznych do przekonania, że należy odróżnić jedno pojęcie od drugiego, gdyż bywają przypadki pierwotnej polydipsyi i pierwotnej polyurii. W pierwszej, pierwotnym objawem jest zwiększona dostawa płynu, którego się organizm pozbywa przez nerki i skórę, ilość wydzielanego moczu jest mniejsza, aniżeli przyjętego i wraca do normy, skoro dowóz zostaje zmniejszony lub wstrzymany. W polyurii, w skutek prawdopodobnie większego napełnienia krwi naczyń nerkowych, ma miejsce zwiększone wydzielanie moczu, niezależnie od dowozu płynu, przeziw skórny jest zmniejszony lub nawet zniesiony, ilość moczu wynosi tyleż, lub nawet przewyższa przyjęty płyn. Bywają prawdopodobnie przypadki mieszane, takie, gdzie pierwotna polydipsia doprowadziła do stałego rozszerzenia naczyń nerkowych, tak, że po ustaniu przyczyny polyurii trwa dalej. Autor znalazł także w przypadku na czele wspomnianym zależność między tętnem i ilością moczu, mianowicie zwiększenie tegoż w miarę zmniejszenia ilości uderzeń tętna na minutę. Wiadomo, że drażnienie nerwu błędnego powoduje z jednej strony zwolnienie skurczów serca, z drugiej powiększenie ilości moczu.

(Arch. f. Psychiatrie Tom 17. Zeszyt 3). S. Goldflam

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 25 b. m.

Kol. MATLAKOWSKI mówił o twardzieli nosa (*Rhinoscleroma*) pod względem klinicznym. Mianem *Rhinoscleroma* nazwał HEBRA (1870 r.) osobliwą formę guza nosa w kształcie rozległego stwardnienia skóry lub błony śluzowej, przechodzącego częstokroć na wargę górną, błonę śluzową podniebienia miękkiego, prześmyku gardłowego, gardzieli, krtani i odznaczającego się powolnym przebiegiem, brakiem rozmiękania się i rozpadu porażonych części. Odąd przypadki twardzieli nosa były spostrzegane najczęściej przez klinicystów Wiedeńskich; chorzy pochodzili przeważnie z Bukowiny, Morawii, Galicyi, dwie chore kol. MATLAKOWSKIEGO były z Podlasia. W ogóle kazuistyka jest ubogą, opisano dotąd za ledwie 50 przypadków, obszerniejsze prace ogłosił KAPOSÍ, MIKULICZ, CORNILL, ALVAREZ, CHIARI, RITSCH i inni. *Rhinoscleroma* powstaje zwykle na skrzydłach nosa i otaczającej je skórze wargi górnej, nadto policzków. Początkowo przedstawia się w kształcie jednego lub wielu guzików bardzo twardych, guzy te powiększają się zwolna, łączą z sobą, tworząc rozlane stwardnienie, którego powierzchnia jest koloru normalnej skóry, albo też szaro-czerwona.

Rozmiary nosa powiększają się nieraz znacznie, nos staje się nieforemnym,

twardym jak chrząstka. Następnie tej samej sprawie chorobowej podlega błona śluzowa, otwory nosa zostają zwężone, a nawet zupełnie zamknięte. Stwardnienie błony śluzowej rozszerza się przez nozdrza tylne na podniebienie miękkie zniekształniając je, dalej, przechodzić może na nagłośnie, struny głosowe, które tracą swoją ruchomość. Na błonie śluzowej często powstają powierzchowne owrzodzenia, pozostawiające bliznowate zwężenia. Przebieg choroby jest bardzo powolny, następstwa nie są w ogóle groźne, oprócz zniekształcenia rysów twarzy, trudności oddychania, brak ważnych zaburzeń, tylko zwężenia krtani bywają niebezpieczne; ogólny stan chorego nie zmienia się. Na zasadzie powyższych objawów rozpoznanie nie przedstawia zbyt trudności, od cierpień przymiotowych nowotworów odróżnia się twardziel nosa brakiem rozpadu i rozlanem wystąpieniem na znacznej przestrzeni. Pod względem anatomicznym *rhinoscleroma* charakteryzuje się drobnokomórkowem nacieczeniem skóry właściwej, brodawek skórnych, głębokiej warstwy skóry; tkanka podśluzowa przeistacza się w warstwę marskiej tkanki łącznej. MIKULICZ znajdował komórki podobne do olbrzymich, tudzież komórki wrzecionowate, które następnie przeistaczają się w tkankę łączną włóknistą, bliznowatą. Poglądy na istotę sprawy chorobowej były różne; jedni twierdzili, że jest to nowotwór najbardziej zbliżony budową do mięsaków, inni zaś utrzymują, że zmiany właściwe zależą od wolno przebiegającej sprawy zapalnej, cierpienie nie ma nic wspólnego z przymiotem, gruźlicą, (zołzami). W przypadku przedstawionym towarzystwu M. przypuszcza poniekąd może przyczynę urazową—uderzenie żerdzią w nos (podobny przypadek opisał LANG). Istota twardzieli nosowej została wyświetlona od czasu, gdy FRISCH (1882) pierwszy znalazł w tkankach porażonych swoiste laseczniczki.

Następnie kol. JAKOWSKI zdawał sprawę z najnowszych spostrzeżeń bakteriologicznych, dotyczących twardzieli nosa. Odkrycie FRISCHA potwierdzili CORNIL, KOBNER i inni nowsi badacze, znalazłszy w zabarwionych tkankach drobnoustroje formy laseczkowatej lub jajowatej z otoczką szklaną, przezroczystą, błonka ta tworzy jakby torebkę naokoło laseczników, ztąd podobieństwo do kokków FRIEDLÄNDER'a, laseczniczki mają długości $2\frac{1}{2}$ —3 μ , szerokości 0,4—0,1, wewnątrz nich często dostrzedz można drobne ziarenka prawdopodobnie zarodniki. Laseczniczki leżą pojedynczo lub w grupach, swobodnie lub też w wielkich komórkach nowo tworzącej się tkanki, a także w naczyniach limfatycznych w powierzchownych lub głębokich warstwach skóry. Hodowle udają się; co do szczepień, to sprawa nie jest jeszcze wyjaśnioną. Kol. JAKOWSKI przedstawił preparaty drobnowidzowe skrawków twardzieli nosa z zabarwionymi lasecznikami. W dyskusyi która się wywiązała, kol. MAJKOWSKI zaznacza, że KAPOSI widział rozpoznawanie się twardzieli od gardła i wtedy nie zachodzi trudność w rozpoznaniu różniczkowem lepiej płaskich lub ziarninowo-przymiotowych, które różnić się będą od twardzieli sadiłowatym nalotem i obwodem zapalnym, oraz szybszym przebiegiem.

Szkoda, że prelegent nie wspomniał o leczeniu tej ciekawej choroby, o którym już nie mało napisano. Wprawdzie usiłowania w tym kierunku nie zostały dotąd uwieńczone pomyślnymi skutkami, nie mniej jednak to co na polu terapii tej choroby zrobiono, nie byłoby pozbawione interesu.

Kolega OLTUSZEWSKI zaznacza, że oprócz zmian w krtani, podanych przez kol. MATLAKOWSKIEGO, twardziel nosa łączy się bardzo często ze zgrubieniem błony śluzowej krtani i tchawicy, prowadzącem do zwężenia, a klinicznie znanem pod nazwą *laryngitis inferior hypertrophica*. Z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać można, że zarówno twardziel nosa jako też i krtani przedstawiają jeden i ten sam przewlekły proces zapalny. Mniemanie to pozostaje jednak tylko przypuszczeniem, pomimo że Ganghofner spostrzegał twardziele krtani, wyprzedzające o kilka lat rhinoscleromat nosa, ponieważ dotychczasowo ani w jednym przypadku, gdzie twardziel ograniczała się tylko do krtani nie uda-

ło się stwierdzić analogii w histologicznej budowie. Kol. OLTUSZEWSKI utrzymuje, że ponieważ cierpiący na twardziel nosa zarówno jak z twardziela krtań i przewlekłym śluzotokowym zapaleniem błony śluzowej nosa (*Blennorrhoea Störka*), przeważnie pochodzą z Galicyi, Bessarabii, Rumunii etc. jednym słowem tylko pewnych miejscowości, z tego więc względu, gdyby się udało dla tych dwu ostatnich cierpień wykryć pasożyt, jaki już wykryto dla twardzieli nosa, natenczas mielibyśmy prawo przyjąć, że wszystkie te trzy chorobne stany, pomimo znacznych różnic w klinicznym przebiegu, należą do jednego działu chorób.

Kolega MEYERSON nie upatruje żadnej łączności przewlekłego śluzotokowego zapalenia błony śluzowej nosa z twardziela nosa z powodu różnicy klinicznego obrazu cierpienia.

Kol. GOLDFLAM wspomina o opisywanych przez autorów angielskich i francuzkich pod nazwą *myxoderma* lub *cachexie pachydermique* przypadkach, cechujących się rozlanem zgrubieniem i stwardnieniem skóry całego ciała, przechodzącem także na błony śluzowe, mianowicie na krtań. Skóra przedstawia się suchą, włosy wypadają, głos traci brzmienie, ruchy stają się ociężałe, siła mięśni jest zmniejszona, intelligencya również upada. Chirurgom znane jest podobne cierpienie, jako *cachexia strumipriva* po wyluszczeniu gruczołu tarczowego; w przypadkach samoistnych gruczoł tarczowy znaleziono zanikłym. Powstaje tedy pytanie o stosunku twardzieli nosa i przyległych błon śluzowych do rozlanej postaci stwardnienia skóry, pokrewieństwo których, możnaby sądzić z objawów, podejrzawać. Rozstrzygnąć tę kwestyę może znalezienie pasożytów FRISCHA.

Następnie kol. BUJWID mówił o przypadku wścieklizny zakończonym śmiercią u chłopczyka którego w ciągu dni kilku obserwował. Z powodu tego komunikatu jak również z powodu poprzedniego przemówienia kol. B. w Towarzystwie w dniu 18 b. m. w przedmiocie otrzymanych przez się rezultatów szczepienia na zwierzętach i statystyki, która wykazała, iż z 126 osobników przez psy wściekłe pokąsanych zmarł tylko jeden, wszczęła się bardzo ożywiona dyskusya:

Kol. MAYZEL zakomunikował: że w pierwszym tegorocznym numerze *Wien. med. Wochenschr.* mieści się wiadomość, iż w Lublinie zmarł na wodowstręt chory, którego szczepiono ochronnie, gdy tymczasem pies który tego chorego pokąsał, okazał się zdrowym. Przypadek ten, obok innych w tym rodzaju komunikowanych współcześnie z Anglii, Włoch, a nawet z Francji, służy sceptykom wątpiącym w skuteczność Pasteur'owskich szczepień za dowód, że one wprost szkodzić mogą i spowodować wodowstręt. Jakkolwiek rzecz się ma, w interesie kol. BUJWIDA leżałoby koniecznie sprostowanie tego doniesienia, które dostało się do dzienników lekarskich z gazet nielekarskich. Te ostatnie powinnyby wogóle mniej skwapliwie pomieszczać tego rodzaju wiadomości, *resp.* należałoby strzedz się udzielania pismom codziennym informacji, które przedewszystkiem kwalifikują się do prasy lekarskiej. W chwili obecnej, kiedy ze wszystkich stron słyszymy głosy reakcyjne przeciwko entuzjastycznie podnoszonym świetnym skutkom szczepień wścieklizny, i kiedy z poważnych źródeł dowiadujemy się o wynikach doświadczeń niepotwierdzających rezultatów Pasteur'a, wypada nader ogłędnie wyprowadzać wnioski z eksperymentów, a zwłaszcza szczepień ochronnych u ludzi, które to ostatnie dotychczas nie mają podstawy pewnej, naukowo ścisłej. Takie jest między innemi zdanie prof. FRISCH'a w Wiedniu (komunikowane na posiedzeniu Wiedeńsk. Akadem. Umiejętności w d. 16 Grudnia r. z.), który od roku ściśle wykonywa doświadczenia na zwierzętach, i to używając jadu stałego (*virus fixe*) otrzymanego od PASTEUR'a.

W tym stanie rzeczy i w obec tego, że PASTEUR między innemi miastami z których statystykę szczepień ochronnych ogłosić zamierza, wlicza i Warsza-

wę, spodziewać się należy że kol. BUJWID będzie ostrożnym w zestawieniu statystyki, aby od wszelkich możliwych zarzutów być wolnym. Bezwątpienia byłoby również pożądane, aby w przypadkach rozstrzygających wątpliwości i wających na szali, doświadczenia ze szczepieniem były wykonywane nie tylko przez samego eksperymentatora, lecz pod kontrolą komisji naukowej *ad hoc* wyznaczonej, której zebranie nie przedstawiałoby trudności, a nadałoby całej robocie piętno powagi w takich razach koniecznej. Komissye takie zwoływał w swoim czasie PASTEUR, a i u nas możnaby za tym pójść przykładem.

Kol. ROGOWICZ zwrócił uwagę na to, iż na wsiach bardzo wiele jest przypadków pokąsania przez psy, czy to wściekle czy nie, dość że liczba pokąsanych jest bardzo znaczna i chyba nie ma jednego człowieka na wsi, któryby pokąsaniu nie uległ. Jeżeliby więc wszystkie te przypadki summarycznie wzięte, miały materyał statystyczny stanowić, to do takiej statystyki chyba nie wszyscy mieli zaufanie, zwłaszcza że na wsiach zbywa właśnie na naukowo przygotowanych obserwatorach, dla których znalezienie słomy, kamieni i innych rzeczy niejadalnych w żołądku lub kiszki u psa podejrzanego, już jest dostatecznym do orzeczenia, iż zabity pies był wściekłym. Gdzież więc pewność, że zwierzę było wściekle, skoro szczepienia próbne z takiego zwierzęcia na inne nie były robione?

Wreszcie zabrał głos kol. DOBRZYCKI rozbiegając kwestyą ze stanowiska doświadczonego, t. j. ze stanowiska eksperymentu fizyologicznego, i poglądy swe formułował w następujący sposób: zdawałoby się, iż fakt zaszczepienia jakiegokolwiek jadu wogółności, jest rzeczą niezmiernie prostą, dwóch czynników tylko wymagającą t. j. z jednej strony osobnika mającego się zaszczepić, z drugiej jadu odpowiednich własności, który ma być danemu osobnikowi zaszczepiony. Zastanowiwszy się jednak nad warunkami zaszczepienia bliżej, przekonamy się, iż proste to z pozoru zjawisko bardzo jest złożone, i że jak mianowicie w kwestyi wścieklizny, zbywa przedewszystkiem na pewnych, dotąd dostatecznie jeszcze nieocenionych kryteriach. 1) Zaszczepienie jadu dokonywa się za pomocą ukąszenia przez wściekle zwierzę; nie każde jednak ukąszenie ma za następstwo wprowadzenie jadu do krwi obiegu. Doświadczenie przekonało, że rany drażące w głąb tkanin z odcisnieniami zębowymi, są daleko niebezpieczniejsze aniżeli rany darte, obszerne, czyli rany otwarte, po zadaniu których krew obficie wypływa i tym sposobem jad mechanicznie zmywa. Rana więc większa, groźna z pozoru może w błąd wprowadzić, gdy w rzeczywistości mniej jest niebezpieczną. 2) Nie jest rzeczą wcale obojętną, czy rana zadana została na części ciała odziewu okrytej czy też nieokrytej; w pierwszym razie dostanie się jadu do krwi obiegu bardzo można zakwestyonować, gdy w drugim, obawa może być uzasadnioną. 3) Nie obojętną jest rzeczą również sama okolica anatomiczna. Na drodze eksperymentalnej dla mnóstwa silnie działających leków, a na podstawie kazuistyki przypadków wścieklizny wykazano zostało, iż nie wszystkie okolice ciała z równą siłą wchłaniają środki zastrzyknięte. Okolica oka, skroni i innych części twarzy, oraz okolica przednia ramienia i przedramienia, najenergiczniej wchłaniają, gdy pozostałe części powierzchni ciała nieporównanie pod tym względem stoją niżej. To też ukąszenie w twarz, szyję lub w kończyny górne, mianowicie w ich części bliżej tułowia położone, zawsze grozi wielkiem niebezpieczeństwem nie tylko dla tego, że są to części odziewu niepokryte (na którejby jad mógł się zatrzymać) lecz dla tego, że bardzo energicznie wchłaniają. 4) Jeżeli nastąpiło pokąsanie naraz większej liczby ludzi w tymże samym czasie przez jedno i to samo zwierzę, wtedy osoby później pokąsane mniejsze mają szanse ulegnięcia zakażeniu jadem, aniżeli osoby pokąsane wcześniej, na co również bezpośrednich dowodów z kazuistyki dostarczyć można. 5) Jeżeli zwierzę faktycznie było wściekle i jeżeli wprowadzenie jadu do ustroju *resp.* do danej okolicy ciała niewątpliwie nastąpiło, to

i wtedy wcale nie jest pozbawionem racji bytu twierdzenie, iż do wywołania objawów ogólnych t. j. zakażenia całego ustroju potrzeba pewnej ilości, pewnego minimum jadu, aby jad ów mógł nad miejscową tkanką zapanować i w swem działaniu się uogólnić; innemi słowy, że ilości mniejsze od owego minimum, mogą być skutecznie przez ustrój zwalczone, że więc w takim razie, pomimo wszelkich innych korzystnych dla dostania się jadu do ustroju warunków, choroba może nie wystąpić. 6) Nie należy zapominać o fakcie niezmiernie ważnym, iż w danej liczbie szczepionych psów, t. j. zwierząt które *modo spontaneo* na wściekłą chorobę zachorowywać mogą i typowo do przyjęcia zarazka wściekliczyny są usposobione, znajduje się pewna, nawet dość znaczna liczba takich osobników, które przedstawiają stanowczą nietykalność (*immunitas*) na działanie jadu. Wiadomo Szan. kolegom, iż z polecenia rządu pruskiego HERTWIG już przed laty kilkudziesięciu zajmował się szczepieniem wściekliczyny u psów i fakt o którym mówię, dotykalnie potwierdził (według HERTWIGA ze 100 szczepionych psów 23 ulega chorobie, gdy 77 wcale jej nie ulega. *Przyp. Spraw.*). Jeżeli więc wśród zwierząt tak typowo do wściekliczyny usposobionych jest pewną liczbą na zaszczypany jad obojętnie oddziaływających, zachodzi pytanie, dla czego pewnej nietykalności na jad wściekliczyny i wśród ludzi przypuścićby nie można? W przytoczonych uwagach, zdaje się, iż nie wyczerpaliliśmy jeszcze innych warunków i okoliczności mogących faktowi pokąsania człowieka przez zwierzę wściekle towarzyszyć; w każdym razie to co przytoczone zostało, powinno przekonać, że kwestya to bardzo złożona, i że w wielu przypadkach może zbywać na bezwzględnych dowodach, iż zakażenie, to jest wprowadzenie jadu do ustroju w takiej ilości, która do wywołania choroby jest konieczną faktycznie nastąpiło. Innemi słowy, że jeżeli objawy choroby u ludzi po pokąsaniu ich przez zwierzęta wściekle nie wystąpią, nie mamy jeszcze podstawy do twierdzenia, że to leczeniu, jakiegokolwiek by ono było, zawdzięczyć należy. Nie trzeba tu chyba zwracać uwagi na to, iż leczenie metodą Pasteur'a, wcale nie jest dla organizmu obojętnem. Tak stoi kwestya gdy weźmiemy pod uwagę tę grupę przypadków, w których zwierzę niewątpliwie było wściekle. Jakąż rolę grać będzie leczenie w drugiej grupie przypadków, to jest wtedy, kiedy mamy do czynienia z człowiekiem pokąsanym przez psa „podejrzanego“ o wścieklicznę, to jest w przypadkach w których sprawdzenie czy pies ten był wściekłym lub nie, było niemożliwem, bo albo pies zaginął lub był gdzieś jak wieści doszły zabitym, albo też osoba opiniująca o tem, była niekompetentną? Kol. Rogowicz słusznie zauważył, iż na wsiach może i jednego człowieka nie ma któryby nie był pokąsanym przez psa, wściekłego czy nie wściekłego, mniejsza o to; że o tem, czy pies był wściekły czy nie, wyrokuje ze znalezionej w jego żołądku słomy, kamieni i innych rzeczy niejadalnych i że z takich to danych tworzą się cyfry, które się mają przyczynić do statystyki pokąsań, a później wyleczeń. Nie zapominajmy, że największy kontyngens pokąsanych dostarczają właśnie gdzie właśnie na kompetentnych spostrzegaczach prawie zupełnie zbywa. Jeżeli dzisiaj naukowo przygotowani weterynarze lub anatomo-patologowie nie mogą wskazać ścisłych patognomicznych oznak tak za życia zwierzęcia jako i na stole sekcyjnym dla stanowczego orzeczenia czy ono było wściekle czy nie, i jeżeli dziś jedynie i wyłącznie pewnem kryterium jest szczepienie ze zwierzęcia na zwierzę; to zachodzi pytanie, czy możemy mieć bezwzględne zaufanie do cyfr statystycznych skoro one nie wytrzymują zasadniczych zarzutów? Daleki jestem od tego aby metodzie Pasteurowskiej odmawiać racji bytu, owszem, należy we wskazanym kierunku dalej pracować, gromadzić fakta, ale je poddawać ściślejszej niż dotąd krytyce. Wogóle, mojem zdaniem kwestya w mowie będąca należy do najsubtelniejszych jakie w całej nauce naszej istnieją, a na którą w obecnej chwili w sposób stanowczo rozstrzygający jeszcze odpowiedzieć nie można. Nauka w obec społeczeństwa zaciąga tu wielką odpowiedzial-

ność, nie możemy więc być zaostrożnymi, i musimy wprzód zdobyć fakta bezwzględnie pewne. Pośpiech nie zastąpi tu faktów. Co do mnie, to niechciałbym brać na swoją odpowiedzialność stosowania metody o której mowa tam, gdzie nie ma bezwzględnej pewności, że zwierzę które człowieku pokasało było rzeczywiście wściekłe. Tego kriterium jednak tylko w bardzo nieznacznej liczbie przypadków tak statystyka Pasteura jak i wszelka inna dotąd nam dostarczyły. Tym sposobem duże cyfry redukują się do małych. Czekajmy więc na większe, i ściśle stwierdzone.

PRZEGŁĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Recherches sur le Choléra par W. NICATI et M. RIETCH. Paris 1886 str. 169.

(Poszukiwania nad cholera).

Sprawozdawca Dr. Feliks Arnstein lekarz w Kutnie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 5).

ROZDZIAŁ IV.

P t o m a i n e h o l e r y .

Wielu z badaczy, którzy się w statnich latach zajmowali etyologią i fizyologią cholery, przypuszczało, że laseczniki choleryczne wytwarzają pewien jad. Poszukiwania dotychczas podjęte w celu wykrycia tego jadu i jego działania dały następujące wyniki. Jeszcze w jesieni 1884 roku autorowie szeregiem doświadczeń wykazali trujące działanie płynu zawierającego hodowle lasecznikowe (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 24 Novembre 1884). Do doświadczeń użyli czystych hodowli co najmniej ośmiodniowych otrzymanych w bulionie lub żelatynie i zastrzykiwali do żył psów przyczem zauważyli: w jednych doświadczeniach wymioty, wypróżnienia, ogólny upadek sił a następnie szybki powrót do prawidłowego stanu; w innych znowu doświadczeniach zauważono zboczenia w oddechaniu (głębsze oddechy i wydechy), zboczenia w czynności żołądka pod postacią powtarzających się wymiotów, następnie szczególnie wyraźne zboczenia w sferze ruchowej pod postacią porażen w kończynach, które u jednego psa po wyzdrowieniu przez dłuższy czas pozostawało.

Przy oględzinach pośmiertnych zdechłych psów znaleziono obszerne podbiegnięcia krwi w dwunastnicy, mniejsze w żołądku, pęcherz moczowy próżny substancja korowa nerek silnie nastrzyknięta. Te same płyny zastrzyknięte pod skórę pozostawały bez skutku. Wpływ jadowity czystych hodowli został następnie stwierdzonym przez v. Ermengena i Kocha.

W tym samym mniej więcej czasie G. Ponchet usiłował otrzymać jad z wypróżnień chorych cholerycznych (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences* 17 Novembre 1884). Udało mu się otrzymać substancję płynną oleistą łatwo się utleniającą i posiadającą własności silnie trujące; zastrzyknięcie podskórne minimalnej ilości tego płynu zabie szybko spowodowało śmierć. Zdaniem Poncheta płyn ten nie jest czem innym jak ptomainem.

Wkrótce potem M. Viliers ze swej strony otrzymał z narządów dwóch chorych cholerycznych alkaloid (*Comptes-rendus de l'Académie des Sciences* 12 Janvier 1885) charakteryzujący się przez swe oddziaływanie alkaliczne i przez odczynniki chemiczne; alkaloid ten wykryty został głównie w kiskach, w mniejszej ilości w nerkach, w bardzo nieznacznej ilości we krwi i wątrobie.

Doświadczał on działanie fizyologiczne tego alkaloidu na jednej śwince, dwóch zabach przyczem zauważył tylko zmianę w ilości uderzeń serca i w ruchach mięśni.

W 15 dni potem Ponchet zdając sprawę z nowych swych poszukiwań

(*Comptes-rendus* 26 Janvier 1885) powiada: ptomain cholery jest płynem z początku bezbarwnym silnego zapachu łatwo się utleniającym na powietrzu i świetle i wtedy barwi się na różowy, a następnie na brunatny kolor; działa on silnie trująco, co przy wdechaniu jego par po 18 godzinach się objawia.

Autorowie podjęli w tym kierunku poszukiwania w 1885 r.; postawili oni sobie za zadanie zyskać bardziej pozytywne dane dotyczące się fizjologicznego działania ptomainu otrzymanego od chorych cholerycznych, zbadać, czy i czyste hodowle zawierają truciznę wywierającą analogiczne skutki. W trakcie tych poszukiwań Ponchet zdawał znowu sprawę ze swych poszukiwań w tymże kierunku podjętych; (*Comptes rendus* 24 août 1885) bez dostatecznych na to dowodów twierdzi on, że ptomain otrzymany od chorych cholerycznych identycznym jest z ptomainem otrzymanym z czystych hodowli; posiada bowiem te same własności morfologiczne i trujące. Autorowie najprzód wykonali szereg poszukiwań z czystymi hodowlami i otrzymali z nich płyn konsystencji syropu, żółtawy, rozpuszczalny w wodzie, silnego zapachu. Płyn ten zastrzyknięty zwierzętom objawiał działanie trujące charakteryzujące się głównie zbocheniami w sferze ruchowej (porażenie kończyn, często drgawki) zbocheniami w czynności serca, oddechania zniżenia ciepłoty i często kończące się śmiercią.

Następnie zajęli się autorzy otrzymaniem ptomainu z ustroju cholerycznych i porównaniem jego działania z działaniem ptomainu otrzymanego z hodowli. Poszukiwania robione były na narządach 5 zmarłych na cholere w 2 godzin po śmierci, a mianowicie na wątrobie, krwi; w każdym przypadku skonstruowano wprzód obecnie lasecznika przecinkowego. I od trupów cholerycznych otrzymali autorowie płyn żółtawy w wodzie rozpuszczalny z zapachem aromatycznym właściwym płynowi otrzymanemu z czystych hodowli. Płyn ten zastrzyknięty myszom, świnkom działał trująco w podobny sposób jak płyn otrzymany z czystych hodowli:

Autorowie robili porównawcze próby działania pewnych odczynników chemicznych jak jodku potassu, wody bromowej kwasu pikrynowego, garbnika, na oba ptomainy i przekonali się, że i pod tym względem oba ptomainy zachowują się jednakowo.

Na mocy wszystkich powyższych doświadczeń autorowie wyprowadzają następujące wnioski: *ptomainy otrzymane z czystej hodowli lasecznikowej są pod względem działania fizjologicznego identycznymi z ptomainami otrzymanymi od trupów cholerycznych; oba ptomainy wywierają silnie trujące działanie na ustrój przy objawach do siebie podobnych; ilość trucizny w kanale kiszkowym chorych cholerycznych się tworzącej, wessanej dostateczną jest do wywarcia trującego działania.*

ROZDZIAŁ V.

Żywotność lasecznika przecinkowego.

A. Żywotność w ustroju ludzkim, w wypróżnieniach, na bieliznie i na wilgotnej ziemi. Wpływ gnicia.

Oznaczenie chwili znikania laseczników przecinkowych z ustroju cholerycznego bardzo jest ważnem pod względem profilaktycznym. Dla oznaczenia tej chwili autorowie badali wypróżnienia wielu chorych, którzy następnie wyzdrowieli i przekonali się, że jeszcze w 10 dni po rozpoczęciu przypadłości cholerycznych znaleźć można laseczniczki przecinkowe, niekiedy jednak już po 4-ch dniach nie wykryto ich w wypróżnieniach. Nie wykryto lasecznika w wypróżnieniach które odzyskały odór, zabarwienie i konsystencję zwykłych mass stołcowych, niemniej w biegunkach nieraz całe tygodnie w rekonwalescencji po cholercie trwających.

Nie należy jednak zapominać, że w poszukiwaniach robionych nad trupami cholerycznymi (patrz wyżej) dwa razy autorowie znaleźli laseczniczki w późniejszych okresach, raz po 11 dniach w kiszkach, raz po 13 dniach w prze-

wodach żółciowych z czego należy wnosić, że chorzy choleryczni jeszcze po 13 dniach mogą stać się źródłem zarażenia.

Z drugiej strony przy wielu oględzinach pośmiertnych laseczników, przecinkowych nie wykryto, w jednym przypadku, gdy śmierć nastąpiła po 6 dniach, w innym gdy takowa nastąpiła jeszcze później. W ogóle przypadki, w których już po 5 lub 6 dniach odnaleść laseczników nie podobna, są o wiele częstszymi, aniżeli przypadki, w których się je jeszcze po tym czasie znajduje. Pod tym względem wyniki doświadczeń autorów są zgodne z wynikami KOCHA, który twierdzi, że laseczники przecinkowe szybko się rozwijają, ale też i szybko giną. Ujemne wyniki otrzymane przy poszukiwaniach na laseczники w przypadkach nieświeżych nie mogą przeto służyć za broń przeciw nauce o chorobotwórczem działaniu laseczników przecinkowych.

Liczne też wykonali autorowie poszukiwania nad zachowaniem się laseczników w wilgotnym pokoju i w zamkniętych flaszczech. Kawałki kiszek lub też zawartość ich zawierające laseczники umieszczone były w piecyku lub też w pracowni o zwykłej ciepłocie pokojowej. Po 24 do 48 godzinach znaleziono laseczники w ogromnej obfitości, lecz już po tym czasie zaczynają one znikać, a ich miejsce zajmują inne drobnoustroje szczególnie gnilne, tak że już niekiedy po 24 godzinach nie ma ani śladu laseczników. Z uwagi, że przemiana ta odbywa się nadzwyczaj szybko, że jej towarzyszy odór właściwy zgniliznie przypuszczać należy, że sam proces gnicia jest przyczyną znikania laseczników przecinkowych.

Zjawiska powyższe zostaną zmodyfikowane gdy substancje odżywcze zawierające laseczники (wypróżnienia, zawartość kiszek) zmieszamy z większą lub mniejszą ilością wody; wtedy mnożenie się laseczników i ich znikanie nie będzie tak szybkim, jak w ośrodkach odżywczych skoncentrowanych, gdyż rozwój drobnoustrojów gnilnych nie będzie dostatecznym do zniszczenia laseczników przecinkowych. Dla lepszego zrozumienia podajemy kilka prób.

I. Kawałek kiszek cienkiej w pokoju wilgotnym w piecyku

1-szy dzień (5 godzin po śmierci) +
2-gi dzień. + czysta hodowla
3-ci dzień (61 godzin po śmierci) — woń zgnilizny

II. Kawałek kiszek cienkiej w piecyku.

Przy oględzinach pośmiertnych +
16 godzin po śmierci . . . + jeszcze liczniejsze
30 " " " . . . + lekki odór
51 " " " . . . — gnicie

III. Zawartość kiszek na białiznie, pokój wilgotny, w piecyku

1-szy dzień +
2-gi " + jeszcze liczniejsze
3-ci " + czysta hodowla bez woni
4-ty " + **
5-ty " — hodowla prawie czysta drobnoustrojów gnilnych.

Van ERMENGEN z swej strony stwierdził, że laseczники przecinkowe w zetknięciu ze starymi nieczystościami kloak już w kilka godzin tracą życie, dłużej zaś zachowują życie w zetknięciu ze świeżymi masami kałowymi.

Jak długo laseczник może zachować żywotność w białiznie i na wilgotnej ziemi oto pytanie które autorowie na drodze doświadczałnej starali się rozstrzygnąć. Jakkolwiek wychowanie jakto niżej zobaczymy zabija szybko laseczники możliwym jest jednak i niewątpliwie się zdarza, że białizna zanieczyszczona

) Znak + oznacza objętość licznych laseczników, + i +** coraz bardziej zmniejszającą się ilość, — brak laseczników.

wypróżnieniami znajduje się w takich warunkach że nie wysycha, a przy pewnym stopniu koncentracji wypróżnień, dalszy rozwój laseczników jest niemożliwym znajdując się one w stanie życia utajonego.

Dla przekonania się jak długo laseczники żyć mogą w bieliźnie autorowie kawałki płótna zanieczyszczone wypróżnieniami od cholerycznych umieszczali w zamkniętych flaszeczkach. Po kilku dniach otwierali flaszeczki, wyjęte kawałki płótna zwilgacali kilku kroplami wody sterylizowanej; następnie zeskrobywali nieco wypróżnień i mieszały je z płynną żelatyną odżywczą. Na mocy doświadczeń w ten sposób podjętych autorzy przyszedli do przekonania, że w pewnych warunkach laseczники przecinkowe zawarte w bieliźnie lub w wilgotnej ziemi mogą zachować żywotność przynajmniej 14 do 15 dni. (d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Z powodu zapelnienia wszystkich szpitali Warszawskich otwarty został t. zw. szpital zapasowy za rogatką Wolską, w posiadłości zwanej ogrodem Ohma.

— Kwestya pobudowania nowego szpitala starozakonnych, na nowo poruszoną została i zdaje się, że tym razem pomyślnie rozstrzygniętą zostanie. Ofiary na ten cel płyną dosyć obficie, bo już w ciągu tygodnia zapisano przeszło 150 tysięcy rubli, a jest nadzieja, że summa ta wkrótce podwojoną zostanie.

— Kilku z kolegów zapłaciło w tych dniach po 6 rs. tytułem kontrawencyi za nieopatrznie napisanych przez siebie świadectw w markę 60-cio kopiejkową. Z tego powodu przypominamy, że wedle obowiązujących od dnia 1/13 Lipca 1884 r. przepisów stemplowych, wolne są od marki stemplowej tylko następujących kategorii świadectwa:

- 1) w sprawach dotyczących powinności wojskowej (art. 45 punkt 2-gi);
- 2) prośby różnych osób (zatem i lekarzy) o delegowanie ich do miejsc dotkniętych epidemią, w celu pielęgnowania chorych i odpowiedzi władz na takie prośby (art. 45 punkt 9);
- 3) patenty zdrowia wydawane przy wypuszczeniu z kwarantanny, świadectwa o szczepieniu ospy i świadectwa zejścia (art. 60 punkt 12);
- 4) świadectwa lekarskie o chorobie, wydawane osobom powoływanym do wykonania w sądzie obowiązków: przysięgłych, biegłych i świadków, również świadectwa lekarskie składane przez studentów uniwersytetów, wychowalców i kształcących się w zakładach naukowych, zwierzchności tychże zakładów, na dowód tego, że wskutek choroby, nie mogą stawić się na lekce lub do klasy, na examina albo z urlopu (art. 60 punkt 13).

Uwaga. Na marce winien lekarz napisać własnoręcznie datę.

Zagraniczne. Z dniem 1 Kwietnia r. b. wychodzić zacznie w Pradze pod redakcją D. RAUDNITZA, redaktora *Prager Medicinische Wochenschrift* dwutygodnik *Centralblatt für Kinderheilkunde*. Referentem do prac polskich będzie Dr. ROSENBLATT w Krakowie.

Zmarli. W Żytomierzu zmarł w początku b. miesiąca Dr. Leon SUTKOWSKI b. professor Chirurgii operacyjnej w Uniwersytecie Kazańskim przeżywszy lat 67. Nieboszczyk studiował medycynę naprzód w Wilnie, a następnie w Kazaniu, gdzie w r. 1843 stopień Doktora nyzyskał. Przez lat 25 wykładał chirurgią operacyjną a w r. 1871 otrzymał emeryturę. Kilka cennych prac z dziedziny chirurgii i akuszerji drukował w Kazaniu.

W miesiącu Styczniu życie zakończyli: KUCZYŃSKI, lekarz powiatu w Brańsku, CYWIŃSKI lekarz powiatu w Świecianach; Adam KIERNOŻYCKI, lekarz powiatu w Sierpcu gub. Łockiej; Józef SAWICKI lekarz miasta Augustowa; BURSZYŃSKI, Aleksandryjski lekarz powiatu w Gubernii Chersońskiej.

REDAKTOR i WYDAWCA, Dr. G. Fritsche. Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Вapшaвa, 22 Янвapя 1887 г.—Члeнoкaми Michała Zieмkiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).