

# MEDYCINA.

CHASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

---

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** O dwóch nowych gatunkach laseczników przecinkowatych w wodzie. Podali dr. O. Bujwid i W. Orłowski.—Doświadczenia nad zapobiegawczem działaniem wody utlenionej przy szczepieniu wydzielin wrzodów miękkich. Wykonał i opisał Dr. M. Świątkiewicz.—**Wykłady kliniczne.** O mechanicznem leczeniu zapalenia kręgów (spondylitis). Podał Roman Skowroński.—**Streszczenia i wyciągi.** 50. Epidemia cholery w Hamburgu w r. 1892. 51. O leczeniu niezytu błony śluzowej macicy.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Zmarli.**—**Ogłoszenia.**

---

## O dwóch nowych gatunkach laseczników przecinkowatych w wodzie.

Podali **Dr. O. Bujwid i Wacław Orłowski.**

W czasie zeszłorocznej epidemii cholery w Europie, obok spostrzeżeń klinicznych, bodaj czy nie najpilniej były uprawiane poszukiwania bakteriologiczne. Obserwacye nad przecinkowcem cholerycznym mnożyły się niemal z dniem każdym: badano jego stronę morfologiczną, zachowanie się lasecznika wobec środków dezynfekcyjnych, powietrza *resp.* wysychania, zmian ciepłoty, walki o byt z innymi drobnoustrojami i t. p. Na równi z temi teoretycznymi i praktycznymi kwestyami znalazły miejsce i badania higieniczne. Tropiono lasecznika cholerycznego na każdym kroku, w każdym artykule spożywczym, na odzieży, bieliźnie, ścianach mieszkań, wannach, muchach, a że przykład KOCH'a był zaraźliwy, więc i badania wody najwięcej znalazły zwolenników. Od chwili gdy zauważono, zresztą zupełnie prawdziwy fakt, że epidemia rozszerza się niekiedy wzdłuż rzek,—jak to np. miało miejsce i w Lubelskiem we wsiach, położonych nad Wieprzem,—higieniczne zbadanie wody dla każdej okolicy stało się niemal obowiązującym. Wyniki tych poszukiwań co do znajdowania się laseczników cholery w wodzie były zwykle ujemne; niemniej jednak kilku badaczy doszło do pozytywnych wyników i ogłosiło, że przecinek cholery znajduje się w wodzie i że z nią się epidemia rozszerza.

Mamy tutaj na myśli przedewszystkiem dwa komunikaty tego rodzaju: E. BIERNACKIEGO w *Gazecie Lekarskiej* <sup>1)</sup> i C. FRAENKLA w *Deutsche med. Wochenschrift* <sup>2)</sup>. Nie będziemy przesądzać ścisłości tych poszukiwań i nieomyślności rozpoznania; chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że pomyłki były możliwe. *Errare humanum est*, a jako przyczynek do wyjaśnienia możliwości podobnych pomyłek, przytaczamy poniżej opis dwóch gatunków, które w pierwszej chwili nawet wprawnego badacza w błąd wprowadzić mogą.

---

<sup>1)</sup> E. Biernacki: „Spirylle choleryczne w wodzie studziennej i w wodzie z wanny”. *Gazeta Lekarska*. Nr. 41—1892.

<sup>2)</sup> C. Fraenkel: „Nachweis der Cholerabakterien im Flusswasser”. *Deutsche med. Wochenschrift*. Nr. 41—1892; podług referatu w *Centralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde* Bd. XII. Nr. 25.

W lecie zeszłego (1892) roku robiliśmy higieniczne badania wody, zwracając uwagę, jak zwykle, przede wszystkim na chorobotwórcze formy. Pierwszy z nas — badał wodę wiślaną, drugi — wodę studzienną w żydowskiej dzielnicy m. Lublina. Prawie jednocześnie i niezależnie od siebie znaleźliśmy na płytkach żelatynowych kolonie, niezmiernie przypominające kolonie laseczników cholerycznych. Z początku zaniepokoiło nas takie odkrycie, a obawa nasza zwiększyła się, gdy preparaty mikroskopowe i hodowle kłute w pierwszych dniach badania podobieństwo to potwierdziły. Ostrożność jednak powstrzymała nas od zbyt pochopnych uogólnień, a dalsze badania doprowadziły do ciekawych wyników. Okazało się mianowicie, że są to dwa różne gatunki, że różnią się one pod niektórymi względami od laseczników cholery, że są one wprawdzie do przecinków KOCH'A bardzo podobne, nie wszakże wspólnego z nimi, prócz formy zewnętrznej, nie mają.

Pierwszy z tych gatunków, znaleziony przez BUJWIDĄ w wodzie Wiślanej, został nazwany *bac. cholerooides*  $\alpha$ , drugi — znaleziony przez W. ORŁOWSKIEGO w wodzie z pompy żelaznej na ul. Kowalskiej Nr. 385—6 w Lublinie — *bac. cholerooides*  $\beta$ . Postaramy się te gatunki w krótkości opisać.

Laseczники z gatunku  $\alpha$  na preparatach, barwionych fuksyną lub fioletem gencyanowym, przedstawiają się pod postacią dosyć krótkich, niezbyt grubych, a na końcach zaokrąglonych laseczek, mniej lub więcej pozginanych, uderzająco podobnych do prątków cholerycznych. Formy esowate, łukowate, niekiedy nawet faliste, dłuższe i krótsze śrubowato pozginane nici zdarzają się tutaj równie często, jak i wśród bakterii cholery. Długość pojedynczych laseczek waha się od  $1,8\ \mu$  do  $2,7\ \mu$ , grubość równa się  $0,45\ \mu$ , długość nici dochodzi nieraz do  $9,0\ \mu$ , przy  $0,9\ \mu$  szerokości. Przyjmując jako przeciętną długość laseczników KOCH'A  $1,5\ \mu$ , z wahaniami w granicach  $0,8$ — $2,0\ \mu$  i taką szerokość, wynoszącą  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$  długości <sup>3)</sup>, dojdziemy do przekonania, że i pod tym względem trudno się dopatrzeć wielkiej różnicy między temi gatunkami. Jedyną okoliczność, jaka pozwala w pewnej mierze odróżnić gatunek  $\alpha$  od laseczników cholerycznych, jest to obecność stosunkowo krótszych, prawie prostych laseczek, zwykle po 2 połączonych; jak się to okaże niżej, są to formy młodociane gatunku  $\alpha$ .

Dotychczas mówiliśmy o mikroskopowym wyglądzie laseczników na preparatach z cokolwiek starszych hodowli, a więc: 3—4-dniowych płytek żelatynowych, 5—6-dniowych hodowli rysowych agar-agarowych, lub takichże hodowli kłutych żelatynowych. Obrazy na preparatach z młodych 24-godzinnych hodowli agar-agarowych są zgoła odmienne. Spotykamy tutaj zupełnie proste, znacznie krótsze i grubsze laseczki,  $0,9$ — $1,3\ \mu$  długości mające, obok  $0,5$ — $0,9\ \mu$  szerokości, odznaczające się szczególniejszą dążnością do tworzenia form paciorkowatych (*strepto-bacilli*). Powstałe tą drogą nici dochodzą niekiedy do  $12\ \mu$  długości. Dodać należy, że formy zwyrodnione (inwolucyjne) gatunku  $\alpha$ , spotykane na preparatach ze starszych hodowli, nie różnią się zasadniczo od takichże form laseczników cholery.

Laseczники z gatunku  $\beta$  są, być może, jeszcze podobniejsze do tych ostatnich. Wogóle wzięwszy, trudno się dopatrzeć na preparatach z hodowli żelatynowych, wyraźnych różnic między osobnikami  $\alpha$  i  $\beta$ . Te ostatnie są cokolwiek mniejsze, różnica ta wszakże jest ledwo dostrzegalną.

<sup>3)</sup> C. Flügge: „Die Mikroorganismen“. Leipzig 1886 str. 341.

Długość laseczników  $\beta$  wynosi 1,4—2,7  $\mu$ , szerokość 0,4—0,5  $\mu$ ; długość wytworzonych, mniej lub więcej wyraźnie członkowanych nici waha się w granicach 3,6—9,0  $\mu$ . Laseczki, wzięte z hodowli 5-dniowych agar-agarowych, są wogóle dłuższe (1,8—3,6  $\mu$ ) i cieńsze (0,2—0,3  $\mu$ ), nici spotykają się dość rzadko. Co je odróżnia zasadniczo od laseczników  $\alpha$ , to brak formy młodocianej, analogicznej z występującą u gatunku  $\alpha$  w jednodniowej agarowej hodowli. Laseczki  $\beta$  z hodowli takiej są to typowe, łukowato zakrzywione pałeczki, mające 1,8—4,5  $\mu$  długości i 0,54  $\mu$  szerokości; tworzą one dosyć często najdziwniej poskręcane nici, które dochodzą do 14,4  $\mu$  długości.

Na płytkach żelatynowych, przy stosunkowo niskiej temperaturze pokojowej (12°—14° R.), rośnie gatunek  $\alpha$  cokolwiek wolniej od b. cholery i wolniej rozpuszcza żelatynę. Po 24 godzinach widać na płytce, przy przecho-dzącym świetle i nieznacznej powiększeniu, bardzo małe, okrągławe, szara-we, drobnoziarniste kolonie, posiadające wyraźne ostre kontury. Po dwóch dobach ziarnistość staje się wyraźniejszą, ostre dotychczas kontury powoli się zacierają, kolonia rozpadowa staje się bardziej ziarnistą, przybiera bardziej żółtawą barwę. W miarę dalszego rozwoju, wokoło pierwotnej małej kolonii tworzą się jaśniejsze ziarniste występy, laseczki zaczynają rozpuszczać żelatynę, cała kolonia powoli się opuszcza w wytworzonym na powierzchni płytki wgłębieniu. W tym okresie podobieństwo do kolonii cholery jest uderzające. Dalsza jednak obserwacja pozwala wykryć wyraźne różnice: laseczki zaczynają jednostajnie mącić rozpuszczoną galaretę, rozpuszczając ją bardziej powierzchownie, co prowadzi w końcu do wytworzenia miseczkowatych raczej, niż lejkowatych zagłębień, samą płytkę wreszcie czuć nie indolem, lecz trójmetylaminem i metyl-merkaptanem.

Gatunek  $\beta$  cokolwiek szybciej rozpuszcza żelatynę niż  $\alpha$  i bakterie cholery. Po 24 godzinach widać na płytkach małe, okrągłe, drobnoziarniste, zielonkawo-żółtawe, wyraźnie zarysowane kolonie. Po 48 godzinach powierzchniowe kolonie już zaczynają rozpuszczać galaretę. Na dnie miseczkowatych zagłębień, wypełnionych rozpuszczoną żelatyną, widać okrągłe, gruboziarniste, szarawo-żółte, o nierównym, ziarnistym brzegu kolonie, posiadające wewnątrz brunatnawo-żółte, drobno-ziarniste jądro. Zagłębienia na płytkach są wogóle większe niż te, jakie tworzy gatunek  $\alpha$ ; zapach płytki jest podobny do pierwszego gatunku.

Jeszcze podobniejsze do hodowli cholery są hodowle tych gatunków w formie kultur klutych w żelatynie. Mamy tutaj ten sam pęcherzyk powietrza pod powierzchnią żelatyny, ten sam powolny wzrost wzdłuż ukłucia. Jedyna, acz wyraźna różnica, jaką się daje na tego rodzaju hodowlach zauważyć, polega na tem, że żelatyna, rozpuszczona w lejku, szybciej wysycha w hodowlach bakterii cholery, niż w hodowlach gatunków  $\alpha$  i  $\beta$ , wskutek czego podstawa lejka u tych dwóch gatunków zawsze jest otoczona niewielką ilością mętnej płynnej galarety; ilość tej ostatniej w gatunku  $\beta$  jest większa niż w gatunku  $\alpha$ . W miarę postępu rozwoju, gatunki  $\alpha$  i  $\beta$  nie powiększają lejka wgłęb', jak to czynią bakterie cholery, lecz szybko rozpuszczają że atynę w kierunku nazewnątrz, przez co się znacznie różnią od hodowli bakterii cholery, przyczem gatunek  $\beta$  stosunkowo silniej rośnie wgłęb', niż  $\alpha$ ; jest więc bardziej beztlenowcem (anaërobowym), niż ten ostatni, i trochę szybciej rozpuszcza żelatynę, niż bakterie cholery i gatunek  $\alpha$ .

Na agar-agarze gatunki  $\alpha$  i  $\beta$  rosną w sposób podobny do hodowli bakterii Koch'a; zauważyć jednak wypada, że przy braniu igłą platynową, hodowla  $\beta$  ciągnie się i łupi bardziej, niż  $\alpha$ .

Obadwa gatunki rozpuszczają skrzeplą surowicę po dwóch tygodniach.

W bulionie gatunki  $\alpha$  i  $\beta$  rosną bardzo wolno, znacznie wolniej od prątków cholery, przytem trochę szybciej przy ciepłocie pokojowej, niż przy  $37^{\circ}$  C. w termostacie; gatunek  $\beta$  rośnie szybciej niż  $\alpha$ . Błonkę na powierzchni bulionu wytwarzają one bardzo późno, dopiero po 2—3 tygodniach.

Hodowle tych gatunków, reakcy indolowej nie dają

Produkty przemiany materii, wydzielane przez te bakterie, są alkaliczne; gatunek  $\alpha$  wydziela jakieś ciało, rozpuszczalne w wodzie kondensacyjnej i lotne, wyraźnie alkaliczne, gatunek  $\beta$ —ciało tylko rozpuszczalne, słabiej alkaliczne.

Laseczniki obydwóch tych gatunków, hodowane w kropli wiszącej przy  $37^{\circ}$  C. i następnie badane pod mikroskopem, okazują bardzo żywy ruch. Ruch ten wszakże nie jest śrubowato postępowy, jak u bakterii cholery, ale raczej wahadłowo-postępowy. Organami tego ruchu są rzęski, po jednej na przednim końcu bakterii, dające się wykazać przy stosowaniu obojętnej „beizy“ LOEFFLER'A <sup>4)</sup>. Rzęski te są dłuższe niż u bakterii cholery.

Co się tyczy chorobotwórczych własności tych bakterii, to, o ile wnosić można z pojedynczych szczepień czystych hodowli tych gatunków do otrzewnej świnek morskich, laseczniki opisane, nawet w znacznych ilościach szczepione (cała ilość hodowli agar-agarowej z jednej probówki), nie wywołują żadnych zaburzeń.

Na zakończenie zaznaczyć wypada, że jednocześnie z nami znaleźli w wodzie C. GÜNTHER <sup>5)</sup> w Berlinie i WEIBEL <sup>6)</sup> w Monachium również dwa gatunki wibryonów, podobnych do laseczników cholery. O ile wszakże te dwa gatunki są podobne, lub identyczne z wyżej przez nas opisanymi, niepodobna dotąd określić, z powodu braku odpowiednich porównawczych badań.

Z oddziału chorych wenerycznych i skórnych d-ra Krówczyńskiego we Lwowie.

## Doświadczenia nad zapobiegawczem działaniem wody utlenionej przy szczepieniu wydzielin wrzodów miękkich.

Wykonał i opisał **Dr. M. Świątkiewicz.**

Zachęcony przez prymariusza d-ra KRÓWCZYŃSKIEGO, podjąłem się wypróbowania na chorych jego oddziału, o ile działanie wody utlenionej zapobiegać może powstawaniu wrzodu miękkiego w warunkach zbliżonych do tych, jakie istnieją przy zarażeniu się podczas spółkowania. W tym celu szczepiłem wydzielinę wrzodów miękkich na skórze przedramienia lewego odnośnych chorych, a obecnie podaję rezultat tychże szczepień w 15 przypadkach wraz z opisem sposobu w jaki je dokonywałem.

<sup>4)</sup> Prof. F. Loeffler: „Weitere Untersuchungen ueber die Beizung und Färbung der Geisseln bei den Bakterien“. Centralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde. Bd. VII. Nr. 20 s. 625.

<sup>5)</sup> C. Günther: „Ueber eine neue, im Wasser gefundene Bacillenart.“ Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 49—1892.

<sup>6)</sup> E. Weibel: „Ueber eine neue, im Brunnenwasser gefundene Vibrionenart“. Centralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde. Bd. XIII str. 117.

1. Chora A. M. przyjęta 4/11 92 z rozpoznaniem *Ulcer. moll. lab. pud.* Ropę zebraną z wrzodów zaszczipiłem zapomocą skaryfikacji na górnej części przedramienia lewego. Po trzech minutach zapuściłem w miejsce szczepienia kroplę wody utlenionej 8‰, której nam dostarczono 25/10, 92, a w dniu szczepienia pierwszy raz otworzono i użyto. Pianę, która w tej chwili w znacznej ilości powstała, pozostawiłem przez  $\frac{1}{2}$  minuty, poczem usunąłem ją i miejsce to silnie starłem trzykrotnie watą umoczoną w wodzie utlenionej. W następstwie tego skóra w tem miejscu zbieleła a powierzchnia jej stała się jakby napęczniałą, rozpulchnioną. Poniżej zaszczipiłem ropę bez użycia wody utlenionej i miejsce to osłoniłem szkiełkiem zegarkowem, a pokrywwszy wszystko suchą watą, przedramię obandażowałem. Drugiego dnia t. j. 5/11 na górnym miejscu zauważyłem lekkie tylko zaczerwienienie i strupki zaschłej krwi, przylegające silnie do skóry. Na dolnym powstał pęcherz o kształtach nieregularnych, co dowodzi, że utworzył się ze złącia kilku drobniejszych. 7/11. Na górnym: strupek żółtawy jak przy *eczema*, reakcja w otoczeniu bardzo nieznaczna, a po zdjęciu strupa widzimy nadżarcie dość wielkie, broczące. Na dolnym strupek brunatny, pod nim owrzodzenie powierzchowne, pokryte skąpą wydzieliną ropną. 8/11. Stan prawie niezmieniony, 10/11 tak samo, 12/11 nadżarcie pokryte suchym strupem, w dole owrzodzenie z mierną wydzieliną ropną. 15/11. Na górnym miejscu zaledwie ślad po skaryfikacji, na dolnym zaś typowy wrzód miękkii, na który zastosowano siarczan miedzi w roztworze.

2. J. J. przyjęta 4/11 z rozpoznaniem *Urethrit. et Endometr.* Do szczepienia użyto wydzieliny wrzodów poprzedniej chorej, przeprowadzono je w dniu 5/11 zupełnie tak samo jak w poprzednim przypadku, do wycierania użyto tej samej wody i dlatego opis rękoczynu tak w tym jak w następnych przypadkach opuszczam. 7/11 w miejscu górnego szczepienia suchy strupek, mały, odsłania po zdjęciu powierzchnię gładką, lekko broczącą, natomiast na dolnym 6—8 prosowatych pęcherzyków, wypełnionych cieczą żółtawą. 8/11. Na górnym strupek żółty, bardzo mały odczyn w pobliżu, na dolnym pęcherzyki przyschły, reakcja również nieznaczna. 10/11. Na górnym miejscu strup dość gruby, pod nim trochę gęstej żółtej ropy, dno jednak zupełnie równe. W dole wyraźny wrzód miękkii. 12/11. W obu miejscach wrzody miękkie, na które zastosowano *Cupr. sulf.*, poprzednio jednak przeszczepiono ropę z górnego owrzodzenia na przedramię prawe z wynikiem dodatnim.

3. Z. B. przyjęta 28/10 z rozpoznaniem *Syph. rec.* Ropy użyto z wrzodów chorej H. S., która przybyła na oddział 7/11 z rozpoznaniem *Ulcer moll. in indiv. antea luet.* Sposób szczepienia wykonano jak wyżej 8 11. Nadmienić tu muszę, że szczepiona miała na kończynach rozrzucone powierzchowne owrzodzenia przymiotowe pokryte strupami. 9/11. U góry ślady po przyschniętych nacięciach, reakcyi żadnej, na dole pęcherzyk żółty. 10/11. W górze jak poprzednio, w dole wrzód miękkii. Stan ten utrzymywał się do 15/11, w którym to dniu przystąpiono do zniszczenia wrzodu.

4. K. W. przyjęta 8/11 z rozpoznaniem *Ulcer. moll. lab. pud.* Ropy użyto z tychże wrzodów i przeszczepiono ją 10/11. 11/11. Na obu miejscach przyschnięte strupki bez reakcyi. 12/11. W górze strupek suchy, w dole pęcherzyk. 15/11. Około górnego miejsca lekkie zaczerwienienie, w dole wrzód miękkii. 17/11. W górze wrzód miękkii również.

5. A. W. przyjęta 28/10 z powodu *Syph. rec.* Zaszczipiłem jej 18/11 ropę wziętą z górnego owrzodzenia chorej Nr. 4, postępując zawsze w ten sam sposób. Wody w tym i następnych trzech przypadkach użyłem z flaszeczki

drugiej świeżo otworzonej a dostarczonej równocześnie z poprzednią. 19/11. W górze strupek żółtawy wskazuje miejsce szczepienia, w dole podobne dwa strupki, lecz nieco grubsze. 20/11. Stan nie zmieniony, 21/11 również ani śladu reakcji zapalnej. Podobnie przez następne dni, aż dopiero 24/11 w dolnym miejscu powstał pęcherzyk z zawartością ropną, a po usunięciu go okazał się mały wrzód o cechach owrzodzenia miękkiego, który jak poprzednie, zniszczono *cupr. sulf.* W górze zmiana żadna nie powstawała i podczas dalszej obserwacji.

6. M. H. przyjęta 17/11 z *Ulcer. moll. pud.* Obydwa miejsca szczepienia, na które nałożono ropę 21/11 z wrzodów tejże chorej, na drugi dzień pokryte były strupem suchym, bez reakcji w otoczeniu. 23/11 w górze stan nie zmieniony, w dole lekkie zaczerwienienie. 24/11 w dole pęcherzyk ropny, 25/11 tak samo. 26/11. Pęcherzyk usunięto, a pod nim znaleziono owrzodzenie lejkowate, głębokie, w górze ślady po skaryfikacji. Na wrzód *cupr.*

7. W. T. przyjęta 20/11 z *ulcer. moll. ad intr. vag.*, których wydzielinę przeszczepiono 21/11. Następnego dnia w otoczeniu strupków górnego i dolnego szczepienia lekka reakcja zapalna. 23/11. W dole kilka drobnych pęcherzyków, w górze strup suchy a pod nim nadżarcie bez otoczenia zapalnego. 24/11. W górze stan jednakowy, w dole pod strupem płytkie owrzodzenie. 25/11. W dole wybitne objawy zapalne, nieco wydzieliny ropnej. Stan ten trwał aż do 3/12, w którym to dniu stwierdzono w dole dwa głębokie owrzodzenia i zastosowano odpowiednie leczenie, a w górze nie znaleziono zmian żadnych.

8. M. C. przyjęta 29/11 z *Ulcer. moll. ad intr. vag.* Szczepienia dokonano 30/11 jak u poprzednich. 2/12. Miejsce skaryfikowane w górze pokryte suchym strupem, w dole również, lecz skóra w jego otoczeniu zaczerwieniona. 3/12. Stan ten sam, 4/12 mała reakcja około dolnego strupka. 6/12. W górze ślady po nacięciach, w dole wyraźny pęcherzyk, pod którym dnia następnego znalazłem owrzodzenie miękkie. Obserwacja przez kilka dni następnych w miejscu szczepienia z wodą utlenioną nic nie wykazała

9. P. K. przybyła 6/12 *cum syph. rec.* a zaszczipiona została 10/12 wydzieliną wrzodów miękkich chorej E. K., przybyłej d. 8 12. Wody utlenionej użyto w tym i następnych dwóch przypadkach 6%, a dostarczono nam jej dwa dni przed szczepieniem. 9/12 zauważono w obydwu miejscach tylko poprzysychane strupki. 12/12. W górze lekkie zaczerwienienie, w dole pęcherzyk o zawartości żółtej, ropnej. 13/12 w górze nie ma żadnej reakcji, w dole wrzód miękki wyraźny, który pod *cupr. sulf.* w kilka dni się zbliźnił. Przez cały ten czas w górnym miejscu nic nie powstało, nawet ślady po nacięciach zupełnie znikły.

10. A. S. przyjęta 13/12 z rozpoznaniem *Ulcera moll.* Ropę zebrano z owrzodzeń chorej i zaszczipiono 15/12. Drugiego dnia spostrzeżono na dole silną reakcję zapalną, w górze tylko zaschnięte ślady skaryfikacji. 17/12. W dole pęcherzyk ropny, w górze stan nie zmieniony, 19/12 w dole wrzód, na który zastosowano zaraz *cupr. sulf.*, w górze ani tego dnia, ani przez następnych kilka nie zauważono zmian żadnych.

11. M. K. przybyła 18/12 z rozpoznaniem *Syph. rec.* Następnego dnia przeszczepiono ropę z owrzodzenia powstałego w przypadku 10-tym. 20/12. W górze znaleziono żółty cienki strupek, w dole tylko przyschnięte nacięcia. 22/12. W dole zaczerwienienie w otoczeniu, 23/12 pęcherzyk w temże miejscu, 24/12. wyraźne owrzodzenie miękkie. Chora pozostaje dotąd szpitalu. W miejscu górnego szczepienia żadna zmiana nie powstała.

12. A. Ł. przyjęta 3/1 93 z *Ulcer. moll.* Do szczepienia użyto ropy z owrzodzeń tejże chorej, a do wytarcia górnego miejsca u tej i u wszystkich następnych chorych wody utlenionej 5%, otwartej po raz pierwszy i użytej 5/1 93. 6/1. W dole strupki z zaczerwienionem otoczeniem, w górze bez reakcji. 7/1. W dole pęcherzyk, pod którym w trzy dni później znaleziono wrzód typowy miękkiej, gdy w miejscu zmytem wodą utlenioną nie pozostał żaden ślad po szczepieniu.

13. U tej samej osoby przeniesiono ropę z wrzodów miękkich chorej U. przybyłej 10/1, na przedramię prawe. Na drugi dzień w górze, prócz strupka delikatnego, nie znaleziono żadnych zmian, w dole strup znacznie grubszy i zapalne otoczenie. 12/1. W górze lekkie zaczerwienienie, w dole wyraźny wrzód miękkiej, który zaraz zapuszczono *cupr. sulf.* 14/1. Zaledwie ślady po nacięciach w górze, a stan ten utrzymuje się dotąd.

14. P. S. przybyła 23/12 z *Urethr. et Endometr.* Zaszczepiono jej 10/1 ropę wziętą z tej samej chorej, co w poprzednim przypadku. 11/1. W obu miejscach tylko ślady po skaryfikacji. 12/1. W dole nadżarcie pokryte ropą, w górze nic. 13/1. W dole powstał wrzód miękkiej, w górze aż do tej chwili. gdyż chora pozostaje jeszcze na oddziale, nic się nie okazało.

15. A. G. przybyła 7/1 z rozpoznaniem *Ulcer. moll. in indiv. luet.* Szczepiona 11/1 ropą chorej U. jak u dwóch poprzednich. 12/1. W górze lekkie zaróżowienie otoczenia, w dole silniejsze. 13/1. W dole nadżarcie pod strupem, a 14/1 wrzód miękkiej w temże miejscu; w górze strupek bez reakcji w parę dni odpadł, nie pozostawiając żadnego śladu po szczepieniu.

Na podstawie doświadczeń, robionych dotychczas w oddziale prymaryusza d-ra KRÓWCZYŃSKIEGO, przychodzę do następujących wniosków:

1) Z doświadczeń d-ra UHMY <sup>7)</sup> wynika, że po za organizmem woda utleniona stanowczo znosi własności jadu wrzodu miękkiego.

2) Z powyżej opisanych doświadczeń i podobnych, przez kol. UHMĘ wykonywanych, okazuje się, że zarówno 8% jak 6 i 5% woda posiada te same własności. Do użytku praktycznego zdaje się być najodpowiedniejszą 5%, gdyż 6 i 8% niekiedy wywołuje strupy.

3) Ponieważ pierwsze doświadczenia nie udawały się, zachodzi pytanie, czy nie kłaść tego na karb braku wprawy.

4) Trudno rozstrzygnąć, o ile otrzymane rezultaty przypisać należy mechanicznemu ścieraniu, a ile chemicznemu działaniu wody utlenionej. Z doświadczeń UHMY wnosić należy, że ostatnie z pewnością nie jest bez znaczenia.

5) Wyjaśnić tę sprawę mogą zbiorowe doświadczenia, jakoteż obowiązkowe zaprowadzenie wody utlenionej w domach publicznych, z dodaniem instrukcji jak ją stosować.

6) Gdyby przez użycie wody utlenionej udało się zmniejszyć ilość zarażeń wrzodami miękkimi i przymiotem o 20—30%, to już byłoby to bardzo wielkiem dobrodziejstwem. Przypuszczenie takie jest usprawiedliwione tem bardziej, że własności bielenia miejsc obnażonych, a więc miejsc prawdopodobnego wnikięcia jadu i łatwość nawet wielokrotnego zastosowania wody utlenionej w miejscu obnażonem, powinny jak największe dawać szanse, że działaniu jadu się przeszkodzi. Jeżeliby dalsze badania, nasze dotychczasowe spostrzeżenia stwierdziły, odkrycie to należałoby w każdym razie do niepoślednich zdobyczy naukowych.

<sup>7)</sup> Patrz N-r 11-ty „Medycyny“.

## WYKŁADY KLINICZNE.

## O mechanicznem leczeniu zapalenia kręgów (spondylitis).

Z odczytów i wykładów D-ra ANDERSA WIDE, docenta Karolińskiego medycznego Instytutu,  
Dyrektora Ortopedycznego Instytutu miasta Stockholmu.

Podał Roman Skowroński.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 11).

Do zapięcia kaftanika z przodu potrzebne są ze 3 klamry zrzedzeniami, albo taki przyrząd, jaki się używa przy zwyczajnych damskich gorsetach, lub jeszcze lepiej haftki używane do męzkich sznurowanych kamaszów. Pod pachami należy kaftanik podwatować lub obszyć flanelą, albo zamszem. Przygotowany w ten sposób kaftanik oprócz łatwości zdejmowania, odpowiada nadto wielu innym wymaganiom: jest mocny i trwały, daje się używać przez wiele miesięcy, dotąd, dopóki pacjent z niego nie wyrośnie. Jeżeli kaftanika nie zdejmuje się codziennie, to może służyć na  $\frac{1}{2}$  roku i dłużej. Z czasem jednak kaftanik taki zaczyna mięknąć, najpierw zwykle nad grzebieniem kości biodrowej; naprawa jednak łatwo uskutecznić się daje przez zmycie połamanej części gipsu gorącą wodą i nałożenie nowych gipsowych bandażów. Pod powyższy kaftanik kładzie się zwykle grubą trykotową koszulę. Jakkolwiek bardzo często można się spotkać w literaturze z wymaganiem, aby kaftanik gipsowy się zdejmował, to jednak i niezdejmowanym gardzić nie należy, albowiem do zrobienia jego potrzeba mniejszej liczby asystentów i mniejszej wprawy oraz ściśłości przy nakładaniu bandażów, a co ważniejsza, nie potrzeba przyszywać klamor, sprzączek, dzięki czemu kaftan będzie o wiele tańszy, mniej ambarasowny, dostępny do nałożenia go choremu przez lekarza nawet na wsi. Przy noszeniu niezdejmującego się gipsowego kaftanika pamiętać należy o zachowaniu czystości przez chorego, dla tego też trykot, noszony pod kaftanikiem na ciele, powinien być przynajmniej co tydzień zmieniany, er się da uskutecznić w ten sposób, jeżeli do dołu zbrudzonego trykotu przyszyjemy czysty, i wciągniemy go zapomocą tego pierwszego do góry, potem zaś odprujemy brudny tak, że czysty zajmie miejsce brudnego trykotu. Przez zmienianie zyskujemy i to, że na brudnym trykocie można zobaczyć, czy na ciele nie zrobiła się jaka ranka, a w takim razie bardzo łatwo w odpowiedniem miejscu wyciąć okienko w kaftaniku i przez nie ranę opatrywać. Obwijanie ciała watą pod kaftanikiem jest zbędne, wtedy bowiem kaftanik nie jest wiernem odbiciem form ciała, a wszelkie podkładki nie zapobiegają bynajmniej uciskaniu i zdzieraniu naskórka. W Szwecyi również rozpowszechnione są bardzo skórzane gorsety P. Matthiussa, które są bardzo trwałe, ale drogie. Gorset skórzany ma wielką zaletę—niezwyczajnej trwałości, a szczególnie przy wzmocnieniu go kilku stalowymi szynami możemy zapobiedz jego rozciąganiu się. Ma on jednak i wady, mianowicie, wydaje zapach skóry, co nie jest bardzo przyjemnem, szczególnie dla pań, i skrzypi za najmniejszym poruszeniem się chorego, dlatego też chorzy niechętnie go używają. Gorsety skórzane są bardzo dobre, szczególnie dla osób dorosłych, ciężkich i otyłych. Opis robienia takich gorsetów opuszczam, jako zbyt specjalny.

Jeszcze jeden gorset jest w wielkiem użyciu w Instytucie Ortopedycznym, mianowicie gorset z poroplastycznego filcu, wynalezionego przez angielskiego fabrykanta Cocking'a w r. 1870. Gorset ten (zob. fig. 6) przez ostatnie 12 lat cieszy się ogromnem powodzeniem i ma wielką przewagę nad innemi podobnego rodzaju gorsetami, gdyż daje się z łatwością częściowo lub całkowicie przerabiać. Jeżeli gorset taki, co się często zdarza, uciska kłęby lub inne wystające części ciała, to można go zaraz dowolnie rozszerzyć. W tym celu moczy się serwetkę lub gąbkę w gorącej wodzie, i kładzie się ją na filcu

w danem miejscu. Filc mięknie i daje się dowolnie rozciągać, co uskutecznia się zapomocą rączki drewnianej lub okrągłego trzonka od noża. Nawet jeżeli pacjent wyrósł z gorsetu, to gorset można nanowo przerobić przez powtórne prefasonowanie. Do robienia jednak takiego gorsetu nadaje się tylko wspomniany wyżej filc angielski. Gorset taki służy na lat 3 i więcej. Widziałem u JAKOBY'EGO, bandażysty w Stockholmie, gorset taki u naprawy, noszony przez lat 8; gorset ten złożony jest z 2 części, z powodu wielkiego zniekształcenia tułowia, (inaczej trudno by go było włożyć), zapina się z tyłu na zasuwki, a z przodu na klamry, jak zwyczajny gorset. Profesor MURRAY zaleca zawsze filcowe gorsety, z 2 części składane, dla większej ich mocy. WIDE znajduje jednak, że i bez tego są one dostatecznie mocne i odpowiadają w zupełności wszystkim wymaganiom. Jediną wadą gorsetu z poroplastycznego filcu jest jego wygórowana cena, a to z powodu, że sekret przygotowywania takiego filcu znanym jest tylko w Anglii, dla tego też ceny, od czasu jego wynalezienia, nie zniżyły się wcale. W archiwum Instytutu jest gorset zrobiony z plastycznego filcu niemieckiego, który przygotowują ze zwyczajnego filcu, używanego zwykle na kapelusze, przez zmoczenie go w szellaku rozpuszczonym w spirytusie, ale ten wielce różni się od angielskiego, jest nieodpowiedni do plastyki i bardzo kruchy. Widziany przezemnie gorset wzmacniano kilka razy stalowymi szynami, ale i to nie na wiele się zdało. Rzeczywiście, że lepszego materiału na sztywne gorsety trudno wymyślić; posiada on wszystkie przymioty dobrego gorsetu: moc, trwałość, niepodatność, lekkość, i nadaje się szczególnie dla dorastającego pokolenia, dzięki swojej łatwości do rozciągania się.

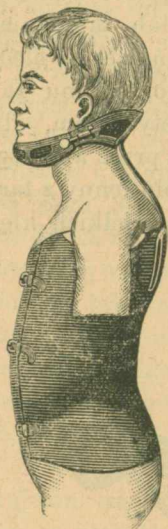


Fig. 6.

Jeżeli chodzi o tanióść materiału, to zaletę tę posiadają gorsety drewniane, wynalezione w 1888 r. przez WALTUCHA, a często w Szwecyi stosowane. Są one lekkie, eleganckie i tańsze od filcowych. Jakkolwiek drewniane gorsety nie zastępują nigdy skórzanym, a szczególnie filcowym gorsetów, to jednak mają tyle zalet przed innymi tego rodzaju aparatami, że w zupełności zasługują na rozpowszechnienie, tem bardziej, że są łatwe do zrobienia, nawet samemu. Dla przygotowania takiego gorsetu jak również skórzanego i filcowego, potrzeba najprzód zrobić z gipsu manekin czyli pozytywną formę tułowia (filcowy można przygotowywać odrazu na ciele chorego, ale go to zazwyczaj męczy i gorset nie jest bardzo dokładnie dopasowany). Ażeby przygotować pozytywną formę tułowia czyli manekin, potrzeba znowu mieć negatywny odcisk korpusu, który przygotowuje się zupełnie tak samo, jak gipsowy kaftanik Sayre'owski do zdejmowania, tylko nieco cieńszy. Do zrobienia pozytywu czyli manekinu przygotowuje się rodzaj kulek z pakul konopnych, które się macza w gipsie rozrobionym w letniej wodzie, gęstości tapeciarskiego kłajstru. W kłajstrze tym macza się pakule i wyklada się wewnątrz wysuszonego negatywu słojami w kierunku osi podłużnej. Kiedy się już wyłoży cały negatyw dostatecznie grubą warstwą mniej więcej na 2—3 palce, zdziera się negatyw, i manekin gotów. Żeby łatwiej zdzierać negatyw, można go wewnątrz, przed wkładaniem pakul, wysmarować tłuszczem. Po wyschnięciu tego odlewu (manekinu), do czego potrzeba czasu około 6 godzin, wdziewa się na niego trykot, zeszywa go u góry i u dołu, aby się nie zsuwał. Na trykot nakleja się podłużnie mocnym klejem Kölnerowskim paski z cienkiego szarego płótna, 10 ctm. szerokości mające. Na to posłanie przylepia się drewniane cienkie paski—wiory stolarskie z sosnowego drzewa—5 ctm. szerok. i  $1\frac{1}{2}$ —1 m. m. grubości, na te wiory idzie znowu posłanie w poprzek, z pasków szarego płótna, potem znowu słój wiorów. naklejany w poprzek tak, aby się z poprzednim słojem wiorów

krzyżował, na to idzie płótno i następnie 3-ci podłożny słój drzewa. Po wyschnięciu tego wszystkiego zewnętrzny słój drzewa wygładza się raszplą i oblepia 2-ma kawałkami płótna. Tak oblepiony gorset smaruje się klejem i wdziewa nań trykot, który tym sposobem przykleja się do gorsetu. Potem suszy się cały gorset na formie przez jakie 8 godzin i kiedy dobrze wyschnie, przecina się wzdłuż *linea paraster.*, obcina się brzegi, wykrawa pachy, wykładając je flanelą, aby nie pily, i cały gorset naokoło lamuje się skórą, a z przodu przyszywa się przyrząd do sznurowania lub zapinania. Gorset taki jest co najmniej 5 razy lżejszy od gipsowego, lżejszy może nawet od filcowego i posiada wszystkie przymioty dobrego i trwałego gorsetu. Jedno, co mu zarzucają, to to, że w lecie podczas upałów mięknie. Wszystkie te gorsety latem, dla nieznosnego gorąca, jakie sprawiają, są niedogodne; zastępują je zwykle przez aparaty, jakie widzimy na rysunkach fig. 7, 8, 9, lub też poprostu przez gorset płócienny z tarczą i szynami stalowymi. Dla dzieci od lat 3—8, które nie mają dość wielkich kłę-

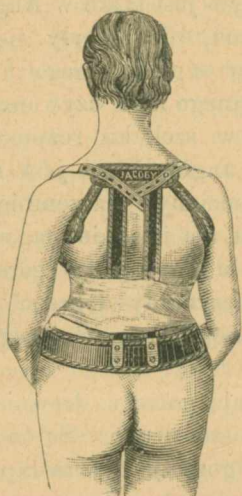


Fig. 7.

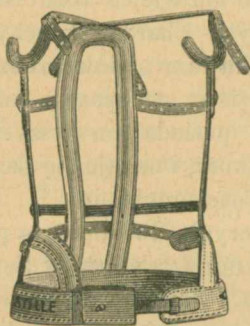


Fig. 8.

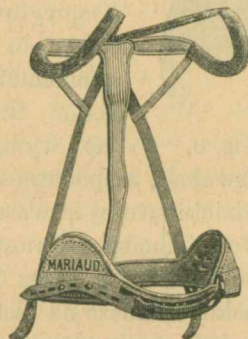


Fig. 9.

bow, jest bardzo trudno zrobić aparat do noszenia, gdyż ten, nie mając oporu, zsuwa się na dół, a tym sposobem nie tylko nie ujmuje ciężaru ciała z kręgosłupa, ale nadto uciska garb, i w najlepszym razie tylko ugniata łopatki. W takich razach Wiede używa gorsetu z tkaniny z tarczą pomiędzy łopatkami i podwójnymi szynami po jednej z każdego boku kręgosłupa, z rzemieniami przeciągniętymi pod pachami przez barki i spięciem z przodu, jak u zwyczajnego gorsetu, tak, aby można, stosownie do potrzeby, zaciągać go mocniej na piersiach i brzuchu, jak pokazuje fig. 10 (tylko bez przyrządu do podtrzymywania głowy) lub bez zapinania z przodu (fig. 7).

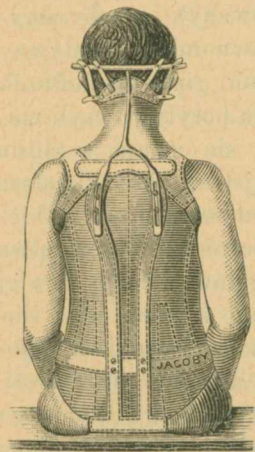


Fig. 10.

Gorset taki powinien być tak długi, żeby pas kłębowy z tyłu, podczas siedzenia pacjenta, opierał się o blat stołka, przez co tułów chorego, że tak powiem, wisi na rzemieniach przeciągniętych przez barki, i przez co zyskuje się na odjęciu ciężaru ciała z kręgosłupa—przynajmniej kiedy pacjent pozostaje w pozycji siedzącej—zob. fig. 10. W wielu jednak razach wykonanie portatycznych aparatów dla spondylityków jest bardzo utrudnione, gdyż nie dosyć jest, aby aparat (z czysto mechanicznego punktu) był dobrze obmyślanym i odpowiadał zadaniu, lecz powinien on być jeszcze dogodnym w noszeniu i jak najmniej krępować pacjenta. Jeżeli kręgosłup wsku-

tek sprawy chorobowej został skrócony i tułów do tego stopnia zniekształcony, że nie można użyć sztywnych gorsetów, to w takim razie można zastosować pas z poroplastycznego filcu, okalający kłęby, ze stalowymi szynami tej konstrukcji, jak to widzimy na rysunku fig. 11. Z powodu tego gorsetu demonstrował WIDE chorego lat 22, który może posłużyć zarazem jako jeden dowód więcej, że nieraz, pomimo najstaranniejszego leczenia, jak to już zresztą na początku powiedziano, nie można przeszkodzić tworzeniu się garbu. Zapalenie kręgów zaczęło się u tego chorego w 5-tym roku życia; w 10 roku życia z powodu tworzenia się garbu w 1—3 kręgach lędźwiowych chory zaczął się leczyć, i leczył się bez przerwy od 23/8 1880 r. Na samym początku dostał kaftanik gipsowy, później 4/2 81 drugi, następnie 7/6 tegoż roku 3-ci, a 23/9 81 r. gorset filcowy, którego używał dniem i nocą przez lat 4 i 9 miesięcy. Później 10/5 86 r. zaczął używać portatywnego aparatu, jaki wskazuje fig. 11. Pomimo tak starannego leczenia, garb ciągle się powiększa, a sprawa chorobowa jeszcze do dziś nie jest skończona, bo niech tylko chory na jeden dzień poprobuje zdjąć aparat, zaraz uczuwa ból w krzyżu i nie potrafi utrzymać się prosto, chociaż już był czas znacznego polepszenia.

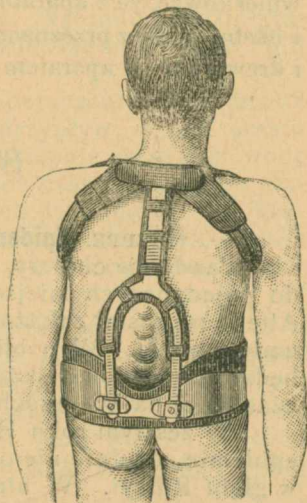


Fig. 11.

Wyżej już wzmiankowano, że aby gorset odpowiadał swojemu zadaniu i unosił tułów, powinien mieć dobry opór na kłębach. Tę trudność usunął STILLE przez skonstruowany przez siebie gorset; dla tego uważam za właściwe gorset ten opisać. Oprócz okalającego miednicę kłebowego pasa znajdują się po bokach łuki zagięte ku tyłowi w kształcie podkowy, które opierają się na kłębach. Łuki te są przymocowane z przodu do kłebowego pasa, a z tyłu kończą się wolno, będąc tylko połączone pasem rzemieniowym, za pomocą którego można je ciasniej napinać lub rozluźniać. Gorset ten bardzo się nadaje dla młodych pacjentów dobrej tuszy, z małymi garbami. Dla dorosłych ze sformowaną miednicą, pas kłebowy jest dostateczny do otrzymania wystarczającej podpory. Jeżeli garb wytworzył się w górnych kręgach tak wysoko, że dolne żebra leżą przed samą miednicą, to aparatu tego używać nie można, gdyż zachylone w łuki szyny uciskałyby klatkę piersiową, tamując i utrudniając oddech. W takim razie najlepiej odpowiada zadaniu aparat Mariaud'a, który na wierzchnim brzegu kłebowego pasa przymocował w formie półksiężyca wkleśłe skórzane kawałki wyłożone wewnątrz watą. Kiedy już kwestya oporu na kłębach usunięta, to już wtedy



Fig. 12.

łatwo uzupełnić konstrukcję aparatu: czy zaopatrzyć go kulami pod pachy, czy szynami, czy rzemieniem lub t. p. Wszystkie opisane tu aparaty używają się przy zapaleniu kręgów w dolnej części kręgosłupa, oraz piersiowej i lędźwiowej. Jeżeli zmiany istnieją w kręgach szyjowych albo górnych piersiowych, to wtedy do wszystkich tych aparatów potrzeba jeszcze dołączyć Jurymast (patrz fig. 3, 6, 8); w takim razie gorset jest jakby punktem oporu dla aparatu podtrzymującego głowę *resp.* wyciągającego kręgosłup. Wyznać jednak należy, że sztywne gorsety i w tym razie są lepsze, gdyż przylegając lepiej do ciała i kłębów różnej formy, przedstawiają większy opór dla podtrzymującego (Jurymastu) niż inne, pomijając już to, że te pierwsze podtrzymują lepiej tułów.

Wybór aparatu do zawieszania jest sprawą obojętną. Łuk LE VACHER'a z eskarpoletem GLISSONE'a (fig. 8) jest bardzo dobry, szczególnie dla małych dzieci, i tani,

alo niewygodnie się zapina. Lepszy i wygodniejszy, choć droższy, jest Jäderholm'a podtrzymywacz głowy, najczęściej używany w Instytucie (patrz fig. 12). Przy zapaleniu kręgów szyjowych używa się pomyślnie krawatu, który robi się z fileu, drzewa, gipsu i innych materyałów (patrz fig. 12). Przez podłożenie w odpowiednim miejscu pod ten bandaż małych poduszczonek dostatecznej grubości, otrzymujemy jeszcze wyciąganie.

Z wyżej podanego opisu aparatów używanych przy zapaleniu kręgów, łatwo wywnioskować, że z aparatów do leżenia okazały się najlepszymi: pościel reklinacyjna i ekstensyjna; z przeznaczonych do noszenia: sztywne gorsety gipsowo, filcowe, skórzane i drewniane, z aparatem do podtrzymywania głowy, gdzie tego zachodzi potrzeba.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### — HUEPPE. Epidemia cholery w Hamburgu w r. 1892.

Pandemie cholery, jakie dawniej ogarniały Niemcy, zwykle ograniczały się do pojedynczych miejscowości i nie rozszerzały się po całym kraju. W 1865 r. Altonburg został zakażony przez pośrednictwo Odessy, ale epidemia szybko się umiejscowiła. W pobliżu Moguncji w r. 1886 wybuchła zaraza w paru wioskach, będąc niewiadomo skąd zawleczoną i znikła prędko, jakkolwiek grasowała wówczas dalej na Węgrzech i we Włoszech.

W zeszłym roku Hamburg miał nieszczęście zostać nawiedzonym przez silną epidemię zupełnie nie oczekiwaną, gdyż najbliższe ogniska były bardzo odległe w głębi Rosyi. W niniejszej pracy H. stara się rozwiązać na zasadzie spostrzeżanych faktów następujące pytania:

- 1) Czy cholera jest miazmatyczną czy kontagijną?
- 2) Czy umiejscowienie zarazy zawdzięczać należy przerwaniu stosunków z Hamburgiem, czy też zależało ono od ilości opadów atmosferycznych i innych klimatycznych warunków?

- 3) Czy assanacja i dezynfekcja przyniosły jakieś korzyści?

Na zasadzie własnych spostrzeżeń zgodnych ze zdaniem większości badaczy, H. zaznacza najpierw, iż niema cholery bez bakterji przecinkowych.

Z szybko wzrastających cyfr pierwszych zachorowań jest widocznem, że jakiś czynnik oddziałał odrazu na wielką ilość zdrowych osobników. Takim czynnikiem mogła być tylko woda z Hamburgskiego wodociągu; jako niefiltrowana łatwo mogła być zakażoną przez kanałowe nieczystości. Do końca Września woda ta nie była bakteryologicznie badana, nic więc dziwnego, że bakterji cholery w niej później nie znaleziono.

LEBARSCH znalazł wprawdzie w wodzie na dnie statku stojącej, bakterje cholery, ale na statku tym był jeden przypadek zachorowania, po którym poszukiwanie zrobiono; zapewne więc bakterje przecinkowe pochodziły wprost z wypróżnień. Stąd wynika to tylko, że statki wodne mogą przewozić cholere na odległość. Natomiast w końcu Października udało się odkryć bakterje cholery w Altonie, na powierzchni filtrującej filtrów miejskich. (Altona czerpie wodę poniżej Hamburga).

Również i C. FRAENKEL znalazł w wodzie Renu przy Duisburgu bakterje przecinkowe, które się tam dostały z wypróżnieniami chorego. W 2 dni później F. z tejże wody nie mógł otrzymać b. cholery. W tej też miejscowości cholera dalej się nie rozszerzyła. HUEPPE dalej zauważył, że bakterje przecinkowe w wodzie niewyjałowionej po 10 dniach już się wykryć nie dają.

Bakterje cholery wędrowały z Hamburga przedewszystkiem w górę rzeki z szypami i w statkach, nie zaś z wodą w dół rzeki, gdyż jak to słusznie H. zaznacza, jakkolwiek woda zarazek nieraz zawiera, daleko jednak częstszą przyczyną zakażenia służy człowiek, mianowicie sam szyper i jego brudny statek.

Bakteryologia z epidemii r. zeszłego nie dała nam nic więcej nad to, co dać mogła t. j. wyraźne wskazówki możliwości zakażenia przez wodę. Czy z punktu

widzenia epidemiologii można wyjaśnić epidemię Hamburgską jako wynik złego urządzenia wodociągów?

O ile epidemia tyfusu w Hamburgu stała poniekąd w związku z budową gruntu, o tyle znów pojawienie się masy ognisk cholery równocześnie w różnych punktach i na różnym gruncie Hamburga nie daje się wyjaśnić przez własności gruntu. Przedewszystkiem zaczęli chorować szyprowie i robotnicy pracujący w porcie, ci jednak mogli się zarazić za pośrednictwem wody w porcie. Ale ponieważ zachorowania ogarnęły również masę ludzi nie mających nic do czynienia ani z portem ani z jego wodą, trzeba szukać innej przyczyny. Za taką uważać można tylko wodę z Elby, przez wodociągi miasta dostarczaną.

Koła zamożniejsze używające więcej wody wodociągowej, ale mniej pijące tej wody wprost, mniej również podlegają zachorowaniom. Natomiast ludzie pracujący ciężko, robotnicy i t. p., narażeni przez upał na większe pragnienie, pili wody tej więcej, to też i więcej chorowali.

Główny kanał Hamburgski wpływa do Elby w miejscu połączenia tego miasta z Altoną. Wodociąg czerpie wodę znacznie wyżej. Ale przyływ morski często przynosi nieczystości aż do smoka wodociągowego, który następnie prowadzi wodę do basenu osadowego. Tutaj woda nigdy się nie odstoi przez czas dłuższy, ale prawie bezpośrednio zostaje pompowaną do rur prowadzących do domów. W każdym domu znajduje się zbiornik, w którym nieczystości z wody cokolwiek zostają osadzone. Nie służy to jednak wcale do jej oczyszczenia, tak iż nawet na oko da się widzieć w wodzie wodociągowej pływające kłaczki.

Oddawna żądano wprawdzie urządzenia filtrów centralnych. Jeszcze w r. 1886 rzecz została zdecydowana, lecz dzięki lokalistycznym pojęciom PETTENKOFFERA, ciągle szukano prócz wody innych momentów miejscowych, zasługujących na większe uwzględnienie, mianowicie z racji epidemii tyfusu w r. 1885 i 86. Wreszcie, postanowiono przystąpić do budowy filtrów w r. 1889. Nad projektami spędzono cały czas aż do wybuchu cholery, która jako „policja przyrody“ wykazała wreszcie, czego oddawna miastu brakowało.

Jeżeli porównamy cyfrę śmiertelności z cholery dla Hamburga 13 na tysiąc, z cyframi Altony=2 na tysiąc i miasteczka Wandsbek 2 na tysiąc, oraz przyjmujemy pod uwagę, że 3 te miejscowości leżą obok siebie, w niczem nie różniąc się co do istoty gruntu; jeżeli następnie uwzględnimy tę okoliczność, że na niektórych ulicach należących w jednej połowie do Hamburga, w drugiej do Altony, część Hamburgska była silnie dotknięta, część Altonska zaś mało, lub też zupełnie była od epidemii wolna, jeżeli następnie dowiemy się, że Wandsbek czerpie wodę źródlaną, Altona posiada centralne filtry piaskowe, zaś Hamburg wypija własne nieczystości, łatwo pojmujemy, że właściwą przyczyną takiego rozwoju epidemii w Hamburgu była zła woda do picia. To samo zupełnie było w roku 1885 z tyfusem, gdy również Hamburg najwięcej, Altona zaś i Wandsbek najmniej ucierpiał.

Jakim sposobem woda została zakażona, tego powiedzieć nie można. Nie jest możliwem, ażeby wychodźcy z Rossyi byli tego przyczyną, gdyż nikt z pomiędzy nich nie chorował jeszcze wówczas, gdy już cholera w mieście grasowała. Łatwiej jest przypuszczenie, że cholera z Francyi lub Rossyi dostała się drogą wodną, która też najgorzej była strzeżoną. Mogło być również pierwsze zachorowanie na biegunkę o cechach zwykłych, nie zatrważających, jak to się w obecnej epidemii często trafia, i taki przypadek niepostrzeżony mógł dać początek epidemii.

Woda Elby obfituje w części organiczne i chlorki, co razem wzięte mogło w rurach wodociągowych dać pochoch do rozmnożenia się bakterjom cholery. To też w następstwie ogrzewano do wrzenia wielkie ilości wody w kotłach parowych i rozdawano ludności ile było potrzeba. We Wrześniu zdezynfekowano mlekiem wapniennem wszystkie domowe zbiorniki wody. Zrobiono to poraz pierwszy od czasu ich istnienia.

Pierwszą potrzebą Hamburga jest obecnie dostarczenie czystej wody do picia. Najlepszą byłaby źródłana, w braku wszakże tej może być użyta filtrowana centralnie, ale wzięta powyżej kanałów.

Drugą potrzebą jest urządzenie kanalizacyi z polami irygacyjnymi; inaczej woda Elby zawsze będzie zakażoną.

Teoria wody gruntowej nie znalazła poparcia w epidemii Hamburskiej. Części leżące niżej, mające wodę gruntową płytko i inne mające ją głębiej, zupełnie nie przedstawiają takich różnic, jak te, które były zaopatrzone w wodę niefiltrowaną albo filtrowaną lub źródlaną. Ulice leżące na różnych pokładach, były zakażone jednakowo, i odwrotnie. Na poparcie H. przytacza kilkadziesiąt przykładów różnej śmiertelności.

Z cyfr dotąd znanych, ogólna wrażliwość człowieka względem cholery wynosi 3%, wliczając lekkie przypadki zachorowania. Oczywiście nie wchodzi w rachubę zupełnie lekkie przypadki. Stąd wniosek, że szczepienia ochronne nie mogą mieć dotąd wielkiego znaczenia.

Dalej przytacza H. opis warunków mieszkań robotników w najbiedniejszej części, t. zw. Gängeviertel Hamburga. Zdaniem jego, podobnych brudów i nędzy niema nigdzie; chcąc je znaleźć, trzeba jechać do Azji środkowej. Za jedną z najpilniejszych potrzeb chwili H. uważa kompletne zniesienie tej części miasta i pobudowanie domów dla robotników.

Ze spostrzeżeń różnych badaczy, szczególnie PETTENKOFER'a, do wywołania choroby potrzeba zarazka  $x$ , prócz tego trzeba usposobienia osobniczego  $z$ . Teoretycznie wystarczają te dwie dane, w rzeczy samej potrzeba jednak jeszcze  $y$ , które PETTENKOFER oznacza jako usposobienie miejscowo-czasowe.

Patologowie z VIRCHOW'em przeceniają wartość  $z$ , szkoła PETTENKOFER'a przecenia wartość  $y$ , za mało kładąc nacisku na  $x$  i  $z$ , zaś bakterjologowie z PASTEUR'em i KOCH'em na czele uważają zbyt jednostronnie  $x$  jako jedyną przyczynę choroby. HUPPE sądzi, że należy jednakowo ocenić wszystkie 3 czynniki.

Cholera zdaniem HUPPE'go nie jest właściwie contagijna, t. j. bezpośrednio od człowieka do człowieka przenosząca się chorobą. Należy jednak odosobniać pierwsze przypadki, gdyż mogą one dać początek epidemii, jeżeli zarazek rozszerzy się po za ustrojem. W tym razie więcej znaczyć będzie odosobnienie, niż nawet dezynfekcja. Jeżeli jednak dezynfekcja jest wykonywana, niech się odbywa należycie, nie polegając na skrapianiu roztworem kwasu karbolowego.

Wogółności dezynfekcja wykonywana w Hambuegu i gdzieindziej wygląda na żart, i wcale nie wspiera się na danych dostarczonych nam przez bakterjologię. To też na ograniczenie epidemii w Hamburgu dezynfekcja nie miała istotnego wpływu. Najlepiej funkcjonowały zwykle beczki piwowskie łączone zapomocą rury z kotłem parowym. Rzeczy znajdujące się w beczce ulegały istotnie należytej dezynfekcji. Nieźle funkcjonowały również beczki z roztworem lisolu, w które pogrążano na kilka godzin bieliznę i t. p. przedmioty. Dezynfekcja mieszkań zapomocą zlewania ścian, luster, obrazów roztworem fenolu, odbywała się zbyt gorliwie. Jak wiadomo, wystarcza proste zlanie najbliższej okolicy zanieczyszczonej przez chorego, a więc jego łóżka, krzesła i części podłogi.

I tutaj często nie wiele robiono sobie z przepisów, jakie wynikają z postępów nowszej bakterjologii.

Z ostrożności jakie były robione względem przyjeżdżających z miejscowości zarażonych, jak się okazało, dezynfekcja na kolejach oraz kwarantanna tamże, nie ma racji bytu. Izolowanie chorych osób jest jedynym pewnym środkiem powstrzymania szerzenia się zarazy. Smarowanie i skrapianie karbolowym i innymi roztworami należy uważać za nonsens, godny średnich wieków. Jedynie bielizna wypróżnieniami powalana winna ulegać dezynfekcyi zapomocą pary. Jest to dobre nawet z tej strony, że przyucza ludzi do porządku i zapobiega podróżowaniu z pasami brudnej bielizny.

Dezynfekcja bezsensownie w Niemczech, Austrii i innych miejscowościach wykonywana, niszczyła rzeczy pasażerów okurzaniem gazem chlorowym lub zlewaniem karbolem, gotowała towary jak: ryż, skóry i t. p.. Niektóre rzeczy jak owoce, kawior i t. p., na których cholera dopiero po ugotowaniu jako tako się hoduje, wcale w stanie surowym nie były przepuszczane.

Co do doświadczeń dokonanych z zarazkiem cholery, HUPPE opisuje najpierw sposób, w jaki oddziela bakterie z wypróżnień. W tym celu strzępek z charakterystycznego bezbarwnego wypróżnienia wpuszcza do próbki z bulionem i hoduje w termostacie. Po 8—10 godzinach na powierzchni rozwijają się bac. cholery, które teraz zasiewa na płytce żelatynowej jak zwykle, oraz robi rysę na agarze i znów stawia ten ostatni do termostatu. Po 24—48 godzinach rozpoznanie

jest pewne. Bac. cholery jednak należy przestudyować uprzednio, gdyż jak słusznie H. zaznacza, są oneskłonne do wielkiej zmiany formy zewnętrznej, w pewnych oczywiście granicach.

Zdaniem H., te różnice form zależą od drobnych różnic podłoża, na jakim się bakterie hodują; słusznie twierdzi autor, iż częściej się one zdarzają nawet w pozornie jednakowych glebach, niż nam się nieraz zdaje. H. idzie dalej sądząc, że bakteria chol. nie jest właściwie przyczyną ale bodźcem (*Erreger*) choroby. Choroba powstaje, gdy grunt *resp.* ustrój posiada dostateczną ilość łatwo rozkładalnych na szkodliwe pierwiastki materyałów. Stąd to właściwie ów grunt rozstrzyga o jadowitości i złośliwości pasożyta; zarazem łatwo pojąć, dlaczego różne pasożyty mogą spowodować klinicznie podobne objawy. Z ostatnich czasów znamy sporo podobnych spostrzeżeń. Objawy podobne do cholery wywołać może *B. coli*, być może, że i B. FINKLER'a, a nawet pewne streptokokki i wiele innych.

Rozumiejąc pod nazwą *contagium* taki tylko zarazek, który bezpośrednio od chorej na zdrową jednostkę przechodzi, musimy cholere uważać jako chorobę nie kontagijną, lecz miazmatyczną. Zdarza się wprawdzie, że cholera działa jako *contagium*, ale to bywa rzadko.

Jako miazmat może się zarazek cholery przechowywać w gruncie, ale cholera nie zależy od gruntu w tym stopniu, jak chce PETTENKOFER. Żyjąc po za ustrojem, bac. cholery może wytwarzać formy odporniejsze na czynniki zewnętrzne, tak iż zarażenie przez ich pośrednictwo następować może łatwiej niż przez formy wprost z chorego ustroju wydzielone. Praczkę, mając do czynienia z zarazkiem przechodzącym na bieliznie, nie zaś wprost z ustroju wydalonym, dlatego właśnie narażone bywają na największe niebezpieczeństwo.

Z wyluszczonych powodów leczenia cholery musi mieć za zadanie zniszczyć bakterie cholery w kiszce cienkiej i niedopuszczyć dalszego ich rozwoju. Prócz tego zaś należy się starać, zniszczyć jad przez nie wytworzony.

Za środki wskazane w cholere H. uważa ciepłe i letnie kąpiele, jako ogólnie wzmacniające. Enteroklizy Cantani'ego służą za środek doskonały do zniszczenia toksynów, z którymi tworzą one (enteroklizy) związki nierozpuszczalne.

Za najpoważniejszą terapię uważać jednak należy kalomel, bismut i wlewania. Nie znając rzeczywistej śmiertelności w każdym stadium choroby, nie możemy nigdy bezpośrednio potwierdzić doniosłości danego leku. Przeciętna śmiertelność w Hamburgu wynosiła 42% w Altonie zaś 61%.

Mysł zabijania bakterii za pośrednictwem zakwaszania płynów do żołądka wprowadzanych, np. zapomocą kwasu solnego, o tyle jest błędną, że w kiszki kwasność jest niemożliwą; tem więcej w kiszki chorych musimy się starać o podtrzymanie odczynu prawidłowego, alkalicznego.

Najlepszym byłby środek stopniowo rozkładający się w kiszki na jakieś dezynfekujące ciała. Za taki można było uważać salol. Wyniki jego stosowania nie były jednak tak dobre, jak się spodziewano. Zresztą, można wskazać ciała działające w tym kierunku daleko lepiej. Za taki uważać należy trójbromfenol, który prztem nie daje takich ilości trującego fenolu przy rozkładzie. Nerki przy tem są najmniej dotknięte. Jeszcze lepszym być może trójbromfenol-bismut, który wiążąc część jadu wytworzonego, równocześnie powleka ścianę kiszki delikatną ochronną warstewką. H. podaje go w ilościach 5—7 grm. dziennie, aż do zmniejszenia się ilości wypróżnień, poczem stopniowo zmniejsza dawkę <sup>1)</sup>.

Lekkie przypadki leczą się przy każdej terapii dobrze. Z 6-iu przypadków cięższych, leczonych tym środkiem, gdzie poczynano się zatrzymanie moczu, zakończył się śmiercią jeden. Z 9-iu ciężkich przypadków (w stadium algidum) 5 zakończyło się wyzdrowieniem. Wlewania podskórne wody mają znaczenie najczęściej przemijające, niekiedy pozostaje ono trwałe. Zwykle pierwsze wlewanie jest najskuteczniejsze.

Najlepszym płynem jest roztwór soli kuchennej 0,5% z dodatkiem 0,05% wodoru potasu. Ciepłota płynu wynosić winna 42° C.; pierwsza dawka około 400 ctm. sześć. W ogólności H. zaleca wlewania podskórne. Płyn oczywiście musi być świeżo przygotowany.

Bywa częstokroć, iż w przypadkach niezawodnej cholery nie znajdujemy bakterii przecinkowych w hodowli, jakkolwiek mikroskop je wykrywa. Chodzi tu

<sup>1)</sup> Porówn. spraw. z wykł. prof. NENCKIEGO w „Medycynie“ str. 34 r. b..

o częściowe wymieranie bakterii. Istotnie na sekcji H. znajdował dużo więcej żywych bakterii w kiszkiach cienkich, niż w kiszce grubej; widocznie kwaśny odczyn tej ostatniej oddziaływa na nie zabójczo. To też i w wypróżnieniach mniej ich bywa, niż w kiszce cienkiej. Im wypróżnienie jest rzadszem, tem więcej żywych bakterii ustrój opuszcza; w ten sposób przypadek lekki z obfitemi wypróżnieniami jest dla otoczenia stokroć niebezpieczniejszy od piorunującego, który bez wypróżnień prawie kończy się śmiercią. Na 14 dzień H. znajdował jeszcze w wypróżnieniach żywe b. cholery.

Cieźsze lub lżejsze zachorowanie zależy od mniejszej lub większej ilości wyrobionego jadu, oraz od mniejszej lub większej nań wrażliwości osobnika. Tak było z PETTENKOFER'em i EMMERICH'em, którzy zachorowali na biegunkę bez groźnych objawów, tak było z owem dzieckiem w Hamburgu, które zjadło wypróżnienia (*sic!*) swego ojca chorego na cholere, myśląc, że to reszka zupy. Dowodzi to, że w pewnych warunkach bakterie cholery nie oddziaływają zabójczo będąc do ustroju nawet w wielkiej ilości wprowadzone.

Zawartość kiszkiowa i wypróżnienia zawierają w cholery mało ciał rozpuszczalnych białkowatych o własnościach albumozy i peptonu; są to w części pozostałości trawienne, w części produktu bakterii. H. uważa za właściwy jad cholery pewne ciało o własnościach peptonu. W godzinę do 2 po zastrzyknięciu tego produktu do otrzewnej, świnki morskie słabną, śmierć następuje przy stopniowym obniżaniu się ciepłoty w 4—12—18 godzin.

Niekiedy pojawia się sinica oraz pewne drgawki. Tenże jad daje się wykryć w moczu po napadzie cholery. Przy sekcji takich zwierząt otrzymuje się charakterystyczny obraz nerki cholerycznej ze złuszczeniem nabłonka, parenchymatycznym zmętnieniem i nekrozą. To też wygląd ten należy wyjaśnić na drodze zatrucia, nie zaś utraty wody, jak to niektórzy utrzymywali. Również wyjaśnić należy zatruciem i inne objawy, jak osłabienie mięśnia sercowego. Ciężkość przypadku zwykle idzie ręką w rękę ze stopniem zatrucia, nie z ilością utraczonej wody.

W cholery wytwarza się napewno, zdaniem H., z białka ustroju pod wpływem bac. cholery żyjących beztlenowo, pewien jad o własnościach peptonu. Ciało to niema nic wspólnego z działaniem jadowitem zabitych hodowli. Działanie to zostaje w związku z wywołaniem odporności przy sztucznem zastrzyknięciu.

Bakterie cholery mogą drażnić po za ściany kiszki, ale częściowo jest to już objaw pośmiertny. Zakażenia mieszane spowodowane przez inne bakterie odgrywa przy cholery bardzo małą rolę.

Natężenie cholery, jak wiadomo, zależy od pory roku; najwyższe natężenie przypada u nas podczas upałów. Jest to również zdaniem H. dowód przeciw kontagijnemu znaczeniu zarazki cholery. (*Berl. kl. Woch. Nr. 4, 5, 6 i 7.—93*). O. Bujwid.

[W szeregu licznych kwestyi, poruszył autor i kwestję dezynfekowania podróży. O bezcelowości takiego rodzaju dezynfekcji jaka była w ostatniej epidemii stosowaną, wszyscy lekarze aż nadto byli i są przekonani. Jeżeli jednak, nasza szczególnie prasa lekarska zachowała się biernie w tym względzie, to wyłącznie z tego powodu, że dezynfekcja o której mowa, była wynikiem rozporządzeń, wobec których zdanie jej niema nawet doradczego, a tembardziej obowiązującego znaczenia. Toteż liczne interpelacje ze strony kolegów, sprawy tej dotyczące, musiały pozostać w tece redakcyjnej, pomimo całkowitego przyznania im słuszności. W liczbie ich szczególnie kolega M. ZAWADZKI z Kielc w korespondencji swej ze Stycznia r. b., poddał ścisłej krytyce tego rodzaju dezynfekcję jaka była w użyciu, zwracając słusznie uwagę na to, że jedynie za racjonalną dezynfekcję możnaby uznać tę, przy której wszystkie rzeczy służące do ubrania podróznego, byłyby poddane działaniu pary odpowiedniej ciepłoty, a sam zwłaszcza niechlujny podróznik należałoby wykąpać w kąpieli mydlanej, gdy wszelka inna dezynfekcja tylko szkodę pod wieloma względami przynieść może. Wobec cofnięcia rozporządzenia dotyczącego t. zw. dezynfekcji podróжных, niepotrzeba już zdobywać drzwi otwartych. *Przyp. Red.*].

51. K. ABEL. O leczeniu nieżyty błony śluzowej macicy. Po krytycznej ocenie stosowanych obecnie sposobów leczenia nieżyty błony śluzowej macicy, autor przychodzi do wniosku, iż sposoby te nie dają zadawalniających wyników.

Zalecane w tem cierpieniu laseczki z chlorku cynku, po wprowadzeniu do jamy macicy, powodują, podług autora, zniszczenie błony śluzowej i przylegającej do tejże błony warstwy mięśniowej macicy, oraz zarośnięcie kanału szyi macicznej.

Wyskrobywania błony śluzowej macicy, pomimo iż rekoczyn ten podług ogólnie przyjętego poglądu jest zupełnie bezpieczny i szybko prowadzi do celu, również autor nie zaleca. Wyskrobywanie błony śluzowej macicy, wykonane nieumiejętnie, nie jest wolnem od niebezpieczeństwa, a w ogólności zabieg ten, nawet kilkakrotnie wykonany, nie tylko, że nieraz nie usuwa nieżyty błony śluzowej macicy, lecz może wywołać przykre dla chorej następstwa, jak bliznowate zwężenie wewnętrznego ujścia macicy. Przez energicznie wykonane skrobanie błony śluzowej macicy nie tylko powierzchowne, lecz i głębokie warstwy błony śluzowej ulegają zniszczeniu, a badanie drobnowidzowe wyskrobin poucza, iż usunięto oprócz błony śluzowej, również spore cząstki pokładu mięśniowego macicy. Następstwem tych zmian bywa nie odrodzenie się, jak to zazwyczaj bywa, lecz zabliznienie błony śluzowej i miększu macicy.

Wobec tych okoliczności, autor przy śluzowem i ropnem zapaleniu błony śluzowej macicy gorąco zaleca sposób, podany już dawniej przez FRITSCH'a, który polega na tamponowaniu czyli drenowaniu jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej.

Gruzołki błony śluzowej macicy wydzielają prawidłowo pewną ilość śluzu, który wskutek kurczenia się macicy swobodnie z jamy macicy odpływa. Zwiększonej z jakiegokolwiek przyczyny wydzieliny błony śluzowej macicy usunąć nie jest w stanie, nagromadzona przeto w jamie macicy wydzielina powoduje zastój krwi w naczyniach, przekrwienie i zapalenie błony śluzowej macicy, przez co ilość wydzieliny zwiększa się jeszcze bardziej. Gdy zarodniki bakterji dostaną się na tę przyjazną dla ich rozwoju glebę, powstaje zapalenie ropne błony śluzowej, a wtedy wydzielina staje się coraz obfitszą, a odpływ jej coraz bardziej utrudnionym. Należy więc, podług zasad ogólnie w chirurgii przyjętych, odpływ tej wydzieliny *resp.* ropy, o ile można, ułatwić, a w tym celu gaza jodoformowa stanowi bardzo cenny środek.

Autor nie sądzi, by przeważnie jodoform w gazie zawarty wywierał wpływ dodatni na chorą błonę śluzową, jak to FRITSCH przyjmuje, również nie zgadza się z poglądem LANDAU'a, GATTORNO'a i POLK'a, podług których znaczenie lecznicze gazy jodoformowej polega na własności rozszerzania szyi macicznej, wskutek czego zarówno można łatwiej odbywać bądź odkażające, bądź ściągające przestrzykiwanie, jak i środki odpowiednie na chorą błonę śluzową stosować. Podług autora, wpływ leczniczy gazy jodoformowej polega na własności drenowania, przez co odpływ wydzieliny z jamy macicy zostaje znakomicie ułatwiony.

Tamponowanie jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej odbywa się w sposób następujący: po wprowadzeniu do pochwy wziernika CUSCO lub SIMON'a i dokładnem odkażeniu pochwy i części pochwowej, autor nakłada na przednią wargę maciczną uciskadło swego pomysłu <sup>1)</sup>, by przez codzienne obrażanie zapomocą kleszczy haczykowatych nie rozszarpać wargi macicznej, następnie zaś zapomocą pręcika LANDAU'a (prosty, nie gnący się pręcik metalowy, którego koniec górny jest rowkowany) wprowadza do jamy macicy pasek gazy jodoformowej  $\frac{1}{2}$  metra długości, 2—5 ctm. szerokości, a do pochwy zakłada wacik.

Gdy gaza nie daje się przeprowadzić przez wewnętrzne ujście macicy, należy poprzestać na wytamponowaniu szyi macicznej, po upływie bowiem doby ujście będzie o tyle rozszerzone, iż gazę do jamy macicy bez trudu wprowadzić będzie można. Gazę stosuje autor 10%, a przy rzeączkowem zapaleniu błony śluzowej 20%. Przed użyciem wyjaławia ją i przechowuje w puszkach swego pomysłu.

Po upływie doby autor gazę usuwa, pochwę przestrzykuje i świeżą gazę zakłada, który to rekoczyn powtarza, zależnie od przypadku, 3—4-krotnie w lżejszych, zaś 18—20-krotnie w cięższych przypadkach.

<sup>1)</sup> Uciskadło autora przypomina kształtem swym zwykłe używane kleszcze haczykowane, z tą jednak różnicą, iż oba ramiona narzędzia zaopatrzone są w półkule o powierzchni płaskiej, żłobkowanej.

Podług tego sposobu autor leczył 50 przypadków z pomyślnym skutkiem i nie spostrzegał żadnych zaburzeń ani powikłań. Leczenie to stosuje autor w ogólności ambulatoryjnie; wyjątek pod tym względem stanowią przypadki cięższe, powikłane zapaleniem jajowodów, w których bezwzględny spokój jest koniecznym.

Przeciwwskazanie do leczenia zapaleń błony śluzowej tym sposobem stanowią podług autora powikłania tego cierpienia ostrem lub ostrawem zapaleniem zamaciernym, a także cierpieniem jajników oraz ropieniem jajowodów.

(*Berliner klinik. Heft 53, November 1892*). A. Winawer.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== THAYER leczył 7 przypadków zimnicy błękitem metylenowym. Wyleczenie zupełne osiągnął tylko u 2-ch chorych, u 2-ch innych nastąpił wkrótce powrót, u trzech pozostałych osiągnął jedynie poprawę czasową, natomiast po chininie chorzy ci wyzdrowieli szybko. Autor streszcza wyniki swe jak następuje: 1) Błękit działa wprawdzie na zimnicę, lecz nie tak skutecznie jak chinina. 2) Skutek bywa szybkim, wciągu 4—5 dni; skoro jednak pewna część plasmodyi oprze się środkowi, to wystarcza ona do pojawienia się wkrótce powrotu. 3) Błękit nie posiada pierwszeństwa przed chininą. Z ubocznych zjawisk T. spostrzegł pewne utrudnienie w oddawaniu moczu. (C. f. kl. M. 6.—93).

== EGASSE zebrał dane z literatury o działaniu soli strontowych. Już LÉPINE dowiódł, iż sole te nie mają wpływu trującego. Podług VULPIAN'a, azotan strontu działa skutecznie przeciw gościcowi stawowemu przewleklemu; bóle ustępują, ale po przerwaniu środka wracają na nowo. GERMAIN SÉE zachwala stront w niestrawności u chorych na serce i nerki. W padaczkę bromek strontu może zastąpić bromek potasu. PAUL zauważył zmniejszenie się ilości białka w moczu, szczególnie w zapaleniu nerek miąższowem i u kobiet ciężarnych. Zaleca się najczęściej mleczan strontu (50,0 na 250,0 wody, rano i wieczór po łyżce). (Bull. gen. de ther. 91).

== WOLTERS opisał dwa przypadki pierwotnego zaszczepienia wilka. 1) Chłopiec 6-letni zranił się widłami w twarz; na miejscach zranienia rozwinął się wilk, który usunięty został przez wycięcie. W narządach wewnętrznych żadnego podejrzenia gruźlicy nie było. 2) Student, zajmujący się badaniami plwociny suchotników, miał pojedynek, w którym otrzymał 5 zadraśnień w twarz. Po 5-iu dniach przystąpił do dalszej pracy nad plwociną, przyczem miewał zwyczaj drapania swędzących ran. Po 2-ch miesiącach powstał w tych miejscach wilk typowy, uleczonej również przez wycięcie. (D. m. W. 92).

== W Tow. Lek. Wied. HASTERLIK przedstawił wynik doświadczeń z półknięciem

hodowli laseczników cholery. Dokonano 6 prób na 4-ch osobach, które spożyły owe laseczniki dobrowolnie i przez cały czas obserwacji pozostawały w instytucie patologicznym pod ścisłym nadzorem. Przebieg był następujący: 19-go Grudnia HASTERLIK półknął pewną ilość hodowli żelatynowej, wziętą na igłę platynową; nie było następstw żadnych. 9-go Stycznia przyjął powtórnie kroplę takiejże hodowli, otrzymanej ze stolców zmarłego w Peszcie na cholere, również bez jakichkolwiek objawów. 12-go Stycznia inna osoba wypila  $\frac{3}{4}$  ctm. sześć. trzydniowej, po części płynnej hodowli żelatynowej; żadnych przypadłości nie było. We wszystkich trzech razach wypróżnienia były prawidłowe, a przecinkowca w nich nie znaleziono. Trzecia osoba, skłonna do biegunek, półknęła 16-go Stycznia całą 24-godzinną hodowlę, pochodzącą w 3-iej generacji z przypadku peszteńskiego. Po 36 godzinach nastąpiły wolne, brunatno-żółte stolce, co trwało 4 dni (dziennie nie więcej nad 3 stolce); pacjent lekko gorączkował, miewał przelewania w brzuchu i wydymania, ale stan ogólny był zupełnie dobry. Ze stolców 2—4 dnia wyhodowano czyste przecinkowce. W 5-em doświadczeniu HASTERLIK wypił 100 grm. 1% roztworu dwuwęglanu sodu i zaraz potem 1 ctm. sześć. 3-dniowej hodowli (IV-generacja). Tym razem znaleziono w zupełnie prawidłowych stolcach po 24-ch godzinach laseczniki. W 6-em wreszcie doświadczeniu inna osoba, miewająca w ciągu 2-ch ostatnich tygodni kilkakrotnie wypróżnienia wolne, wypila taką samą ilość takiegoż roztworu sody i w 8 minut później  $1\frac{1}{2}$  ctm. sześć. 3-dniowej hodowli ze świeżego przypadku cholery. Począwszy od 4-go aż do 8-go dnia była biegunka, a w stolcach znaleziono laseczniki po 36 godzinach aż do 4-ch dni po wypiciu ich. Wszystkie osoby, poddane owym doświadczeniom, pozostały zdrowymi (do dnia 24-go Lutego). (B. kl. W. 10—93).

== SANARELLI robił doświadczenia nad wwoływaniem tyfusu brzuszkiego u zwierząt. Wiadomo, iż rzadko udaje się otrzymać śmierć myszy lub świnek po wprowadzeniu im lasecznika tyfusu do jamy otrze-

wnej. Natomiast, gdy wprowadzi się u świnek do jamy tej 10—12 ctm. sześć. starej, wyjąłowej hodowli *Bac. coli com.*, pod skórę zaś 0,5 ctm. sześć. 24-godzinnej hodowli bulionowej lasecz. tyfusowego, to świnki giną po 12—14 godzinach, a w wysięku jamy otrzewnowej znajduje się wielka ilość laseczników tyfusowych. Szczepiąc 0,5 ctm. sześć. tego wysięku, można, po usunięciu nawet zupełnem *Bac. coli*, otrzymać hodowlę lasecz. tyfusu, zabijającą zwierzęta po 12—48 godzin. Powstają wtedy zmiany charakterystyczne w kiszka, bez względu na sposób wprowadzania do ustroju hodowli. Stąd wypływa, iż przewód pokarmowy nie jest wyłącznem źródłem powstawania tyfusu. W dalszym ciągu udało się autorowi, zapomocą zastrzykiwania pod skórę zwierzętom wyjąłowej hodowli bulionowej lasecznika tyfusowego, otrzymać odporność względem tyfusu. Surowica krwi takich zwierząt posiada wyraźne własności zabijania lasecznika tyfusowego. (Ann. de l'Inst. Past. 92).

— KIENER i VILLARD spozstrzegali przypadek jednoczesnego istnienia u tegoż chorego gruźlicy prosówkowej i tyfusu. Za życia rozpoznano tylko ostatni. Sekcja wykryła: zapalenie opon mózgowych i otrzewnej gruźlicze, owrzodzenia tyfusowe gruczołów PEYER'a i obrzmienie śledziony. W gruczołach znaleziono laseczn. KOCH'a, w śledzionie laseczn. EBERTH'a. (Rev. gen. de clin. 93).

— PASSOWER zauważył w 2-ch przypadkach wpływ morfiny na zanik narządów płciowych. U jednej z młodych pacjentek nastąpiło ustanie miesiączki po dłuższem użyciu morfiny; po zaprzestaniu zastrzykiwań morfinowych miesiączka zjawiała się ponownie, lecz znów znikła, gdy pacjentka powróciła do większych dawek. Jama macicy w ciągu 2-ch lat zmniejszyła się z 8 na 5 ctm. Narządy płciowe zewnętrzne również uległy zanikowi. (C. f. Gyn. 2.—93).

— OEFELE zachwala *Cocainum phenylicum* w błonicy (Coc. phen. et Coc. mur. aa 0,5—Ac. phenyl. 0,15—Aq. rosar. 5,0; przed każdym użyciem zmieszać). Z tego roztworu leje się na podstawkę  $\frac{1}{2}$ —1 ctm. sześć., macza się penszel krtańowy i smaruje zajęte błonią miejsca. Po 5 minutach ustępuje niemożność połykania, błona śluzowa staje się bledszą i mniej obrzmiałą. Penzlowanie powtarza się po 12 i 24-ch godzinach. (Aerz. R. 2.—93).

— W Tow. Lek. Wied. WINTER przedstawił 5-letniego chłopca z obustronnem zwężeniem kręgow szczyjowych ku przodowi, powstałem wskutek podniesienia go za głowę, przy jednoczesnych ruchach rotacyjnych. Chłopiec trzymał głowę sztywno i nieco

naprzód. najlżejszy ruch wywoływał gwałtowne bóle. W okolicy 4-go kręgu szczyjowego widać było głęboką brózdę; od strony gardzieli nie zauważono wypuklenia. Bezwładów nie było. W późniejszym komunikacie W. opisał pomyślnie dokonaną w narkozie repozycję zwężenia, bez żadnych powikłań ze strony rdzenia. (W. m. Pr. 7.—93).

— W Tow. Lek. Wied. HACKER mówił o dwóch środkach miejscowo znieczulających i nadających się do mniejszych operacji. Pierwszym jest zastrzykiwanie wody zwykłej z dodatkiem soli kuchennej (0,2%—owej) i kokainy (0,1%—ej). II. zastrzykiwał od pół do 10 szprycek i wykonywał operację bez żadnego bólu. Drugim środkiem jest chlorek etylu, który przez rozpylanie oziębia skórę i znieczula ją. Aby uniknąć odmrożenia, zwłaszcza na twarzy, II. radzi posmarować skórę uprzednio wazeliną lub gliceryną. (W. m. Pr. 7.—93).

— JACCOUD zaleca oddawna dyetę mleczną u kobiet ciężarnych, jako środek mający zapobiegać mocznicy w białkomoczu; przekonał się bowiem o doskonałym wpływie tej diety na stan chorych. Stosuje mleko od chwili wykrycia białka w moczu aż do porodu, choćby białkomocz nawet znikł wcześniej. Poszukiwanie mocznika wykonywać należy przynajmniej raz tygodniowo. Później J. zaczął, obok mleka, stosować także wziewania tlenu. (G. d. hop. 17.—93).

— W Berlińskim urzędzie zdrowia dokonano badań nad zachowywaniem się lasecznika choleryna cytrynach i pomarańczach. Na przekrojach owoców tych lasecznik ginie już po kilku godzinach; dłużej, bo do 24-ch godzin, trzyma się na nieuszkodzonych skórkach. (D. m. Z. 13.—93).

— GUELIOT opisał przypadek następujący: Pewien robotnik przeciął sobie nerw szprychowy. W dwa miesiące G. znalazł obadwa końce nerwu w odległości 9 ctm. od siebie i połączył je zapomocą katgut i rurki kostnej odwapnionej. Czucie powróciło już po kilku miesiącach, lecz bezwład pozostał, a przedranie zanikało coraz bardziej. Chory zmarł w rok później skutkiem innej choroby. Na sekcji okazało się, że nerw regenerował się na przestrzeni 6 ctm.. W pierwszych ctm. były liczne włókna nerwowe myelinowe, połączone w pęczki; dalej, pęczki nerwowe były mniej grube i mniej liczne; jeszcze dalej, istniało zaledwie kilka cylindrów osiowych bez myeliny, pośród obfitej tkanki bliznowatej. Brakło zatem 3 ctm. tylko aż do połączenia się obu przeciętych końców. (G. d. hop. 17.—93).

## Wiadomości bieżące.

— Projekt prawa o honoraryach lekarskich, po przerobieniu go przez Departament Medyczny, ma być wniesionym do Rady Państwa w końcu Marca r. b., (S. P. m. W. 9.—93).

— W New-Yorku istnieje pralnia mechaniczna, w której wszystkie bez wyjątku czynności spełniają maszyny. Pralnia pierze dziennie 100 tysięcy sztuk bielizny. (Nature 1893).

— W Chicago wychodzić zaczął tygodnik, poświęcony wyłącznie sprawom, mogącym obchodzić lekarza na wystawie wszechświatowej. (Bost. med. Jour.—93).

— Trąd jest dość rozpowszechnionym w Kurlandyi. Przedsięwzięte w roku zeszłym dokładne obliczenie wykazało 89 chorych (44-mężczyzn, 43-kobiety), przeważnie pośród mieszkańców wybrzeża morskiego w powiatach windawskim i talszeńskim, gdy tymczasem we wschodniej części Kurlandyi wcale prawie chorych na trąd niema. Pierwszy przytułek dla tego rodzaju chorych otwarto właśnie w pobliżu Rygi. (S. P. m. W. 44.—92).

— Organizacja sanitarna w Japonii. Od r. 1875 istnieje tam przy Min. Spr. Wewn. wydział dla spraw lekarskich, mający nadzór nad szczepieniem ospy, profilaktyką chorób zakaźnych, higieną publiczną, kwarantanną, lekarzami i aptekarzami oraz szpitalami. O cholery, tyfusie, błonicy, ospie i dysenterji lekarz obowiązany jest donieść władzy w ciągu doby. W razie epidemii musi gmina przygotować dom izolacyjny. W Osaka i Tokio są zakłady dezynfekcyjne zapomagą pary wodnej. Od r. 1885 zaprowadzono obowiązkowe szczepienie ospy; każde dziecko musi być szczepione w pierwszym roku życia i co 5—7 lat rewakcyonowane. Na wszechnicach są katedry higieny, a w Tokio, Osaka i Yokohamie państwowe pracownie higieniczne dla celów chemii i bakteriologii. W szkołach ludowych wykładają od lat 10-iu elementarne zasady fizjologii i higieny. Lekarze nie otrzymują zapłaty za leczenie, lecz tylko za wydawane przez siebie lekarstwa z swych apteczek domowych. Oprócz szpitali, posiada Japonia dwa prywatne zakłady dla obłąkanych. Od r. 1881 urządzono ogólną zmarłych wedle systemu niemieckiego. (Aerz. Prak. 9.—93).

— W klinice BILLROTH'a wykonano w ciągu ostatnich lat 25-ciu 969 laparotomii. Nie włączono do cyfry tej otwarcia otrzewnej skutkiem przepuklin, skutkiem wyluszczenia macicy przez pochwę lub wskutek opera-

cyi w pęcherzu i odbytnicy. Owaryotomii wykonano 467 (†127), myotomii 148 (†65), operacyi w żołądku 109 (†52), w kiszkiach 86 (†38), wątroby, śledziony i trzustki 32 (†11), nerek i guzów pozaotrzewnowych 22 (†13). (Billr. Festschr. 1892).

**Zmarli:** Ś. p. FRANCISZEK WEREŃKO w dniu 16-go b. m. w Mińsku gub. przeżywszy lat 31. Zmarły obdarzony wielkimi zdolnościami i odznaczający się rzadką pracowitością, wobec najzaczniejszego charakteru rokował piękne nadzieje, ogłosiwszy już w roku 1887 gruntowną pracę nagrodzoną złotym medalem przez uniwersytet warszawski p. t. „Mięśnie serca“, a w której starał się uzasadnić i uzupełnić poglądy PETTIGREW'a dotyczące budowy i układu mięśni tego narządu. Niestety, prawie współcześnie, jeżeli nie wcześniej, u kończącego podówczas studia lekarskie kolegi ujawniła się w sposób groźny choroba piersiowa, ciężka walka z którą wypełniła mu resztę jego pracowitego życia. Opanowany przez chorobę ś. p. WEREŃKO ani na chwilę jednak nie ustawał w pracy i do ostatniego tchnienia jej się oddawał, zajmując się nie tylko czysto naukami lekarskimi, lecz odznaczający się bardzo zaszczytnie na polu archeologii. Napotkawszy bowiem w rodzinnych swych stronach w Borysowskim i Lepelskim powiecie całe szeregi grobowisk pogańskich, zajął się ich zbadaaniem i rozkopaniem. Przyswoiwszy sobie gruntownie metodę poszukiwań w tym kierunku, otrzymał wyniki, które z najwyższym uznaniem przez Akademię Umiejętności w Krakowie przyjętemi zostały, i których ogłoszenie wraz z licznymi rysunkami i pomiarami już przez tę instytucję postanowionem zostało. Widzimy więc, iż ś. p. F. WEREŃKO stanowił piękny zaiste materiał na człowieka nauki i obywatela kraju, skoro mógł, pomimo gasnących stopniowo sił, zostawić po sobie ślady prac tak sumiennych i cechy gruntownych badań przedstawiających. Cześć zacnej i świętej pamięci zawczasie zgasłego kolegi FRANCISZKA WEREŃKI!

— Ś. p. D-r FELIKS WOJCIKIEWICZ ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, powszechnie szanowany lekarz, znany szerokiemu kołu naszej publiczności, zmarł w naszym mieście w dniu 21 b. m. Cichy, nie szukający rozgłosu, spełniał ś. p. kolega W. swe obowiązki w sposób przynoszący zaszczyt stanowi lekarskiemu. Cześć jego pamięci.

Sprostowanie. W Nr. 11, str. 230, wiersz 1, zamiast kwasu, ma być soku.  
„ „ „ 236, „ 30 „ piony „ błonicy.

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава. 10 Марта 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.