

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. Skreślił D-r Wiktoryn Kosmowski. — O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Napisał D-r Teodor Heiman. (Dalszy ciąg). — Epidemia cholery azyatyckiej w miasteczku Siemiatyczach (gub. Grodzieńska) w roku 1893. Podał Ludwik Czarkowski. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 16 stycznia r. b. — **Streszczenia i Wyciągi.** 20. Miednica ścieśniona i kolpeurynter. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. Kilka słów w sprawie szczepienia ospy. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r V. Kosmowski -- De la grandeur et du poids des enfants de pauvres classes à Varsovie. 2) D-r T. Heiman -- Surdité simulée. 3) D-r L. Czarkowski -- L'épidémie du choléra asiatique   Siemiatycze (1893), petite ville du gouv. de Grodno.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie -- Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r V. Kosmowski -- Ueber Maass und Gewicht der Kinder aus den armen Klassen in Warschau. 2) Dr. T. Heiman -- Ueber künstliche Ohrenkrankheiten und angebliche Taubheit. 3) D-r L. Czarkowski -- Die Cholera-Epidemie in Siemiatycze (Gouv. Grodno) im J. 1893.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau -- Obozna str., 5.

O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie.

Skreślił Dr. Wiktoryn Kosmowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaw. w d. 28 listopada 1893 r.)

W biurze kolonii letnich nagromadził się od lat paru dość znaczny materiał, z łożony z pomiarów wagi i d ługości ciała (czyli wzrostu), wykonanych na dzieciach z najbiedniejszych klas ludności warszawskiej. Dopełniwszy materiał ten danemi z w snej praktyki, doszedłem do cyfry kilku tysięcy dzieci różnego wieku. Ilość ta, nawet w zestawieniu z liczbami, używanymi za granic  do tego rodzaju badań, jest dostateczna, aby ją rozdzielić na pewne grupy, ułożyć odpowiednie tablice cyfrowe i krzywe empiryczne, które pozwol  na wyprowadzenie pewnych uwag i wniosków co do rozwoju fizycznego u nas dzieci klas pracujących i porównania ich z innemi.

Dla jaśniejszego przedstawienia przedmiotu i przystosowania go do badań, robionych w tym kierunku gdzieindziej, uważam za stosowne skreślić przede wszystkim część kompilacyjną, w której przedstawi  ważniejsze szczegóły ze sprawy rośnienia dzieci w ogólności. Za podstaw  służyć mi b d  tutaj gównie tak dawniejsze prace QUETELET'a, późniejsze K. VIERORDT'a, jak i z ostatnich lat AXEL'a KEY'a, MALLING-HANSEN'a, RAUDNITZ'a i CAMERER'a.

W naszej literaturze lekarskiej, przynajmniej o ile mi wiadomo, przedmiot ten mało by  dotykany. W rocznikach „Medycyny“ z roku 1878 w pracy D-ra SZNABLA o sztucznem żywieniu niemowląt, ostatni rozdział poświęcony jest sprawie rośnienia niemowląt, przyczem podane są tablice cyfrowe i krzywe według badań QUETELET'a, BOUCHAUD'a i BOUCHUT'a. W zbiorach wiadomo ci do antropologii krajowej, wydanych przez Akademi  Umie tno ci w Krakowie, z r. 1881, podane są pomiary antropologiczne dzieci warszawskich przez D-ra LEONA DUDREWICZA, według szematu BROCA'y. Przy po-

miarach tych nie badano jednakże wcale wagi ciała, wymiary zaś długości przez samego autora uważane są za niepewne, a materyał jest wyraźnie za mało jednolity.

Ponieważ rezultaty z tego rodzaju poszukiwań, oprócz teoretycznego, mogą mieć dla nas i wysoce praktyczne znaczenie, pozwalam sobie przedmiotem tym zająć uwagę czytelników.

Organizm dziecka, od urodzenia aż do osiągnięcia dojrzałości zupełnej, posiada pewien popęd do wzrastania. Najwydatniejszą cechą organizmu młodocianego jest powiększanie się wymiarów długości, szerokości i grubości — i stałe wzrastanie wagi ciała. Stosuje się to tak do całości organizmu, jak i do pojedynczych jego narządów i tkanek. Rośnięcie to odbywa się na podstawie praw rozwoju, niezupełnie dotąd określonych i niedokładnie jeszcze poznanych. Uwaga ta nasuwa się szczególnie przy rozważaniu tak zwanych okresów rośnięcia, przy porównywaniu rezultatów rośnięcia u osobników różnej płci, rasy, klasy społecznej i t. p. Na sprawę rośnięcia wpływają w sposób nader poważny pewne czynniki zewnętrzne, jak: obfite lub skąpe pożywienie, rodzaj pokarmów, warunki higieniczne osobnika, choroby i t. p. Okoliczności te modyfikują nieraz prawidłowy przebieg rośnięcia, jakkolwiek nie są w stanie zmienić ogólnego typu tej sprawy ¹⁾.

W literaturze znajdujemy najwięcej badań, poświęconych zmianom, jakie zachodzą w wadze i długości ciała podczas jego rośnięcia. Wagę i długość ciała oznacza się w pewnych, z góry nakreślonych odstępach czasu (lata, miesiące, tygodnie, dni lub godziny), a różnice kolejnych cyfr, jeśli osobnik rozwija się prawidłowo, stanowią tak zwane cyfry wzrastania czyli przyrosty lub przybytki. Cyfry te jednakże nie zawsze dokładnie odpowiadają istotnym wynikom sprawy wzrastania. Dzieci naprzykład, wysyłane na kolonie letnie, po kilku tygodniach pobytu na wsi zyskują zwykle na wadze, niekiedy nawet bardzo wiele. Po krótkim jednak czasie, wróciwszy do poprzednich warunków życia, stracić mogą cały prawie ten przybytek. Wido-cznem jest, iż nie odgrywa tu roli właściwa sprawa rośnięcia, lecz głównie utycie. Podobne objawy spotykamy nieraz u ssawców. Zdarzają się między nimi osobniki tłuste, które odznaczają się wprawdzie wysokim ciężarem ciała, ogólny jednakże ich rozwój nie jest zbyt posunięty i waga ich nadspodziewanie się zmniejsza w okresie naprzykład odstawienia od piersi i przejścia na pokarm sztuczny. Z przykładów tych CAMERER wnosi, iż wyniki ważenia, a do pewnego stopnia i mierzenia długości ciała, otrzymywane u pojedynczych osobników i w krótkich odstępach czasu, a więc i cyfry wzrastania, z pomiarów tych otrzymane, nie zawsze dokładnie odpowiadają istotnym zmianom, wywołanym przez sprawę rośnięcia. Stąd wspomniany autor radzi przy wyprowadzaniu wniosków cyfry te poddawać zawsze odpowiedniej krytyce i nie zawsze identyfikować je ze sprawą rośnięcia.

Celem dogodniejszego rozpatrywania stosunków, szczegóły rośnięcia przedstawiamy graficznie w ten sposób, iż czas, oznaczony w tygodniach, miesiącach lub latach, wykreślamy w liniach odciętych (*abscissae*), wagę zaś lub długość ciała w rzędnych (*ordinatae*). Połączywszy wiele punktów rzędnych, otrzymujemy krzywą empiryczną wzrastania.

Nie zbywało w nauce na usiłowaniach wyprowadzania pewnych praw wzrastania, już to na drodze graficznej, już też za pomocą rachunku. Poniżej

¹⁾ W. CAMERER. Untersuchungen über Massenwachstum und Längenwachstum der Kinder. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. XXXVI. 3 Heft. 1893.)

przedstawię prawo LIHARZIK'a odnośnie wzrastania długości ciała. R. W. RAUDNITZ podał niedawno nowe wzory algebraiczne dla wzrastania wagi ciała u ssawców²⁾. Ze strony formalnej nie można nic zarzucić podobnym usiłowaniom. W rzeczywistości jednakże, warunki rośnięcia są tak skomplikowane, iż nie dadzą się ściśle wyrazić za pomocą wzorów matematycznych (CAMERER, l. c.). Przy studyowaniu krzywych empirycznych rośnięcia, podawanych przez rozmaitych autorów, łatwo się przekonać, iż nie zgadzają się one z tak ułożeniami wzorami matematycznymi.

Przy badaniach wagi i długości ciała używane są przez autorów dwie metody: uogólniająca (*generalisirende*) i indywidualizująca (*individualisirende*). Przy pierwszej mierzymy i ważymy znaczną ilość dzieci tego samego wieku i z otrzymanych rezultatów wyciągamy cyfrę przeciętną dla tego wieku. Otrzymujemy tym sposobem cyfrę bezwzględnej wagi i długości dla całego okresu rośnięcia, jakoteż cyfry przybytków czyli przyrostów. Przy metodzie tej, posilkującej się znacznymi ilościami badanych, indywidualne różnice i możliwe pomyłki zacierają się z łatwością w ogólnej wypadkowej. Przy drugiej metodzie oznaczamy wagę i długość ciała danego osobnika, przez cały lub pewien dłuższy czas jego rozwoju i tworzymy liczby przeciętne z wielu cyfr, zyskanych tą drogą u wielu osobników. Wyniki z obu metod w ogólnym rezultacie zgadzają się z sobą. Gdy jednakże idzie o szczegóły, należy się posilkować metodą drugą, znacznie pracownszą.

Po tych uwagach wstępnych, które przydadzą się nam w dalszym ciągu, przejdźmy do rozpatrzenia wagi u dzieci.

Interesującym jest bieg przyrastania wagi dzieci w pierwszym roku ich życia. Powiększanie to było szczegółowo badane przez FLEISCHMANN'a, VIERORDT'a, RAUDNITZ'a i CNOFF'a. Russow podał także odpowiednie tablice, otrzymane za pomocą metody generalizującej. CAMERER jednakże najwięcej uwzględnia sposób karmienia i wagę dziecka po porodzie, w pracy, którą powyżej przytoczyliśmy. Według szczegółowych badań tego autora, waga dziecka w pierwszym roku życia powiększa się w sposób, przedstawiony na tablicy następującej, ułożonej z cyfr, które otrzymał za pomocą metody indywidualizującej:

T A B L I C A I: CAMERER. Powiększanie się wagi w pierwszym roku życia. Wagi średnie w gramach.

		Po- ród.	K o n i e c t y g o d n i .															
			2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	51	52	
Waga po porodzie wyższa od 2750 grm.	I. Dzieci karmione mlekiem matki lub mamki (Przyp. 57).	3150	3486	3893	4678	5414	6087	6649	7133	7568	7994	8397	8582	9025	9303	9659	9889	
	II. Dzieci sztucznie karmione (Przypadków 31).	3221	3267	3566	4131	4706	5244	5821	6407	6793	7366	7660	7769	8594	9014	9487	9954	
Waga po porodzie między 2750 i 2000 grm.	III. Dzieci karmione piersią ko- biecą i karmione sztucznie (Przy- padków 18).	2390	2480	2808	3370	4108	4656	5240	5770	6074	6470	6704	6968	7350	7648	8217	8490	
	IV. Jak w grupie III. (Przy- padków 10).	1630	1830	2094	2636	3278	3906	4430	4658	5367	5717	6217	6617	6500	6467	6295	6610	
Waga po porodzie niższa od 2000 gr. Uduoszące się do grupy I.	Chłopcy (27 przypadków).	3440	3550	4027	4902	5706	6326	6870	7288	7781	8259	8650	8714	9201	9513	9637	9758	
	Dziewczeta (27 przypadków).	3180	3470	3810	4494	5114	5734	6451	6858	7352	7760	8036	8421	8809	9032	9719	10014	
Dzie- ci kar- mione	Waga końcowa wyższa od 10000 gr. (14 przyp.).	3617	3740	4032	4850	5622	6269	6868	7324	7861	8456	8998	9161	9704	10217	10630	10803	
	Waga końcowa niższa od 10000 gr. (7 przypadków).	3340	3406	3756	4393	4937	5495	5995	6404	6752	6915	7157	7694	7960	8244	8535	8628	
Wzrastanie wagi według FLEISCH- MANN'a		3500	—	4430	5350	6150	6800	7350	7750	8100	8450	8730	9000	9250	9470	—	9600	

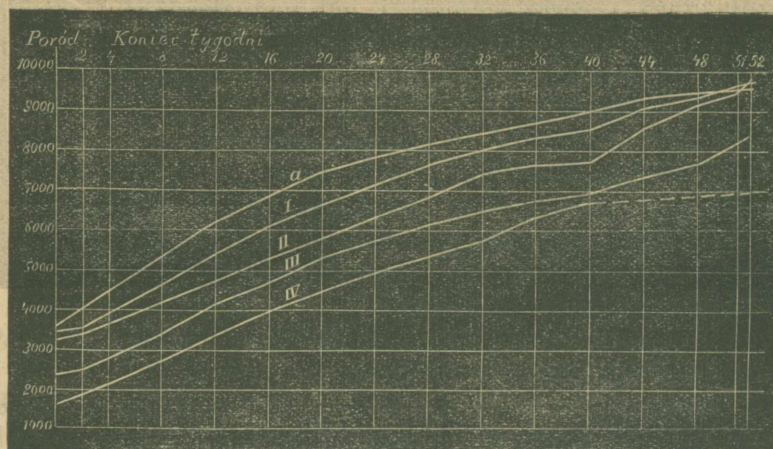
²⁾ R. W. RAUDNITZ. Ueber Lebensbücher und das Massenwachstum der Säuglinge. Rzecz czytana na posiedz. Tow. Lek. niemieckich w Pradze 22 stycznia 1892 r.

Najwyższe i najniższe wagi po porodzie, jakoteż najwyższe i najniższe wagi przy końcu pierwszego roku życia wynoszą:

W grupie	I	4250 i 2750;	12250 i 8120.
"	II	4500 i 2780;	12000 i 8480.
"	III	2670 i 2050;	9500 i 5860.
"	IV	1970 i 1330;	8350 i 5430.

Powyższa tablica pozwala wykreślić następujące krzywe:

T A B L I C A II.



Objaśnienie. I Dzieci karmione piersią, II karmione sztucznie, III waga po porodzie między 2000 i 2750 grm., IV waga po porodzie poniżej 2000 grm.; a krzywa FLEISCHMANN'a.

Rozpatrując powyższe krzywe i tablicę cyfrową, możemy wyprowadzić pewne praktyczne wnioski co do powiększania się wagi dzieci w pierwszym roku ich życia, a mianowicie:

a) W pierwszych dwóch tygodniach po urodzeniu dziecka waga jego nader mało się powiększa, o czem poniżej jeszcze mówić będziemy.

b) U dzieci sztucznie karmionych spostrzegamy słabszy rozwój wagi w porównaniu z karmionymi piersią kobiecą.

c) Ku końcowi pierwszego roku krzywa wagi dzieci sztucznie karmionych styka się z krzywą wagi dzieci, karmionych piersią kobiecą.

d) Przy końcu trzeciego kwartału życia kolejne wzrastanie wagi ulega małemu powstrzymaniu. Fakt ten spostrzegamy i w tablicach, podanych przez Russow'a. CAMERER powstrzymanie to tłumaczy zębowaniem.

e) Według CAMERER'a codzienne powiększanie wagi bywa większe u dzieci karmionych piersią, aniżeli u sztucznie karmionych.

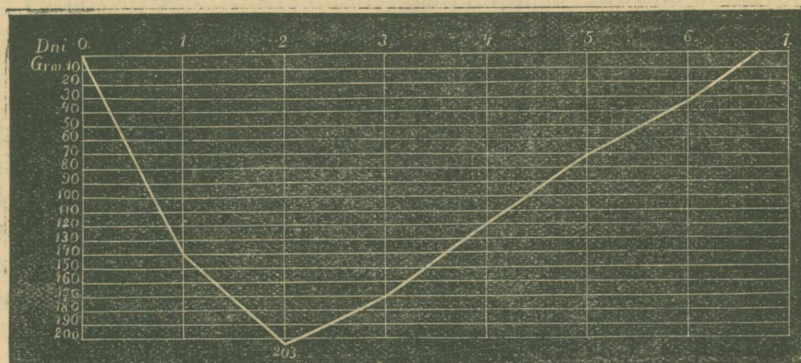
f) Przy końcu piątego miesiąca życia waga dziecka jest dwa razy większa od wagi dziecka po urodzeniu, czyli podwaja się; przy końcu zaś pierwszego roku życia jest 2,5 razy większa od wagi początkowej.

g) U dzieci niedonoszonych i mających po urodzeniu wagę nader małą, podwojenie wagi następuje prędzej.

h) Bezwzględna waga chłopców bywa większą po urodzeniu od takiejże wagi dziewcząt; przy końcu jednakże pierwszego roku przeciętna waga dziewcząt przewyższa takąż wagę chłopców.

Pod lit. *a* mówiliśmy o pewnem zatrzymaniu się wagi noworodka w pierwszych tygodniach jego życia. Fakt ten zależy głównie od ubytku wagi noworodka, jaki spostrzegamy w ciągu pierwszych 48 godzin. Ubytek ten badali bliżej HAAKE, WINCKEL, BOUCHUT, BOUCHAUD i GREGORY. Z badań tego ostatniego wykreśliłem krzywą, malującą ubytek ten w sposób graficzny ³⁾.

T A B L I C A III.



Z rysunku tego widzimy, że dziecko dojrzałe i donoszone, ważące po urodzeniu 3355 grm., traci w pierwszym dniu 139, w drugim 64, razem 203 grm., czyli prawie $\frac{1}{16}$ wagi całego ciała. Dopiero od dnia trzeciego waga dzienna się powiększa tak, iż przy końcu dnia siódmego dorównywa wadze pierwotnej noworodka. GREGORY znalazł, iż u dzieci sztucznie karmionych, donoszonych, ubytek wagi przeciąga się poza trzeci dzień życia, jeszcze o dzień jeden; to samo spostrzegamy u dzieci niedojrzałych i przedwczesnych. Rozumie się, że w tych razach i powrót do wagi pierwotnej jeszcze później następuje.

Celem uniknięcia powtarzań i zyskania miejsca, w dalszym ciągu naszej pracy będziemy na jednych tablicach przedstawiać czytelnikowi cyfry i krzywe, odnoszące się tak do wagi, jak i do długości ciała dzieci. Z tego względu przed przystąpieniem do opisu powiększania się wagi w dalszych latach życia dziecka, musimy kilka słów skreślić o powiększaniu się długości ciała czyli wzrostu dzieci. (D. c. n.)

O CHOROBAH UCHA SZTUCZNIE WYWOŁANYCH I O GŁUCHOCIE UDANEJ.

Napisał D-r. Teodor Heiman.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 5).

Ważną rolę przy rozpoznawaniu głuchoty udanej odgrywa doświadczenie i biegłość lekarza badającego. U wielu osobników dostateczne jest badanie jednorazowe dla wykrycia prawdy; u innych zaś potrzeba na to badań kilkakrotnych oraz czasu dłuższego. Często uciekać się wypada do rozmaitych

³⁾ Porównaj tablice cyfrowe GREGORY'ego, podane przez K. VIERORDT'a w jego *Physiologie des Kindesalters*.

podstępów i forteli, ażeby zdemaskować symulanta. Udaje się to przez nagłe zapytywanie badanego, czy dawno nie słyszy; niejeden zapomina się i daje żadaną odpowiedź. Innym razem znowu przemawia się do badanego w wyrazach obelżywych, zwracając jednocześnie uwagę na jego rysy twarzy; czy np. nie zarumieni się z powodu gniewu i t. p. Niekiedy niespodziane zwrócenie uwagi badanego, że po nim łązi pluskiew, lub inny jakiś robak, budzący wstręt, mimowoli skłoni go do obejrzenia się. Bywają przypadki, że po skończonem badaniu słuchu, oznajmia się badanemu, że jest niezdalny do służby wojskowej, że będzie mógł wrócić do domu; i w tym przypadku niejeden osobnik wiadomości takiej obojętnie nie przyjmie i pomimowoli zdradzi się. To trzeba znowu w czasie badania rozkazać badanemu niespodzianie wstać lub usiąść, pokazać język, zniżywszy przytem głos. W innych przypadkach do celu prowadzą groźby surowych kar, lub też że będą zastosowane środki lecznicze gwałtowne; kiedyindziej znowu pomaga dobroduszość względem badanego i pozyskanie jego zaufania. Pewne ograniczenie dycty służy też do wykrycia prawdy. Dla przykładu przytoczę z pomiędzy wielu przypadków, w krótkości jeden, w którym ograniczenie pokarmu skłoniło badanego do zaprzestania udawania głuchoty.

W r. 1888 przybył do oddziału mojego żołnierz, będący drugi rok w służbie wojskowej, który nagle i bez wiadomej przyczyny ogłuchł zupełnie. Zachowanie się jego już na pierwszy rzut oka czyniło głuchotę jego podejrzaną. Wszystkie próby słuchowe (zegarek, słuchomierz, kamerton, mowa) dawały wynik ujemny. Gdy się mówiło do niego przez trąbkę słuchową większych rozmiarów, oznajmiał, że głos słyszy, lecz wyrazów nie jest w stanie rozróżnić, zresztą na wszelkie zadawane mu pytania odpowiadał: „nic nie słyszę“. Obiektywnie oba narządy słuchowe były prawidłowe. Histeria dała się wyłaczyć. Gdy przez dwa dni perswazyja nie pomagała, zmniejszono mu rację dzienną. Przez 5 dni następnych uporczywie twierdził, że nic nie słyszy. Siódmego dnia zaczął prosić, ażebym mu przepisał jakieś lekarstwo na głuchotę, jest bowiem przekonany, iż po nim odzyska słuch. Zapiisałem mu roztwór kali bromati 0,6 na 180,0 wody i zaleciłem przyjmować co 3 godziny po łyżce stołowej, i o dziwo! na drugi dzień zastałem go ze słuchem zupełnie prawidłowym.

W ogóle niepodobna stawiać tu jakich bądź prawideł; każdy lekarz powinien stosować takie sposoby, które wydadzą mu się odpowiedniami i do celu prowadzącymi. Ma się rozumieć, iż wystrzegać się należy niektórych dawniejszych metod, które były prawdziwemi torturami dla badanych, jak np. klucia szpilkami. Lekarz doświadczony zbierze często cały szereg dowodów, demaskujących udającego z faktów napozór drobnych i mało znaczących. Jedne i te same środki nie mogą być do każdego stosowane; wchodzą tu w grę: skłonności, namiętności, temperament, inteligencyja, rozwój umysłowy i t. p. badanego.

Zastosowanie chloroformu w celu zadawania pytań badanemu w okresie budzenia się i rozpoznawania tym sposobem głuchoty udanej, uważam za zupełnie zbyteczne, albowiem inne sposoby są zupełnie wystarczające. To samo powiedzieć muszę o nagłym budzeniu badanego ze snu i zadawaniu mu pytań w chwili, kiedy jeszcze jest rozespany i często nie orientuje się, gdzie się znajduje. Nieprawdopodobna lub zmienna anamneza, przesada w przedstawieniu objawów i przebiegu choroby, wyniki prób słuchowych, niezgodne z panującymi poglądami naukowymi, najczęściej wystarczają do sprawdzenia właściwego stanu rzeczy.

W celu rozpoznania głuchoty lub znacznego upośledzenia słuchu, otrzymuję często wyniki zadawalniające ze stosowania długiej trąbki słuchowej.

Sposób mój polega na następującej zasadzie: wiadomo, że osobnik, mający słuch znacznie upośledzony z przyczyny cierpienia ucha średniego a czasem i wewnętrznego, dobrze słyszy mowę ludzką przez trąbkę słuchową, wstawioną do ucha, i to bez różnicy, czy lejkowaty koniec trąbki znajdować się będzie w pobliżu badanego, czy też koniec ten, *resp.* mówiący weń, oddalony będzie od badanego na całą długość trąbki. Otóż udający głuchotę często odpowiadać będzie na zadawane mu pytania w pierwszym razie; w drugim zaś, sądząc, że na taką odległość słyszeć nie powinien, twierdzić będzie, że nic nie słyszy. Badający nie powinien mówić głośno, gdyż w takim razie badany słyszeć może przez kości czaszki. Niektórzy z symulantów twierdzą, że gdy się rozmawia a nawet krzyczy do nich przez największe trąbki słuchowe, nic nie słyszą. Takie zboczenia narządu słuchowego istnieć mogą i istnieją; gdy jednak u osobników, udających coś podobnego, zwrócimy uwagę na ich twarz, przekonamy się, że z przyczyny wchodzenia do ucha bardzo silnych fal głosowych, występuje mimowolne umiarkowane drganie rozmaitych grup mięśniowych twarzy.

Głuchotę udaną udaje się też rozpoznać następującym sposobem: określa się odległość, z jakiej badany słyszy wyraźnie wyrazy badającego. Następnie zawiązują badanemu oczy i cichutko badający oddala się od niego; prawdziwie głuchy nie usłyszy wyrazów wypowiedzianych, jak tylko na odległość przedtem określoną; udający zaś zacznie się mięszać i plątać, i raz nie usłyszy wyrazów doń wyrzeczonych na odległość bliższą, to je znowu słyszeć będzie na odległości dalszej. Badający powinien koniecznie wymawiać jedne i te same wyrazy. Jeżeli badany słyszy np. wyraz „płacz“ raz na dziesięć kroków, drugi raz przy temże badaniu na dwa kroki, można być pewnym, że się ma do czynienia z symulantem.

Sposób BURCHARDT'a polega na tem, że badanemu, mającemu oczy zawiązane, określa się odległość, z jakiej słyszy mowę cichą, lub też średniej sily. Następnie mówi się do badanego pojedyncze wyrazy przez trąbkę słuchową, dłuższą od granicy, z jakiej słyszy mowę badającego; wyrazy te badany powinien powtórzyć. Każde ucho należy badać oddzielnie i w tym czasie drugie szczelnie zatkać. Następnie mówi się do badanego z takiej samej odległości, lecz już nie przez trąbkę słuchową. Udający powtarzać będzie wyrazy wypowiedziane nie w trąbkę, a to będzie dowodem, że słyszy i zdala od uszów. Sposób ten, dawniej przezemnie stosowany, wcale do celu nie prowadzi, najczęściej bowiem symulant pojmuje różnicę głosu, jaki otrzymuje się mówiąc przez trąbkę i w przestrzeń wolną, i najczęściej nie powtórzy za nami wyrazów wypowiedzianych obok trąbki.

Zdarzają się przypadki wyjątkowe, że wszystkie sposoby badania i obserwacya nie prowadzą do wyników stanowczych i niepodobna przekonać się na pewno, czy dany osobnik jest rzeczywiście głuchym, czy też udaje głuchotę. Coś podobnego przytrafić się może zwłaszcza wtedy, gdy dane obiektywne nie dają stanowczo wykluczyć upośledzenia słuchu. Dla przykładu przytoczę tu jeden taki przypadek, jaki spostrzegalem w szpitalu przed kilku laty.

Popisowy I. K. był przysłany do mojego oddziału na obserwacyę z przyczyny podejrzaney głuchoty. Osobnik ten, o idiotycznym wyrazie twarzy, przedstawiał wyraźne objawy przewlekłego nieżyty jam bębenkowych; wszelako zachowanie się jego i wyniki ujemne prób słuchowych czyniły wysoki stopień upośledzenia słuchu wątpliwym. Po sześciotygodniowym bezowocnem obserwowaniu i badaniu, popisowy ten, z powodu niepodobieństwa dojścia do stanowczych rezultatów, został uwolniony na rok jeden. Następnego roku powtórzyła się z nim ta sama historia. Znowu trzymano go w szpitalu przez sześć tygodni. Na oznajmienie

moje, iż głuchotę w danym przypadku uważam za wątpliwą, pomimo objawów obiektywnych, postanowiono zebrać o nim informacje z miejsca rodzinnego. Stamtąd wkrótce otrzymano odpowiedź, iż osobnik ten od dwóch lat udaje głuchotę i że przedtem dobrze słyszał. Na tej zasadzie uznany został za zdatnego do służby wojskowej. Po kilku tygodniach zauważyłem wśród posługaczy szpitalnych znajomą twarz i okazało się, że był to mój głuchy, który narobił mi tyle kłopotu. Nietylko że dobrze słyszał, ale nawet wyraz twarzy miał zmieniony; zamiast idyotycznego wyglądu, miał minę uśmiechniętą, wesołą. Na zapytanie moje, dlaczego udawał głuchotę, otwarcie przyznał się, iż sądził, że tym sposobem uwolni się od służby wojskowej.

Zdarza się też napotkać udających, tak dobrze obznajmionych z próbami słuchowymi, iż możnaby sądzić, że to są prawdziwie chorzy, zwłaszcza gdy istnieją zmiany obiektywne. Lecz i u takich oko doświadczone odnajdzie coś takiego, co dozwoli po pewnym czasie rozpoznać prawdę. Muszę tu zaraz dodać, że nie można odnosić się sceptycznie do wszystkich przypadków, które na pierwszy rzut oka uważaćby można za podejrzane. Spostrzegałem dotąd dwa przypadki, w których upośledzenie słuchu było niewątpliwie znaczne, a gdzie jednak osobniki te przedtem przez innych lekarzy uznane były za symulantów, oddane pod sąd i ukarane dwuletniem skazaniem do batalionów karnych. Po odcierpieniu kary osobniki te były odesłane do szpitala, do mojego oddziału dla nowej obserwacji, i tu odrazu przekonałem się, że zostali niewinnie skazani.

Upośledzenie słuchu daje się określić z trudnością u ludzi, których języka badający nie rozumie. Posiłkując się tłumaczem, często niepodobna zastosować tych sposobów praktycznych, o których wyżej była mowa. Zdarza się, że przysyłani bywają do szpitala na obserwację ludzie zupełnie nie głusi i nie mający zamiaru udawać głuchoty, a którzy nie odpowiadają, lub nie wypełniają danych im rozkazów jedynie z powodu, że nie rozumieją języka. Szczególną zręcznością do udawania głuchoty i tępości umysłu odznaczają się Estoowie i Łotysze, a ponieważ bardzo wielu z nich nie rozumie zupełnie po rosyjsku, łatwo pojąć, z jakimi trudnościami potrzeba często u nich walczyć przy określeniu słuchu i jak trudno dociec, gdzie się kończy prawda, a gdzie zaczyna udawanie.

Przy kwalifikowaniu do służby wojskowej pod względem słuchu, należy zwracać uwagę na głuchotę, stopień jej i czas trwania. Określenie źródła głuchoty t. j. czy zależy ona od cierpienia narządu głos przeprowadzającego, czy też przyjmującego (percypującego), ma znaczenie podrzędne, gdyż, jak przekonać się mogłem z własnego doświadczenia, cierpienia ucha wewnętrznego lub ścian błędnikowej ucha średniego są w wieku popisowym nie częste. Czas trwania choroby jest szczególnie ważnym w cierpieniach ucha średniego, gdyż i wiele spraw ostrych tej części narządu słuchowego sprowadza czasowe, często znaczne upośledzenie słuchu. Przy cierpieniach nerwu słuchowego czas trwania choroby jest mniej ważny, gdyż cierpienia te, choćby świeże, najczęściej mają zejście niepomysłne dla słuchu.

Prawo nie określa dokładnie, na ile słuch powinien być upośledzonym, ażeby dany osobnik był niezdatnym do służby wojskowej. Odpowiedni paragraf 37 opiewa: „Głuchota i znaczne upośledzenie słuchu na obydwie uszy, wywołana przez cierpienie narządu słuchowego i nieropne (jako to: rozmaite postacie nieżyty przewlekłego ucha średniego, zapalenie aparatu końcowego nerwu słuchowego i t. p.) po uprzednim zbadaniu chorego w szpitalu i po zebraniu pewnych danych z miejsca rodziny badanego o chorobie jego, jeśli to się okaże potrzebnem“. Tak sformułowany paragraf bywa nierzadko przed-

miotem nieporozumień i rozmaitego tłumaczenia przez różnych lekarzy. Są lekarze, którzy uważają popisowego za dostatecznie słyszącego, gdy patrząc na niego, przemówią doń głosem donośnym w przestrzeni zamkniętej, z odległości jednego lub dwóch kroków, kilka zdań szablonowych, jak np: „skąd jesteś“, „czem się zajmował“, „czy ma rodziców“, „ile ma lat“ i t. p., i gdy tenże zdania powyższe słyszy. Tak badając słuch, bezwarunkowo dochodzi się do fałszywych wniosków. W armii niemieckiej upośledzenie słuchu na obydwie uszy od 4—1 metra, lub też głuchota na jedno ucho, czyni niezdatnym do służby czynnej, i tacy popisowi zaliczają się do rezerwy drugiej klasy. W Szwajcarii uważa się słuch za znacznie stepiony, gdy osoba badana nie słyszy dokładnie mowy akcentowanej w przestrzeni zamkniętej na odległość jednego metra. W Austrii podlegają uwolnieniu od służby z zaliczaniem do zapasu armii, młodzi ludzie, słyszący mowę nie dalej jak na 4 metry. Instrukcja francuska opiewa: że głuchota absolutna na jedno ucho, lub niepełna na obydwie uszy, t. j. gdy zwyczajna mowa nie jest słyszana dalej jak na 4 metry, czyni daną osobę niezdatną do służby wojskowej.

Nie mając przeto w instrukcyi stanowczych wskazówek pod tym względem, utworzyłem sobie sam pewien podział osób tej kategorii, a mianowicie: 1) mający umiarkowane stepienie słuchu; do nich zaliczam tych, co słyszą mowę dalej jak z odległości 4 metrów; tych uważam za bezwarunkowo zdatnych do służby wojskowej; 2) mający słuch stepiony w wysokim stopniu t. j. słyszący mowę nie dalej, jak z odległości jednego metra lub jeszcze mniej; ci są bezwarunkowo niezdadni do służby wojskowej, i 3) mający słuch upośledzony w średnim stopniu t. j. gdy słyszą od 4—1 metra; tych uważam za warunkowo zdatnych; wszelako skłaniam się więcej do tego, ażeby i ci nie byli przyjmowani do służby wojskowej, a to dla tego, że osobnik z takim słuchem, jeśli w pokoju słyszy mowę ludzką, komendy na powietrzu stanowczo nie usłyszy lub też źle ją usłyszy; dalej, przy warunkach niepomyślnych, jakie wytwarza dla słuchu służba wojskowa, stan jego stanowczo pogarszać się będzie i taki osobnik większą część czasu przepędzi w szpitalach i ambulatoriach. Skoro jednak osobnik taki przyjęty zostanie do służby wojskowej, jak tego chcą niektórzy zbyt gorliwi lekarze, należy mu dać taki rodzaj służby, ażeby z niego nie zrobić zupełnego kaleki. Powtarzam wszelako, że lepiej jednak uczynimy, nie przyjmując takich osobników; będzie to więcej po ludzku i odpowie bardziej duchowi prawa.

(D. n.).

Epidemia cholery azyatyckiej

w miasteczku Siemiatyczach (gub. Grodzieńska) w roku 1893.

Podał Ludwik Czarkowski.

Miasteczko Siemiatycze leży w części na gliniasto-piaszczystym wzgórzu, głównie zaś na dwóch tegoż wzgórza pochyłościach, z których jedna zbiega ku rzeczek Kamionce, przecinającej miasteczko od wschodu na dwie nierówne części; druga łagodniejszym nieco spadkiem zmierza ku niewielkiej strudze od północy, wpadającej w obręb miasteczka do Kamionki. Nad strugą stoi łaźnia z nieodłączną od niej mykwa. Brudna woda z łaźni spływa wprost do strugi, nad którą prócz tego mioszczą się bezpośrednio cztery ustępy; do strugi tej też ściekają wszelkie nieczystości z uliczek leżących powyżej. Rzeczka Kamionka, szeroka od 2½ do 3 sążni, płynie z północy na

południe i o sześć wiorst poniżej Siemiatycz łączy się z Bugiem. Miasteczko samo leży po prawej stronie Kamionki t. j. od zachodu, po drugiej zaś stronie znajdujemy fabrykę grubego sukna (nad samą Kamionką), garbarnię, fabrykę kafi i około 50 domków, zamieszkałych przeważnie przez chrześcijan zdunów; stanowi to przedmieście Siemiatycz, tak zwane Zamoście. Fabryka sukna, zatrudniająca 40 ludzi, dla potrzeb swoich urządziła z Kamionki w samym miasteczku staw, wskutek czego dosyć wartki bieg rzeczki uległ znacznemu zwolnieniu. Staw ów służy do wszelkich możliwych celów: tu poją bydło, pławią konie, piorą bieliznę i przędzę wełnianą farbowaną; położona zaś obok fabryki nad samym brzegiem tegoż stawu garbarnia wyrzuca tu swoje odpadki; z tegoż wreszcie stawu czterech żydów rozwozi codziennie wodę na potrzeby domowe mieszkańców. Nadto powyżej stawu wpada do Kamionki struga, o której już była mowa, poniżej zaś ściek z miasteczka.

Siemiatycze liczą mieszkańców około 6,500, w czem 4000 żydów; ludność ta mieści się w 480 domkach przeważnie drewnianych, mieszka więc ciasno i brudno. Połowa rynku i większa część z pomiędzy 12-u uliczek jest wybrukowana, ale jeden zaledwie na dziesięć domów posiada ustęp; ubodzy więc załatwiają swe naturalne potrzeby pod płotami i ścianami domów. Śmieci, pomyje, odpadki i t. d. wyrzuca się wprost na ulicę. Miasteczko niegdyś zamożne i handlowe, od pożaru w 1863 r. stale podupada, wskutek czego mieszkańcy ubożeją, a między żydami $\frac{2}{3}$ stanowią nędzarze bez zapewnionego jutra.

Cholera pojawiła się u nas 20 sierpnia r. z. odrazu w 3-ch punktach: około łaźni w bliskości strugi na 2-ch uliczkach wśród żydów i na odległym o pół wiorsty przedmieściu Łojki, zamieszkałym wyłącznie przez chrześcijan. Siostra mieszkanki Łojek, niejakej Manturewiczowej, w sąsiednim Drohiczyńcu ¹⁾ zmarła na cholere. M. pojechała na miejsce i zabrała po nieboszczce pościel: na drugi dzień zapadła na cholere sama i dwoje jej dzieci (jedno dziecko zmarło). W 2-m punkcie przybyła w pierwszej połowie sierpnia żydówka z Białegostoku zachorowała pierwsza i, nim zmarła, zdołała udzielić choroby dwom sąsiednim domom. Do 3-go zaś punktu zawłókl cholere farbiarz, który jeździł z motkami do Drohiczyńca i wróciwszy stamtąd, zachorował z całą rodziną, która wymarła (4 osoby). Epidemia trwała od 20-go sierpnia do 12-go października: siedem tygodni ²⁾. Główne siedlisko obrała sobie choroba na pochyłości miasteczka ku strudze, zwłaszcza w bliskości jatek i łaźni. Stąd — dopiero po 3-ch tygodniach, pominąwszy rynek, przeniosła się na pochyłość drugą ku Kamionce i tu głównie się rozgościła po obu brzegach stawu. Najwyżej zaś położono trzy uliczki, pomimo tego, iż zamieszkuje je najbiedniejsza ludność żydowska, niechlujna i ścieśniona, pozostały wolne od cholery. Pośrodku obszernego rynku stojący b. ratusz, duży murowany budynek, w którym dół zajmuje w połowie 60 kramów, w drugiej połowie zaś i na piętrze mieszka 250 żydów nieco zamożniejszych, dał tylko 2 przypadki (jeden śmiertelny). Trudno to uważać za prosty zbieg okoliczności, ponieważ podczas epidemii cholery w roku 1870 (jak o tem wiem od kolegi, który tu wtedy praktykował) choroba pomienione miejsca również oszczędzała.

Przez siedem tygodni mieliśmy wszystkich chorych 379, z których wyzdrowiało 187, zmarło 192 czyli 50,6%; w tem: chrześcijan 45 chorych, 13 zmarłych = 28,8%, żydów 334 i 179 = 53%. Na tysiąc ludności chrześcijańskiej chorowało osób 18, zmarło 6; zaś na tysiąc ludności żydowskiej chorowało osób 83, zmarło 45. Liczba zapadłych

¹⁾ Mieścina odległa o 2 mile od Siemiatycz, dokąd cholera zawleczona została z Białegostoku i pokazała się na kilka dni wpierw.

²⁾ Od 12—21 października wypadków cholery wcale nie było; 21-ego zaś zapadło odrazu 5 osób w 3-ch domach na jednej ulicy, poczem co parę dni chorował jeden lub 2-ch na tejsze ulicy; tak przeciągnęło się do 4-go listopada. Za ten czas zachorowało 12 osób, zmarło 5, wyłącznie żydzi. Oo 4-go listopada ustała ostatecznie. O chorych tych w tekście nie mówię.

na cholere ȳdów byla więć stosunkowo 4½ razy więćsza, niȳ chrcześcijan, śmiertelność zaś razy siedem. Chorowała prawie wyłącznie ludność najuboȳsza, ȳwiąća się suchemi kartoflami i zieleniną, mieszkająca w ciasnych izdebkach po więćszej części boz podłogi, w pobliȳu rzeczek i stawu, stamtąd teȳ czerpiąća wodę. Co do zajęć, byli to przeważnie drobni rzemieślnicy, wędrujący zwykłe po wsiach: krawcy, szewcy, kramarze, szmaciarze i szklarze. Uderzająca jest częćtość cholery pośród rzeźników i farbiarzy. Z pomiędzy 15-u rodzin rzeźniczych tylko dwie nie chorowały ³⁾, to samo dotyczy farbiarzy; a jednak pierwsi, przynajmniej pod względem odȳywania, nie są upośledzeni, mająć co dzień kawalek mięsa. Z drugiej znów strony, pośród conajmniej 15-tu rodzin ȳdowskich, trzymających 9 ogrodów w miasteczku, nie zachorował nikt, a przecieȳ są to biedacy, którzy w kilku składają się na jakieś 30—40 rubli raty dzierżawnej za owoc, ȳwiąć się nęćdnie i okrom jakieȳś polewki lub krupniku z kartoflami, ȳwiąć się wyłącznie prawie owocami, ogórkami, cebulą i t. p., choć, co prawda, przez cztery miesiące letnie mieszkają w budach w ogrodzie na świeżem powietrzu. Dziwniejszem moȳe się wydać, iż zduni, których tu jest przeszło 30 rodzin, również na cholere nie zapadali wcale. Zamoȳniejszych ȳdów i chrcześcijan chorowało zaledwie kilkunastu.

Pomocy lekarskiej udzielało trzech lekarzy, trzech folezerów, dwunastu posługaczy. Szpitali było dwa: chrcześcijański na 12 łóćek, obficie zaopatrzony w leki, pościol i t. p. Leczyło się w nim chorych 24-ch, z których zmarło 5 t. j. zaledwie 20%. Szpital ȳdowski urząćdony był w pierwszym popłochu bardzo pierwotnie, bez odpowiedniej odzieȳy i pościoli, tak, iż chorȳ leȳeli w tem samym ubraniu, w którym ich przyniesiono; nie więć dziwnego, że na 50 chorych wyzdrowiało tylko 15, zmarło zaś 35 czyli 70%! Trzeba wszakȳe uwzględnić tę okoliczność, że bardzo wielu ȳdów leczyło się w domu i dopiero, gdy juȳ zbliȳał się kres, niesiono chorego co ȳwo do szpitala, aȳeby kosztów pogrzebu nie ponosić. U chrcześcijan zaś tylko w jednym przypadku miało to miejsce. W ten sposób tłómaczy się, że z pomiędzy 21 chrcześcijan, którzy się leczyli po za szpitalem, zmarło 8=38%, czyli stosunek śmiertelności więćszy był, niȳ w szpitalu; z pośród zaś 284 takichȳe ȳdów zmarło 144-ch=50%, stosunek o wiele mnieȳszy od szpitalnego. ȳȳdzi, wiedząc o tem, po kilku tygodniach żadną miarą nie dawali się namówić do szpitala, skutkiem czego szpital był beczynny; dopiero pod koniec epidemii, gdy zarząćd z rąćk bractwa ȳdowskiego przeszedł do władz policyjnych, szpital przeniesiono w inne miejsce i urząćdzono odpowiednio celowi, publika jednak, raz zrażona, z trudnością wstępowala i do tego szpitala. Jednak na 4-ch chorych cięćżkich wszyscy wyzdrowieli.

Tyle tylko moȳę podać wiadomoćci co do ogółu chorych. Poniȳsze zaś szczegóły bęćdą dotyczyć tylko chorych leczonych wyłącznie przezemnie, którzy pozostawali pod moją opieką od począćtku do końca choroby. Chorych takich mialem 145; z tych wyzdrowiało 102, zmarło 43 t. j. 29,6%; chrcześcijanie dali 11 przypadków i 3 śmierci =27%, ȳȳdzi 134 i 40 śmierci =29,8%. Z wyjąćtkiem dwunastu, którzy następnie udali się do szpitala i tamȳo się leczyli pod moim kierunkiem, reszta leczyła się w mieszkaniach zawsze ciasnych, gȳdzie chory nie mógł mieć dla siebie oddzielnego pokoju. Płeć i wiek tych chorych, tudȳeȳ zejćscie wskazuje dołączona tu tabelka.

	Do 10 lat chor. zmarł.		10 — 20		20 — 30		30 — 40		40 — 50		50 — 60		Ponad 60		Ogół chorych.	Ogół zmarłych.
Męȳczyzn	30	9	13	4	11	3	6	1	2	1	8	4	1	1	71	23
Kobiet .	25	8	12	5	15	1	5	—	5	2	11	3	1	1	74	20
Razem .	55	17	25	9	26	4	11	1	7	3	19	7	2	2	145	43

³⁾ Wszystkie wyliczone tu rzemiosła wyłącznie uprawiają ȳȳdzi, tylko między szewcami i zdunami więćszość stanowią chrcześcijanie.

Odsetka śmiertelności widoczna jest z samej tabelki: najmniejszą dał wiek średni, 30–40 lat, i młodzieńczy, największa była po 60 roku. Kobiety zapadały równie często jak mężczyźni, śmiertelność zaś wśród kobiet była nieco mniejsza.

Według zaś stopnia rozwoju choroby chorzy moi dzielą się jak następuje:

	Mężczyźni			Kobiety		
	Chorowało.	Zmarło.	% śmierci.	Chorowało.	Zmarło.	% śmierci.
Z biegunką choleryczną . .	15	1	6,6%	22	1	4,5%
Z chorobą więcej rozwiniętą	14	1	7%	12	—	0
W stanie zamartwiczym . .	42	21	50%	40	19	47,5%
	71	23	32,3%	74	20	27%

Stan zamartwiczny w 17 przypadkach, czyli prawie w $\frac{1}{3}$ ogółu przeszedł w tyfoid pocholeryczny; z tej liczby zmarło 8. Odczyn był zwłaszcza u młodych bardzo znaczny, połączony z parudniową śpiączką, majaczeniem, zrywaniem się. U trojga dzieci wystąpiły drgawki, które się zakończyły u jednego rocznego dziecka na trzeci dzień śmiercią; drugie zaś też roczne i 7-o letnia dziewczynka wyzdrowiały 8-go dnia po kilkakrotnych drgawkach. Zmarli według dnia śmierci dzielą się jak niżej:

Pierwszego dnia choroby zmarło 7, 2-go 8, 3-go 11, 4-go 6, 5-go 1, 6-go 1, 7-go 4, 8-go 2, 9-go 1, 11-go 2, razem 43.

Ogromna większość umarła w ciągu pierwszych 4-ch dni, z pozostałych 11-u jeszcze u 6-ciu śmierć nastąpiła skutkiem powikłań: dwoje dzieci rocznych zmarło przy objawach zapalenia opon mózgowych, 56-o letnia żydówka skutkiem mocznicy, 53-y letni żyd, cierpiący oddawna na rozedmę płuc, 8-go dnia z obrzęku płuc, 65-o letni żyd zmarł 9-go dnia skutkiem powikłania zgorzelą gardzieli 5-go dnia, wreszcie dziecko półroczne zmarło jedenastego dnia skutkiem ogromnej odleżyny, która zajęła okolice krzyżową i obydwie pośladki. Dzieci do lat 10-ciu zachowywały się odporniej od starszych; pierwszego dnia nie umarło z nich żadne piętnastoletnie zaś już troje. Piorunująca postać cholery wystąpiła 4 razy; przypadki te w krótkości przytaczam:

a) 15-to letnia Ryfka K. 3-go września o 10-oj zrana, gdy odwiedzał jej brata, który był zapadł na cholere, była zupełnie zdrowa; o 12-oj jadła dużo gruszek wprost z drzewa. O godz. 4-oj z południa, wezwany do niej, zastałem ją w stanie zamartwiczym, bez tętna, z kureczkami w nogach. Na godzinę przed moim przybyciem dostała wymiotów i biegunki, a o 9-oj wieczór już nie żyła. Choroba więc trwała 6 godzin.

b) Podobny przebieg miała cholera i tak samo po najedzeniu się gruszek, u 15 letniego chłopca.

c) 38-letni Franciszek W. pocztylion, nadużywający trunków, od kilku dni cierpiał na biegunkę; pomimo to oddawał się swojemu zajęciu, używając obficie dzięgielówki i zwyczajnej siwuchy; tej ostatniej w dniu śmierci wypił, jak mówią otaczający, półtorej kwarty. Położył się do łóżka o 6-oj wieczorem z powodu osłabienia, będącego wynikiem obfitszej biegunki i wymiotów. Stan taki po przepiciu się często mu się przytrafiał, żona więc na razie nie wiele sobie z tego robiła; dopiero o 9-oj wieczór, gdy wystąpiły kurecze w nogach, wezwano mnie do niego. Zastałem charakterystyczny obraz okresu zamartwiczego cholery: sinicę, kończyny zimne, skórę zimną i wiotką, głos cichy, chrapliwy, przytomność zupełną, kurecze w nogach, co kwadrans wymioty i biegunkę, tętno zaledwie wyczuwalne. Chory dobrej budowy. Pomimo natychmiastowego zarządzenia zwykle przezemnie używanych środków (o których niżej), chory o 4-oj rano życie zakończył. Cholera w pełni rozwoju trwała tu tylko 10 godz.

d) 24-letni stolarz przybył w przeddzień z Warszawy na święta Kuczek; przez ścianę w tym samym domu 2 tygodnie przedtem chorowali na cholere. O 12-oj w nocy jeszcze tańczył i zjadał śliwki, o 6 ej rano, gdy mnie wezwano—już nie żył.

Trzy pozostałe przypadki, zakończone 1-go dnia choroby śmiercią, dotyczą również osób świeżo do miasteczka przybyłych.

Co do charakteru samej epidemii, to złośliwie występowała ona w pierwszych czterech dniach; potem w ciągu trzech tygodni śmiertelność była nieco mniejsza; po upływie tego czasu, gdy się przeniosła na ulice dotąd od cholery wolne, stała się tam znów gwałtowniejszą. Wogóle nie zauważyłem, żeby pod koniec epidemii odsetka śmiertelności była mniejsza. Biegunka, jeżeli trwała dłużej nad dni pięć, nie przechodziła już w następno okresy. W przypadkach więcej rozwiniętych, które przechodziły w stan zamartwicy, miało to miejsce zaraz pierwszego dnia. Odczyn po stanie zamartwicznym (poty, pojawienie się tętna, ustanie wymiotów) występował najczęściej po 12-tu godzinach, niekiedy zaś dopiero po 48-miu i tu zwykle przyłączał się stan tyfoidalny; pomimo tak długiego trwania okresu zamartwiczego połowa takich chorych wyzdrowiała. Były to prawie wyłącznie dzieci do lat piętnastu.

Przebieg cholery w okresie zamartwicznym był ciężki. Z 82-ch, zaledwie pięć przypadków przypominam sobie, w których chorzy już po dwóch dniach opuścili łóżko. Najczęściej zdarzało się to dopiero w końcu drugiego lub w trzecim tygodniu.

Zwykle objawy stanu zamartwiczego były następujące: Po częstej biegunce, trwającej kilkanascio do 24-ch godzin (wyjątkowo, jak to wyżej zaznaczyłem, do 5 dni), bezbolesnej, lecz mocno osłabiającej, pojawiały się wymioty, poczem bardzo szybko występowała sinica, kurecze w nogach (u trzech młodych kobiet i jednego również młodego mężczyzny widziałem też kurecze rąk), stygnięcie ciała, znikanie tętna, osłabienie głosu, skóra traciła sprężystość, przytomność była zupełna. Kureczo zwykle bywały bardzo bolesne; chorzy jęczyli i głównie się na nie uskarżali. U dzieci do lat 15 i u starszów po latach 50, kureczów nie widziałem. U wielu skóra na palcach bledła i marszczyła się podobnie jak u topielców. Zjawisko to, gdy chory pozostawał przy życiu, ustępowało dopiero po 3—4 dniach. Bezmocz dłuższy lub krótszy był w każdym przypadku okresu zamartwiczego. U 8-iu chorych, gdy już wystąpił odczyn, musiałem mocz wypuszczać cewnikami; z wyjątkiem dwóch, byli to chorzy w stanie tyfoidalnym, napółprzytomni i dzieci (jedno zaledwie jeden rok życia mające). Pomimo, iż w tych razach moczu znajdowało się sporo, chorzy nie oddawali go dobrowolnie. (D. n).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 Stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) MAYZEL—przedstawienie bąblowca nerki. 2) SĘDZIAK—przedstawienie brodawczaka nosogardzielowego. 3) Tenże—odezyt: o rozpoznawaniu skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa.

1) Kol. MAYZEL przedstawił preparaty drobnowidzowe i okaz bąblowca nerki, wydalonego samodzielnie z moczem u kobiety 25-letniej, napozór zupełnie zdrowej. Chora od czasu do czasu miewała tylko nieokreślone i słabe bóle w krzyżu. Przed kilkoma miesiącami zauważyła guz w podżebrzu lewem z tyłu, odpowiednio nerce. Badany mocz nie przedstawiał widocznych nieprawidłowości, prócz śladów białka. W dniu 10 stycznia bez żadnego wysiłku lub widocznego powodu chora doznała nieokreślonego i słabego bólu w krzyżu i oddała mocz bardzo mętny w ilości $\frac{1}{2}$ litra, w którym zauważyła pęcherz wielkości jaja kurzego i kilkadziesiąt drobnych pęcherzyków wielkości orzecha laskowego i grochu. W ciągu kilku dni następnych mocz stawał się coraz mniej mętnym, czwartego dnia dawał już nieduży osad, w którym nie można było odszukać części składowych bąblowca. Wydalone mniejsze pęcherzyki bąblowca okazały się napełnione *scolex*-ami

w rozmaitej ilości i zawierały niemałą ilość kryształów zupełnie podobnych do kryształów CHARCOT'a rozmaitej wielkości. O ile przypadek ten stanowi całkowite samodzielne uleczenie przez samoistne wydalenie się bąblowca z nerki, dalsza obserwacja pokaże.

2) Kol. SĘDZIAK przedstawił guz, wyjęty przez siebie z jamy noso-gardzielowej chorego, skarżącego się na zupełne zatkanie nosa. Guz przy badaniu drobnowidzowym okazał się typowym brodawczakiem (*papilloma*), średnia zaś część jego okazała budowę miękkiego włókniaka (*fibroma molle*). Na zaznaczenie zasługują w tym przypadku: rozmiary guza, charakter jego (zwykle guzy jamy noso-gardzielowej bywają włókniaki twarde) oraz przyczep guza (guz brał początek z tylnego końca muszli dolnej lewej, zwykle zaś bierze początek ze stropu).

3) Następnie kol. SĘDZIAK odczytał pracę pod tytułem: O rozpoznawaniu skrytych postaci ropotoków (empyematów) zatok bocznych nosa. Skryte postaci ropni zatok bocznych nosa zdarzają się dosyć często. Autor w ostatnich paru latach spostrzegł 54 przypadki, najczęściej widział ropne zajęcie zatoki HIGHMOR'a a mianowicie 30 razy (25 razy jednostronne, 5 razy z obu stron). Najłatwiejszym jest rozpoznanie ropni zatok szczękowych górnych. Opiera się ono na następujących danych: 1) dużej ilości ropy, wydzielanej rano po przebudzeniu; 2) na t. zw. objawie B. FRAENKEL'a t. j. ponownem występowaniu ropy w średnim przewodzie nosa po usunięciu jej i po nachyleniu głowy ku przodowi; 3) na obecności polipów oraz przerostów muszli (objaw ten jednak nie zawsze bywa spotykany). Podawanego przez KAUFMAN'a t. zw. *Schleimhautwulst*, jako charakterystycznego objawu dla tego cierpienia, autor nie był w stanie stwierdzić na zasadzie własnych spostrzeżeń; toż samo świeżo przez BURGER'a opisany objaw *rhinitis chr. unilateralis* (ze strony przeciwnej); 4) bóle głowy; według autora objaw ten niema większego znaczenia rozpoznawczego, zwłaszcza co się tyczy umiejscowienia choroby; 5) również i objawy ze strony zębów (*caries*) nie mają większego znaczenia, gdyż dowiedzione jest obecnie, że daleko częściej empyematy zatok HIGHMOR'a bywają pochodzenia nosowego. O wiele ważniejsze są dwa następujące objawy: 6) przeświecanie, mające zresztą wielu przeciwników (zwłaszcza w Niemczech), którzy do pewnego stopnia zdają się mieć słusność, gdyż ani dodatni rezultat badania, ani też ujemny nie są absolutnie pewne. Najpewniejszym objawem po) 7) jest punkcja *resp.* przestrzykiwanie próbne. O wiele trudniejsze do rozpoznania są ropnie w zatokach czołowych. Objawy mniej lub więcej stałe i charakterystyczne dla tych cierpień są następujące: 1) ropienie nosowe w przednim odcinku *hiatus semilunaris*; 2) zielone zabarwienie ropy; 3) przerost przednich końców średnich muszli; 4) zdrowy stan zębów; 5) zanik odpowiedniego odcinka błony śluzowej przegrody nosowej; 6) diplopię; 7) bóle głowy oraz nerwobóle nadoczodołowe; 8) perkusja, auskultacja, oraz przeświecanie są bez znaczenia; 9) najpewniejszym jest sondowanie *resp.* przestrzykiwanie próbne, w połowie przypadków możliwe. Jeszcze rzadszem i trudniejszym do rozpoznania jest ropienie w komórkach sitowych. Objawy ważniejsze są następujące: 1) ropienie nosowe ku przodowi od *hiatus semilunaris* przy ropieniu przednich komórek (niepewny objaw, gdyż zdarza się i przy czołowych), między *septum* a *concha media* przy zajęciu tylnych komórek (również objaw niepewny); 2) często bywa *pharyngitis sicca*, czasem zaś *ozaena*; 3) autor raz spostrzegł *cacosmiam suspectam*; 4) bóle głowy autor widywał przeważnie głębokie, jakby z tyłu oka; autorowie podają jeszcze za charakterystyczny objaw ból przy ucisku kości czołowej; 5) częste zaburzenia sfery intelektualnej, co bywa jednak i przy zajęciu innych zatok; 6) częste stosunkowo są zaburzenia wzrokowe; 7) przeświecanie zdaje się być bez znaczenia; 8) najpoważniejszym jest sondowanie (miękką, gąbczasta tkanka krwawiąca i ropę sącząca w okolicy średniej muszli). Bardzo rzadkie są ropnie zatok klinowych. Ważniejsze objawy są: 1) ropienie nosowe; 2) czasem *ozaena*; 3) bóle głowy; 4) zaburzenia wzrokowe; 5) zaburzenie sfery intelektualnej; 6) rozszerzenie podstawy nosa; 7) najważniejszym jest sondowanie. Oprócz wyżej wspomnianych postaci autor spostrzegł jeszcze ropienie kombinowane. Rozpoznanie w takich przypadkach dokonuje się drogą wyłączenia.

Dyskusja. Kol. WRÓBLEWSKI zaznacza, że nazwę „skryte postaci“ uważa dziś za nieodpowiednią; była ona właściwa wówczas, gdy cierpienia te nie miały tylu i tak typowych objawów, jakimi się dziś kierujemy przy rozpoznaniu. Polipy nosa

częściej, niż przy zajęciu jamy HIGHMOR'a, bywają przy cierpieniu zatok czołowych, klinowych i sitowych. Nie zgadza się również na zdanie, aby ropotoki jamy HIGHMOR'a miały być pochodzenia wyłącznie nosowego, bardzo często bowiem zależą one od poróżnienia zębów, co poświadczyć mogą dentyści. Prześwietlanie uważa za metodę bardzo ważną i stosuje ją stale, chcąc jednak otrzymać dane mniej więcej pewno, należy je wykonywać, zarówno jak i punkcję próbną z rana, gdy zatoka wypełniona jest ropą; przy punkcji zmuszony był niejednokrotnie wkuwać igłę w kilku miejscach, ani razu jednak nie zdarzyło mu się, aby jej nie mógł dokonać; wiele zależy od dobroci przyrządu, a chcąc, aby był dobry t. j., aby tłok działał dokładnie, należy najmniej co rok zmieniać szprycę. Co się dotyczy rozpoznania różniczkowego, to nie zgadza się na istnienie charakterystycznych objawów dla cierpienia tej lub innej zatoki, gdyż przy wszystkich muszle są obrzęknięte; najpewniejsze dane otrzymujemy za pomocą wkucia, które W. na próbę zaczął robić przy cierpieniach zatoki klinowej i w dwóch przypadkach otrzymał ropę; wkucie robił długą prostą igłą, chorzy zabieg ten znosili dobrze. Sondowania zatoki czołowej nie uważa za metodę ani pewną, ani bezpieczną; przy cierpieniu jej są takie zmiany w górnej części nosa, że nigdy nie można być pewnym, czy nawet przy kierowaniu się wszelkimi wskazówkami i przy uwzględnianiu podanych wymiarów, zgłębnik wszedł do zatoki, czy nie.

Kol. SREBRNY sądzi, że są i formy skryte ropotoków jam nosowych, na dowód czego przytacza spostrzegane przez się przypadki; za jeden z ważniejszych objawów uważa znaczne zaczerwienienie błony śluzowej w odpowiedniej stronie nosa; polipy stanowią również objaw bardzo charakterystyczny. Prześwietcanie i punkcja próbna przez dolny przewód nie stanowią decydujących momentów rozpoznawczych, gdyż w przeważnej ilości przypadków nie mamy jamy wypełnionej ropą, tylko ściany jej są ropą pokryte. Kol. S. zgadza się na to, że do jamy czołowej wejście zgłębnikiem jest bardzo trudne, nie sądzi jednak również, aby można było igłą przekłuć grubą przednią ścianę jamy klinowej; tam zaś gdzie ściana ta jest ścięnczała lub zniszczona, istnieją objawy rozpoznawcze, które czynią przekłucie próbne zbyt bezużytecznym.

Kol. WRÓBLEWSKI objaśnia, że przypadków, w których ropy jest mało, gdzie obecności jej nie można skonstatować ani prześwietlaniem, ani przez punkcję, nie uważa za nadające się do operacji, w tych zaś, w których operuje, ropy jest zawsze bardzo dużo.

Kol. PRZEWOSKI zaznacza, że na sekcjach widują ropotoki jamy HIGHMOR'a u ludzi zmarłych na inne choroby; ropa bywa albo płynna, cuchnąca, lub też gęsta, ciągnąca się; ilość bywa albo mała, albo bardzo obfita. Widywał przypadki, w których błona wyścielająca jamę była cienka, włóknisto zwyrodniona, a sama kość sklerotyczna; przypuszcza, że musiało tu być zapalenie ropne, zatrzymanie ropy, która uległa różnorodnym zmianom i w rezultacie pozostał tylko płyn surowiczy. To dowodzi, że bywają przypadki, w których przy braku objawów subiektywnych ilość ropy w jamie może być bardzo duża. Na zapytanie kol. SREBRNEGO, kol. PRZEWOSKI objaśnia, że przypadki z dużą ilością ropy nie należą bynajmniej do rzadkości.

Kol. BORSUK opisuje kilka przypadków zaniedbanych ropotoków jamy czołowej, które powstały wskutek nowotworów w narządach sąsiednich (gałce ocznej, gruczoł łzowy i szczękę górną) i które skonstatowano dopiero po operacji. Opis ilustruje przedstawieniem jednego chorego.

Kol. SAWICKI uważa, że prześwietcanie może dać wyniki dodatnie wówczas jedynie, gdy można je sprawdzić za pomocą innych metod. Szczególnie ostrożnym należy być z prześwietcaniem tam, gdzie objawy, wskazujące podejrzenie cierpienia jamy HIGHMOR'a, występują po urazie twarzy; na dowód tego przytacza przykład, w którym po urazie na zasadzie wyników prześwietcania zrobiono trepanację i ropy nie znaleziono.

W odpowiedzi kol. SĘDZIAK zaznacza, że termin „skryte postacie“ jest odpowiedni dla tych ropni w zatokach bocznych nosa, w których zupełnie brak wszelkich objawów i które tylko przypadkowo np. na trupie są rozpoznawane; sądzi on, że dla odróżnienia od typowych t. zw. klasycznych postaci, nazwa „skryte“ najzupełniej jest odpowiednia. Co się dotyczy częstszego napotykania polipów przy ropniach zatok czołowych, niż przy ropniach w *antrum* HIGHMOR'a; jest to zdaniem S. rzecz przypadku. W twierdzeniu swym S. opierał się na danych statystycznych zarówno własnych, jakoteż na zdaniu innych autorów. Przeciwno twierdzeniu kol. WRÓBLEWSKIEGO, jakoby poróżnienie zębów było częstym powodem do wytwarzania się ropni *antri* *lhigh-*

mori, S. podaje liczby na zasadzie swoich spostrzeżeń. Na 30 bowiem empyematów *antri Highmori* tylko w 8 można było stwierdzić próchnienie zębów trzonowych górnych. Próbną punkcya niekiedy się nie udaje, bywa bowiem niekiedy kość tak grubą, że igła nie może jej przebić. Co się tyczy sondowania zatok czołowych, to kol. S., opierając się na badaniach na trupach, twierdzi, że w połowie przypadków jest ono możliwe.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

20. ROSENTHAL. **Miednica ścieśniona i kolpeurynter.** Pod taką nazwą autor, asystent kliniki położniczej w Dreźnie, ogłosił pracę treści następującej.

Pomimo świetnego rozwoju w ostatnich latach położnictwa operacyjnego; pomimo ścisłego zachowania wszelkich przepisów czystości; pomimo przestrzegania należytej ostrożności w operowaniu; ciągle jednakże przytrafiające się przypadki niepomysłnego przebiegu położu nie przestają nam przypominać, że każdy rękoczyn prowadzi za sobą niebezpieczeństwo zakażenia, z przyczyny częstszych i liczniejszych obrażeń drogi porodowej przy operacjach, niż przy porodach siłami samej macicy dokonywanych.

Czyżby to miało być bezpośredni następstwem nadmiernego, aż do przesady nieraz dochodzącego zaufania do antyseptyki, które obecnie zachęca do częstszego dokonywania ciężkich operacji niż dawniej? Niestety, tak jest niewątpliwie. Pod osłoną antyseptyki wszelkie usiłowania nasze są skierowane głównie do uratowania życia dziecka, a dobro i zdrowie matki łatwo tracimy z oczu. Z błędnie pojmowanego współczucia chętniej wystawiamy życie matki na największe niebezpieczeństwo, niż zgodzimy się na przedziurawienie czaszki jeszcze żyjącego płodu. Pod płaszczykiem antyseptyki i lekarz-praktyk dla skrócenia cierpień rodzącej, a istotnie dla oszczędzenia sobie czasu i zachodu, kończy zapomocą operacji poród, który przy starannem zwracaniu uwagi na wszelkie szczegóły jego przebiegu, przy umiejętnem ocenieniu i poparciu sił przyrody, odbyłby się bez pomocy sztuki, a tem samem dawałby nierównie pewniejsze widoki co do pomyślnego przebiegu położu, niż poród dokonany sztuką. Faktem jest, że odsetka śmiertelności położnic nie uległa żadnej zmianie od czasu stosowania antyseptyki, o ile bowiem zmniejszyła się znacznie ich śmiertelność w zakładach położniczych, o tyle powiększyła się w praktyce prywatnej. HEGAR i DOHRN wykazali, że odsetka dokonywanych operacji położniczych w Niemczech wynosiła przed 20 laty 4%; obecnie zaś dochodzi do 7%. Słusznie też HEGAR śmiertelność matek z gorączki połogowej czyni zależną od tego, nieledwie w dwójnasób powiększenia się liczby porodów, dokonywanych pod osłoną antyseptyki zapomocą operacji. Aczkolwiek w najbliższej nam dobie słyszymy nawoływania do tego, że cięcie cesarskie i cięcie łonowe winno być rękoczynem dostępnym dla każdego lekarza; to jednakże nie należy lekceważyć dążenia do tego, ażeby nawet porody przy wyższym stopniu ścieśnienia miednicy odbywały się jedynie przy odpowiednim popieraniu sił przyrody t. j. bez większego operacyjnego zabiegu.

Oczywiście, odpowiednie traktowanie porodów przy miednicy ścieśnionej wymaga pewnego doświadczenia. Tymczasem lekarz-praktyk po największej części nie miał ani czasu, ani też sposobności częstego spostrzegania od początku do końca przebiegu porodu, ukończonego dobrowolnie przy miednicy ścieśnionej. W uniwersytecie uczą go operacji położniczych na fantomie, a w praktyce spotyka się z przypadkami, w których najczęściej jest już za późno wyczekiwać dobrowolnego ukończenia się porodu. Dodać nadto wypada, że nie leży po największej części w interesie lekarza-praktyka, śledzenie przez niego przebiegu porodu prawidłowego, a przynajmniej tak gruntowne poznanie go, jakie jest koniecznem, aby mógł odrazu dostrzedz i należyście ocenić zboczenia od zwykłego przebiegu przy miednicy ścieśnionej. Nic też dziwnego, że taki lekarz, przywołany do opóźniającego się porodu, sądzi, że musi on w każdym razie z czynną wystąpić pomocą, zwłaszcza, gdy tego sobie życzą i oczekują z upragnieniem rodząca i osoby ją otaczające.

Autor sądzi, że kolpeurynter w ręku lekarza jest narzędziem, przy użyciu którego może on bez przynębiającego go niepokoju, nieświadomości i niepewności, śledzić przez czas dosyć długi postęp porodu przy miednicy ścieśnionej, a zarazem

dobrowolne ukończenie się porodu przyspieszyć, a co najmniej dokonanie później niezbędnej operacji ułatwić.

W klinice Drezdeńskiej zastosowano kolpeurynter BRAUN'a w ciągu 3½ lat 184 razy na 5215 porodów, a mianowicie: 108 razy przy miednicy ścieśnionej, 76 razy z innych powodów. Jeżeli rodząca ma bóle porodowe zbyt dokuczliwe, to należy przed wprowadzeniem kolpeuryntera zastrzyknąć jej podskórnie 0,01 morfiny; należy nadto uda rodzącej związać i ułożyć ją na boku, dla osłabienia działania tłoczni brzusznej i bólów porodowych na kolpeurynter. Niepodobna z góry przewidzieć, jak długo ma on być użytym. Przed upływem 3 godzin rzadko zamierzony następuje skutek; dla tego też wcześniej nie zachodzi potrzeba śledzenia wewnętrznego rodzącej; za to należy przez ten czas dokładnie śledzić postęp porodu zapomocą badania zewnętrznego. Kolpeurynter, chociażby był całkowicie wodą wypełniony, nie przeszkadza bynajmniej ustaleniu się główki płodu we wchodzie miednicy. Gdy wystąpią silne bóle porodowe, to często kolpeurynter zostaje wyparty na zewnątrz i główka bezpośrednio, albo po 2-ch następnych bólach opuszcza się do wchodu pochwy. Niezawsze jednakże tak pomyślny następuje skutek i po upływie 6—8 godzin zachodzi potrzeba ponownego badania wewnętrznego: przy silnych bólach po wypuszczeniu części zawartości kolpeuryntera, a to celem zabezpieczenia pęcherza płodowego od pęknięcia; przy słabych bólach, po zupełnem opróżnieniu i wyjęciu kolpeuryntera na zewnątrz. Po przestrzyknięciu pochwy i opłukaniu kolpeuryntera w wodzie sublimatowej, wprowadza go się ponownie i powtarza się to tyle razy, ile razy zajdzie tego potrzeba, tak, że można go stosować do 36 godzin bez obrażenia części miękkich drogi porodowej.

Na 108 przypadków, w których stosowano kolpeurynter przy miednicy ścieśnionej, tylko w 9 wystąpiła gorączka w połogu; 5 razy była całkiem umiarkowana i trwała 1—3 dni, w 2-ch zależała od użycia kolpeuryntera.

Co się dotyczy wskazań, to nie w każdym przypadku porodu przy miednicy ścieśnionej zachodzi potrzeba użycia kolpeuryntera, gdyż i bez tego poród dobrowolnie i pomyślnie się kończy. W kilku słowach da się wyrazić potrzeba użycia kolpeuryntera: jako narzędzia zastępującego działanie pęcherza płodowego i jako narzędzia zabezpieczającego pęcherz płodowy od przedwczesnego pęknięcia.

Z powodu przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego zastosowano kolpeurynter w 48 przypadkach; z tych w 30 nastąpił poród dobrowolnie, w 18 zaś został dokończony sztuką, a mianowicie: 9 razy przez wymóżdżenie, 5 razy zapomocą obrotu na nóżki i 4 razy zapomocą kleszczy porodowych. Na 30 porodów dobrowolnie dokonanych, 12 było u pierwiastek, a 18 u wieloródek. Dotyczy to przede wszystkim przypadków miednicy ścieśnionej w stopniu umiarkowanym, przy którym trudno lub całkiem nie można przewidzieć, czy poród ukończy się pomyślnie lub niepomyślnie, zwłaszcza gdy pęcherz płodowy pęka przed rozwarciem się ujścia macicznego, jak to się wydarzyło w wymienionych przypadkach. Najwydatniejszym jest skutek działania kolpeuryntera przy umiarkowanym ścieśnieniu miednicy u pierwiastek.

Drugie ważne zadanie kolpeuryntera polega na zabezpieczeniu pęcherza płodowego od przedwczesnego pęknięcia. W tym celu zastosowano kolpeurynter w 43 przypadkach, z których w 22 ukończył się poród dobrowolnie, a w 21 został dokonany sztuką. Przedewszystkiem kolpeurynter ma znaczenie jako przygotowanie do obrotu płodu na nóżki. Spostrzegane przypadki wykazały, że gdy ujście maciczne jest dostatecznie rozwarłe, to wtedy występujące silne bóle porodowe nie pozwalają dłużej niż godzinę zwlekać z dokonaniem obrotu; w przeciwnym bowiem razie pęcherz pęknie, a główka ustali się we wchodzie miednicy tak, że wykonanie obrotu na nóżki będzie bardzo utrudnione albo całkiem niemożliwe. We wszystkich przypadkach zdołano pęcherz płodowy utrzymać w całości tak długo, jak długo kolpeurynter pozostawał w pochwie macicznej.

Autor po zestawieniu 108 spostrzeganych przypadków, dochodzi do ostatecznych wniosków następujących:

Zapomocą użycia kolpeuryntera możemy uniknąć potrzeby dokonywania operacji u rodzących z miednicą ścieśnioną, a w razie danych wykonanie operacji ułatwić, albowiem z jednej strony zabezpieczamy przez to całość pęcherza płodowego, z drugiej zaś go zastępujemy. Dla tego też zastosowanie kolpeuryntera jest wskazane:

1) Gdy przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego główka nie wstąpiła jeszcze do wchodu miednicy, a to celem powstrzymania dalszego wody płodowej odpływu i wzmocnienia bólów porodowych, zwłaszcza u pierwiastek.

2) Gdy przy nienaruszonym pęcherzu płodowym, niedostatecznem rozwarciu się ujścia macicznego i miednicy ściśnionej, główka płodu nie ustaliła się, zwłaszcza u pierwiastek, a zawsze przy położeniu płodu ukośnem lub poprzecznem.

3) Jeżeli nie mamy jeszcze jasnego pojęcia o przebiegu porodu, a więc szczególnie przy umiarkowanem ściśnieniu miednicy, celem przygotowania na wszelki przypadek drogi porodowej. Albowiem kolpeurynter sprawia to, że części miękkie drogi porodowej u pierwiastek stają się pod względem podatności podobnemi do części miękkich wieloródek. Przygotowuje on części te do przejścia główki tak dalece, że cała siła skurczów macicy zostaje zużyta jedynie na pokonanie oporu, jaki stawia główce płodu miednica kostna rodzącej.

Jest to najpewniejszy sposób zapewnienia sobie najpomyślniejszych warunków do dokonywania obrotu na nóżki, a mianowicie: dostateczne rozwarcie ujścia macicznego i całość pęcherza płodowego.

(*Archiv f. Gynaekologie* 45 Bd. I Hft. 1893).

J. R.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Kilka słów w sprawie szczepienia ospy.

Szanowny Redaktorze! W styczniowym zeszycie „Zdrowia“ r. b. kol. POLAK poruszył kwestyę profilaktyki ospy, rozpatrując, w jakich rozmiarach wytepienie lub ograniczenie tej epidemii byłoby możliwe i jakie środki oprócz już użytych byłyby w tym celu wskazane. Jako najbardziej odpowiednie, uważa autor zarządzenie krótkotrwałej np. trzymiesięcznej kampanii ospowej według wzoru kampanii przeciwcholerycznej z roku 1892, z dołączeniem szczepienia ospy. Do środków, używanych obecnie w celu rozpowszechnienia szczepienia ospy możnaby, zdaniem kol. POLAKA, dodać jeszcze jeden tylko t. j. peryodyczne szczepienie ospy możliwe całej ludności w mieszkaniach, zapraszając w tym celu lekarzy lub studentów medycyny.

Pozwolę sobie w kwestyi tej dodać słów kilka, opartych na spostrzeżeniach, w praktyce na każdym kroku się zdarzających. Do słusznych bardzo żądań kol. POLAKA należałoby, jak sądzę, dodać kilka jeszcze innych, po których możnaby spodziewać się dobrego skutku w ważnej sprawie rozpowszechnienia szczepienia ospy wśród ludności naszego miasta.

Ludność biedna Warszawy, bo o ludności zamożnej i inteligentnej w kwestyi tej i mówić nie mamy potrzeby, nie jest bynajmniej przeciwna szczepieniu ospy swoim dzieciom przynajmniej t. z. wakcynacyi pierwotnej; do rewakcynacyi w samej rzeczy z wielką trudnością daje się ona namówić. Sądzę, że wyjątkowo tylko niedbali i niezdarni mieszkańcy Warszawy nie dają wcale dzieciom swoim szczepić ospy. Z chwilą nastania t. z. pory szczepienia ospy t. j. w miesiącach wiosennych, udają się wszystkie matki do szpitali lub do stacyi cyrkułowych, gdzie wyczekują go sami i powracają przez kilka dni z rzędu, aby tylko dzieciom swoim ospę zaszczepić. Pora ta trwa jednakże tylko 2—3 miesiące corocznie, a że zbyt małe dzieci, młodsze niż półroczne, niechętnie do szczepienia przynoszą, te więc czekają zwykle do roku następnego, tak, że znaczna bardzo liczba dzieci pozostaje niezaszczepioną do roku lub półtory roku życia. Jest to jedna, może najliczniejsza kategoria osób, podlegających ospie, a stanowiąca największą bezwątpienia rubrykę zmarłych wskutek ospy. Po części tylko winić tu należy tradycyjne uprzedzenie klas ubogich, że dzieci swoje w tym czasie najchętniej poddają szczepieniu; główną przyczynę stanowi brak możności szczepienia ospy dzieciom w ciągu pozostałych dziewięciu miesięcy roku. Uprzedzenie to jest pozostałością lat dawnych, kiedy u nas używano jedynie limfy humanizowanej. Jeżeli szczepiono limfę humanizowaną tylko w miesiącach letnich, można ją było również jedynie w letnich miesiącach otrzymać, a wówczas i ludność zamożna tylko w tej porze roku dzieciom swoim ospę szczepić była w stanie. Już od lat dziesięciu przeszło stosunki te uległy radykalnej zmianie. Wraz z otwarciem w mieście zakładów, wytwarzających limfę cielęcą, nie ma żadnego powodu, aby szczepienie odbywało się tylko w oznaczonym a tak krótkim czasie. Tylko przez ciąg kilku tygodni podczas zbyt silnych mrozów ludność uboższa niechętnie dzieci swoje wynosi na powietrze, co najlepiej w ambulatoriach szpitali dziecięcych widzieć się daje; przy kilku stopniach ciepła już ambulatorya te są przepełnione chorem. Sądziłbym nawet, na zasadzie własnych spostrzeżeń, że nieskuteczność szczepienia krowianki, o której słów kilka po-

niżej dodam, ma miejsce najczęściej w porze upalnej, a przy szczepieniu przez rok cały i tej przyczyny powiększenia liczby zapadających na ospę uniknąć byśmy w znacznej części mogli.

Jestem pewny, iż koledzy, mający do czynienia z tą kategorią ludzi, zgodzą się zemną, że na zapytanie przy dziecku dotknętem ospą, dlaczego mu jej nie zaszczepiono, otrzymują najczęściej odpowiedź, że dziecko było w lecie za młode do szczepienia.

Dруга z rzędu odpowiedź, a bynajmniej nie rzadko słyszeć się dająca, u chorujących na ospę jest, że dziecko miało ospę zaszczepioną w ciągu roku lub lat kilku, dwa, trzy, a nawet ośm razy, jak mi się to w tych dniach słyszeć zdarzyło, ale niestety zawsze bezskutecznie. Zgadzam się ze zdaniem kol. POLAKA, że okresy nieskuteczności limfy cielejcej w zakładach wytwarzających ją, są tylko wypadkowe; ale w ciągu istnienia zakładów tych zdarzały się one w mieście naszym, a następstwem tego bywało powiększenie ilości zapadających na ospę. Znane są podobno w literaturze pojedyncze przypadki zupełnej odporności przeciw szczepieniu ospy, w praktyce prywatnej jednakże przypadki takie nie wydają się. Od czegoż zależą one przy szczepieniu gromadnem? W pracy kol. POLAKA znajdujemy przytoczone jako przyczyny: sposób wykonania samej operacji, zachowanie się dzieci po zaszczepieniu ospy (ścieranie w tłoku świeżo zaszczepionej ospy). Jabym dodał do tego i mniej skuteczne własności samej limfy podczas upalnej pory roku, o czem wyżej wspomniałem. Wszystkim tym niedogodnościom (tłok, pośpieszne szczepienie i t. p.) można by zapobiedz przez szczepienie ospy w szpitalach i stacyach cyrkulowych przez rok cały, a przynajmniej przez 9 miesięcy roku t. j. za wyłączeniem grudnia, stycznia i lutego. Mniej licznań nakoniec rubrykę zapadających na ospę stanowią dzieci, którym nie zaszczepiono ospy z powodu, że chorowały na „zębki“, na chorobę angielską, lub na wysypki skórne. W tym względzie obok przesądów publiczności nie są bez winy i sami lekarze, którzy w takich razach zalecają częstokroć odłożenie szczepienia ospy na później. Sądzę, że tylko choroba gorączkowa albo istnienie róży w danym domu może przeciwskazanie do szczepienia ospy stanowić.

Jeżeli pozwoliłem sobie zająć zbyt wiele miejsca w „Medycynie“, która zresztą kwestję powyższą poruszyła już w Nrze I z r. b., pochodzi to z tego jedynie powodu, że w tymże zeszycie „Zdrowia“, w którym praca kol. POLAKA jest pomieszczona, w artykule wstępnym powiedziano: „zważywszy, że z powodu tradycyjnych uprzedzeń klas ubogich, przeważnie w maju i w początkach czerwca publiczność poddaje dzieci szczepieniu, stacye szczepienia istnieć będą tylko w tym czasie.“. Racz przyjąć etc.

D-r Julian Kramsztyk.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BARON gorąco poleca stosowanie chininy w krztuścu, którą BINZ w roku 1868, a w ostatnich czasach UNGAR na nowo do terapii wprowadził. BARON przepisuje chininę w odważonych proszkach, które radzi przed użyciem rozpuszczać w łyżce wody, a starszym dzieciom podaje ją w opłatku. Dawka jednorazowa wynosi tyle centygramów (0,01), ile dziecko ma miesięcy, i tyle decygramów, ile dziecko ma lat. Dla dzieci starszych nad lat 4 dawka 0,4 jest wystarczająca. Najlepiej podawać 3 razy dziennie: o godz. 6 rano, o 2 po poł. i o 10 wiecz. Po kilku dniach już występuje działanie, kaszel staje się rzadkim i szybko następuje wyleczenie. W zapaleniu płuc krztuścowem chinina również oddaje dobre usługi. (Berl. klin. Woch. 1893 N. 48).

L.

= GILBERT i DOMINICI badali wpływ kwasu mlecznego na żołądek. Pies średniej wielkości otrzymywał 4 grm. kwasu mlecznego w czasie przyjmowania pokarmu. Zauważano, że sprawa trawienia opóźnia się wówczas o godzinę. Nie jest to całkowite wstrzymanie sprawy trawienia żołądkowego, zachodzi tu jedynie opóźnianie. Po upływie godziny sprawa trawienia (mecha-

nizm i chemizm) dalej postępuje. Nie jest to więc indigestya, lecz bradypepsya. Można by sądzić, że w przypadkach chorobowych, w których pokarmy zawczasie opuszczają żołądek, kwas mleczny pozwoli miążdze pokarmowej przebywać w żołądku nieco dłużej, czyniąc trawienie żołądkowe bardziej prawidłowem. (Le Progrès Médical).

Gr.

= FORCHHEIMER dowodzi, że hemoglobina wytwarza się przeważnie w kanale kiszkowym. U trawiących królików znajdował zawsze więcej hemoglobiny w żyłę, niż w tętnicy krezkowej. Prócz tego u 15 osobników dorosłych, w czasie trawienia, w 3—4 godzin po przyjęciu pokarmu, znajdował stale wzmogoną ilość hemoglobiny i liczbę erytrocytów. Główną przyczynę błędnicę stanowi według autora niedostateczne tworzenie się hemoglobiny wskutek złego trawienia. Przemawia za tem dobry wynik leczenia tego cierpienia w 11 przypadkach środkami dezynfekującymi kanał kiszkowy: salolem i hydronaftolem, oraz obecność w moczu chorych na błędnicę bardzo trującego białkanu, który się strąca wyskokiem. (The Amer. Journ. of the med. sciences. N. 255).

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy w ciągu ubiegłego miesiąca stycznia uległ nieznacznej poprawie; śmiertelność w ostatnim zwłaszcza tygodniu (20,24‰), tak w porównaniu z miesiącem poprzedzającym (22,97‰), jak zwłaszcza z odpowiednim miesiącem roku zeszłego (31‰) zmniejszyła się widocznie. Poprawa ta odnosi się głównie do chorób zakaźnych; ospa tylko wzmogła się, inne choroby zakaźne, szczególnie szkarlatyna i odra osłabły, błonica dosyć często jeszcze się spotyka. Natomiast częściej widzimy obecnie krwawą biegunkę o przebiegu w ogólności łagodnym, a w ostatnich tygodniach widzieliśmy również kilka przypadków zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, którego już od kilku miesięcy w mieście naszym nie było. Zapalenie płuc włóknikowe i influenza często się jeszcze spotykają. Pojawiło się również kilka nowych ognisk cholerycznych na Pradze (ulice: Olszowa, Targowa i Folwarczna), jakkolwiek ogólna ilość przypadków cholery jest niewielka. *J. K.*

— W końcu zeszłego miesiąca i w pierwszych dniach bieżącego pojawiło się na przedmieściu Pradze kilka ognisk cholerycznych, które ze względu na czysto miejscowe pochodzenie są godne zastanowienia. Dnia 31 stycznia zmarł wśród objawów cholery azjatyckiej stójkowy Chanczewski, z ul. Targowej Nr. 33. Za główne jednak ognisko trzeba uważać dom pod Nr. 16 przy ulicy Olszowej na Pradze w bliskości wału, skąd do szpitala Dz. Jezus sprowadzono dotychczas 5 chorych: Medyńską z dzieckiem, Krzeczковского, Pela i Kowalskiego. Kilka również przypadków podejrzanych zdarzyło się przy ulicy Folwarcznej Nr. 16. Badanie bakteriologiczne u chorych z ulicy Olszowej, o ile wiemy, cholery azjatycką stwierdziło. Śmiercią dotychczas zakończyły się dwa przypadki. *J. Sz.*

— W ostatnim N-rze „Przegl. Lek.” znajdujemy list otwarty Prof. O. BUJWIDĄ, następnej treści: „Do obecnej chwili nie mamy żadnych szczegółów o mającym się odbyć Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie. Wobec tego, że wszystkie Zjazdy, jakie się mają odbyć w tym roku (Zjazd w Rzymie, Budapeszcie, Berlinie i inne), już od kilku miesięcy ogłosiły programy, dziwi mnie mocno, że o naszym Zjeździe dotychczas nie mamy wiadomości ze Lwowa”. (Podziwienie to wyrazić mogą wraz z Prof. BUJWIDEM chyba wszyscy lekarze polscy. P. R.).

— Kol. F. ARNSTEIN z Kutna w sezonie letnim praktykować będzie w Ciechocinku.

— D-r GEISLER w Otwocku przy istniejącym już zakładzie hydropatycznym i kumysowym, otwiera w tym roku internat dla dorosłych i dzieci, potrzebujących kuracyi lub też pobytu na wsi.

— „British medical Journal” podaje następujące dane o majątkach lekarzy angielskich. W. GULL, zmarły przed dwoma laty, zostawił majątek wynoszący około 7,000,000 marek, tyleż pozostawił D-r BLUNDELL (zm. 1877 r.), ERASMUS WILSON 5,300,000 marek, ANDREW CLARK 4,100,000, O. CLAYTON 2,900,000, G. BURROWS 2,100,000, BOWMAN 2,000,000. MURCHISON 1,000,000 i t. d.

— Zmarli. AUGUST H. HIRSCH zmarł w dniu 29 b. m., przeżywszy lat 77, znany autor cennego dzieła „*Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*” w trzech wielkich tomach, tłumaczonego na wiele języków, delegat rządowy do zbadania siedliska licznych epidemii. Zanim HIRSCH wydał swe wielkie dzieło, ogłosił przedtem cały szereg monografi, dotyczących prawie wszystkich chorób epidemicznie i pandemicznie występujących (suchoty płucne i zimnica, krup, tyfusy, dysenterya, zaraza indyjska i czarna śmierć, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, cholera, dżuma, żółta febra i w. i.), a prócz tego wiele prac, mających na celu zapobieganie tymże epidemiom. Od roku 1866-go wspólnie z VIRCHOW'em zaczął wydawać Roczniki dotyczące postępu nauk lekarskich, które pod względem dokładności i systematyczności w układzie nie mają sobie równych. Nadto HIRSCH jest autorem wielu prac czysto historyczno-lekarskich, między innemi Historji okulistyki. W osobie HIRSCH'a traci nauka niezmordowanego pracownika, który w obranym przez siebie przedmiocie zgromadził olbrzymi materiał. Zasługi jego w tym względzie nie są mniejsze od zasług KURT'a SPRENGEL'a, jednego z najwydatniejszych dotąd historyków medycyny.

— † W dniu 6-ym b. m. zmarł w Abbazyi Prof. Teodor BILLROTH. O działalności tego wydatnego w naszym stuleciu badacza, pedagoga i chirurga, podamy obszerniejsze wiadomości w najbliższym N-rze „Medycyny”, zaznaczając obecnie sam fakt zgaśnięcia tej pierwszorzędnej gwiazdy świata lekarskiego.