

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek cięcia łonowego podczas porodu. Podał Stanisław Dobrucki Ordynator Szpitala Żydowskiego w Lublinie. — O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. Skreślił D-r Wiktoryn Kosmowski. (Dalszy ciąg). — Bibliografia i krytyka. Ropniczo-posocznice „lekarskie“ (Les pyo-septicémies médicales). Przez D-ra Etienne lekarza szpitali w Nancy. Paryż 1893, str. 385. Sprawozdawca Feliks Arnstein. (Dalszy ciąg). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 Lutego r. b. — Streszczenia i Wyciągi. 24. O użyciu i nadużyciu dwuwęglanu sodu. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. styczeń r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

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

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r S. Dobrucki — Un cas de symphyseotomie pendant l'accouchement. 2) D-r V. Kosmowski — De la grandeur et du poids des enfants de pauvres classes à Varsovie.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Dobrucki — Ein Fall von Symphyseotomie während der Geburt. 2) D-r V. Kosmowski — Ueber Maass und Gewicht der Kinder aus den armen Klassen in Warschau.

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

Przypadek cięcia łonowego podczas porodu.

Podał Stanisław Dobrucki

Ordynator Szpitala Żydowskiego w Lublinie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego 4 Października 1893 r.).

Do licznych tryumfów antyseptyki w chirurgii i położnictwie ostatnimi czasy przybywa jeszcze jeden, mianowicie wskrzeszenie cięcia łonowego (*symphyseotomia*). Operacja ta, mająca za sobą przeszło stuletnią tradycję, a razie błysnęła, zajęła sobą umysły współczesne, lecz bardzo prędko upadła, zdawało się nawet bez nadziei powstania. Przy innych jednak dzisiejszych pojęciach o antyseptyce i aseptyce, operacja cięcia łonowego dla ułatwienia porodu znów do życia powołana została.

Zanim jednak przystąpię do opisania mojego przypadku, pozwolę sobie słów parę, nie wdając się w szczegóły, powiedzieć o historii tej operacji. Bliżej interesujących się tą kwestyą odsyłam do bardzo szczegółowej i wyczerpującej pracy D-ra F. NEUGEBAUERA (*Medycyna*, rok 1892).

Przecięcie spojenia łonowego po raz pierwszy wykonane zostało przez francuza de la COURVÉE (1) [w r. 1585 KRASSOWSKI (2), 1655 CHARPENTIER (3), 1654 WINCKEL (4)], na trupie kobiety, zmarłej w czasie porodu, w celu uratowania dziecka. Następnie w tym samym celu w r. 1766 wykonał ją PLENK (5) w Niemczech.

Myśl jednak zastosowania symfizeotomii podczas porodu pierwszy powziął w r. 1768 SIGEAULT (6), będąc jeszcze studentem medycyny w Paryżu, a wykonał ją na żywej kobiecie pierwszy FERRARA (7) w Neapolu w r. 1774,

wiedząc o propozycji SIGEAULT'a. Sam zaś SIGEAULT miał sposobność wykonać symfizeotomię dopiero w r. 1777 (8) w Paryżu w obecności LEROY. Operacja SIGEAULT'a narobiła ogromnej wrzawy i zyskała wielu zwolenników, między nimi i LEROY.

Po gorącym przemówieniu tego ostatniego na rzecz symfizeotomii, akademii ofiarowała SIGEAULT'owi srebrny żeton pamiątkowy za zastosowanie operacji całkiem nowej, mogącej w wielu przypadkach zastąpić tak niebezpieczne w czasach przedantyseptycznych cięcie cesarskie. Tryumf nowej operacji trwał jednak niedługo, gdyż przeciw niej wystąpił słynny BAUDELOCQUE, odmawiając jej wszelkiej racji bytu.

Od tego czasu przypadki wykonania cięcia łonowego zaczynają się coraz rzadziej w literaturze spotykać. Większość dawniejszych i współczesnych akuszerów w podręcznikach swoich o symfizeotomii wyraża się bądź bardzo nieprzychylnie (Ed. v. SIEBOLD, VELPEAU, BURNS, SCANZONI, KLEINWÄCHTER, KRASSOWSKI, a w naszej literaturze Jakób de MICHELIS (9) i BRAUN), bądź też o niej wcale nawet nie wspominają (FRITSCH, SCHRÖDER). Jednak MICHELIS zalecał cięcie łonowe dwukrotnie w r. 1834 i 1835 (10), a jednocześnie w Wiedniu ZANG (11). Tylko we Włoszech, chociaż rzadko, lecz od czasu do czasu zdarzają się przypadki wykonania cięcia łonowego.

Dopiero w ostatnich czasach kilku akuszerów włoskich (MORISANI, SPINELLI, NOVI etc.) zaczęło występować za cięciem łonowym, a między nimi najwięcej MORISANI (12) od roku 1863 kilkakrotnie przemawia gorąco za symfizeotomią, lecz głos jego zyskuje zwolenników tylko w ojczyźnie, po za nią zaś nie przechodzi. Po za obrębem Włoch pierwszy przemówił za cięciem łonowym HARRIS (Philadelphia) w r. 1883 (13), lecz dopiero po drugim jego odczycie „o symfizeotomii“, wygłoszonym na zjeździe ginekologów amerykańskich w Brooklyn we wrześniu 1892 r., JEWETT (14) pierwszy w Ameryce wykonał symfizeotomię, a w dwa dni po nim sam HARRIS.

W Europie, po za granicami Włoch, pierwszy zainteresował się tą kwestyą CHARPENTIER, który bawił w roku 1891 w Neapolu i miał możność osobiście sprawdzić wyniki cięcia łonowego. CHARPENTIER po powrocie do Paryża miał odczyt o symfizeotomii, w którym zachęca lekarzy do stosowania tej operacji. Wtedy dopiero po raz pierwszy we Francji wykonał w klinice CHARPENTIER'a symfizeotomię PINARD (15). W Niemczech pierwsze operacje zostały wykonane przez FREUND'a (16), WEHLE (17), LEOPOLD'a (18), MÜLLER-HEIM'a (19), ZWEIFEL'a (20), w Austrii pierwszą symfizeotomię wykonał v. VELITS (21) w Preszburgu, w Czechach RUBEŠKA (Praga) (22), w Finlandyi TÖRN-GREN (Helsingfors) (23), w Rosyi KRASSOWSKI (Petersburg) (24). Zatem idzie cały szereg operacji wykonanych bądź w klinikach, bądź też po za nimi.

Pierwsze operacje dały tak świetne wyniki, że zdawało się, iż symfizeotomia zyska sobie prawo obywatelstwa w położnictwie. LEOPOLD (25) powiada: „Operacja ta jest cenną zdobyczą i daleko więcej, aniżeli cięcie cesarskie, zasługuje na postawienie w szeregu tych rękoczynów, które każdy lekarz wykonać potrafi“. I to mówi taki zwolennik cięcia cesarskiego, ten sam LEOPOLD, który tyle się przyczynił do udoskonalenia techniki cięcia cesarskiego. ZWEIFEL (26), chociaż zastrzega, że nie należy do entuzjastów i że na zasadzie jednego przez siebie operowanego przypadku nie może się zachwycać dobrodziejstwami cięcia łonowego, powiada, że był zdziwiony tem ogromnem rozejściem się kości łonowych bez uszkodzenia stawów krzyżowo-biodrowych (w co poprzednio nie wierzył), a następnie nie mniej zdziwiła go nader prędką kon-

solidacja przeciętego spojenia, tak, że chora na 19 dzień zupełnie dobrze chodziła.

W obec takich zachęcających zdań powag, przy pierwszej sposobności przystąpiłem do wykonania cięcia łonowego.

Dnia 12 maja 1893 roku przybyła do mojego oddziału Estera K. 22 lata licząca po raz pierwszy rodzącą. Została skierowana do szpitala przez kol. ARNSZTEINA. Chora do 5 roku życia wcale nie chodziła, z powodu krzywicy. Pierwsza regularność pokazała się w 14 roku życia, powtarzając się stale co 4 tygodnie, trwała zaś zawsze od 3 do 4 dni bez żadnych boleści. Zresztą była zawsze zupełnie zdrowa. Za mąż wyszła w styczniu 1892 r., ostatni zaś peryod miała w początkach sierpnia tegoż roku. Przez cały czas ciąży była zupełnie zdrowa.

8 maja (1893) poczuła pierwsze bóle porodowe, 10-go odeszły wody, poczem bóle chwilowo się zmniejszyły. Następnego dnia pomimo silnych bólów poród jednak nie postępował, został przeto wezwany kol. ARNSZTEIN, który zastał chorą gorączkującą i po zbadaniu, widząc zwężenie znacznego stopnia, skierował chorą do szpitala, dokąd przybyła 12-go rano, czyli w cztery doby od rozpoczęcia porodu.

Chora małego wzrostu, dość pełna, na kończynach dolnych ślady krzywicy. Brzuch duży, wiszący. W położeniu rodzącej na wznak, macica ciężarna skierowana jest niesymetrycznie, ku prawej stronie. Główka wyczuwa się nad spojeniem łonowym, odporność większą daje strona lewa macicy (plecy dziecka), drobne części wyczuwają się ze strony prawej. Tętno płodu doskonale słyszalne ze strony lewej poniżej pępka, zupełnie prawidłowe. Na zasadzie zatem zewnętrznego badania daje się rozpoznać położenie czaszkowe pierwsze. Wymiary miednicy: DS 25 ctm. DC 26, DT 29, CE 17,5, CD 9, CV=7 ctm.

Badanie wewnętrzne wykazuje: część pochwową rozciągniętą zupełnie, ujście macicy na 6 ctm. w przecięciu otwarte, brzegi ujścia macicznego niepodatne; główka zupełnie nieruchoma w wejściu do miednicy, pęcherz płodowy pęknięty, niewielkie przedgłowie, szew strzałkowy wyczuwa się w kierunku poprzecznym i leży bliżej kości krzyżowej niż spojenia łonowego, również wyczuwa się i ciemiej duże ze strony prawej. Z pochwy wydziela się szarawy płyn, mocno cuchnący. Ciepłota 37,8°. Wobec wyżej powiedzianego widzimy, że mamy do czynienia z porodem na czasie, przy miednicy ogólnie zwężonej, płaskiej (krzywicowej), dziecko żyje, bóle zaś są bardzo słabe i krótkotrwałe.

Po naradzie, odbytej z kolegami JAWOROWSKIM, ARNSZTEINEM, JARNUSZKIEWICZEM i TETZEM, przyszliśmy do przekonania, że poród siłami natury skończyć się nie może, a odrzuciwszy myśl wymóżdżenia żywego dziecka, zdecydowaliśmy się wykonać przecięcie spojenia łonowego.

Po zgoleniu zatem włosów na całym sromie i dokładnem umyciu całego pola według sposobu MIKULICZA (woda ciepła z mydłem, 5% fenol, 1% sublimat), po przemyciu pochwy i opróżnieniu pęcherza i odbytnicy, zachloroformowawszy chorą, przystąpiliśmy do operacji.

Przeciąłem skórę na linii środkowej, począwszy na 3 ctm. nad górnym brzegiem spojenia i na 1 ctm. nie dochodząc do łechtaczki, drugim zaś pociągnięciem noża przeciąłem wszystko do kości, poczem wypadło podwiązać parę niewielkich żyłek krwawiących. Następnie po poprzecznym nadcięciu przyczepu mięśni prostych brzucha tuż przy górnym brzegu spojenia, wprowadziłem pomiędzy tylną ścianą spojenia z jednej a pęcherzem moczowym z drugiej strony, palec wskazujący ręki lewej, który pozostał w tem miejscu przy następnym akcie operacji t. j. przecięciu samego spojenia. To ostatnie wykonałem zwyczajnym nożem guzikowatym, począwszy od góry, pod kontrolą palca, nóż zaś wyjąłem z rany, poczuwszy brak oporu w dolnej jej części, czyli po przecięciu całego spojenia. Więzadła dolnego spojenia (*lg. arcuatum inferius*) z obawy krwawienia z ciał jamistych łechtaczki, które przy tem łatwo mogą być zranione, nie przeciąłem.

Kości spojenia rozeszły się zaledwie na 1 ctm. Żadnego krwawienia z głębi rany nie było.

Po dokonaniem przecięcia spojenia, mieliśmy zamiar pozostawienia dalszego przebiegu porodu siłom natury; nieregularne jednak tętno płodu i bardzo słabe bóle zmusiły nas przystąpić do ukończenia porodu za pomocą kleszczy. Przyczem po-

zostawiwszy pomagającym mi kolegom nałożenie kleszczy, wytamponowawszy ranę gazą jodoformową, czuwałem nad rozchodzeniem się końców spojenia w czasie pociągania kleszczami. Muszę jeszcze zaznaczyć, że przed nałożeniem kleszczy, naokoło miednicy nałożono opaskę elastyczną ESMARCH'a. Kleszcze udało się nałożyć bez żadnych trudności, pierwsze jednak pociągania były prawie bez skutku; dopiero przy następnych pociągnięciach spojenie zaczęło się rozstępować coraz więcej i na koniec w czasie jednej trakcji końce oddaliły się na 3 ctm., czemu towarzyszyło niewielkie krwawienie z dolnego końca rany i uczucie zmniejszonego oporu. W tej chwili pękło z pewnością więzadło łukowate spojenia. Dla powstrzymania krwawienia, w ranę został włożony i wcisnięty świeży kawałek gazy jodoformowej. Przy następnych trakcyach wraz z jednym z kolegów stale uciskaliśmy krętarze w kierunku dośrodkowym, ażeby przeciwdziałać zbyt szkodliwemu rozejściu się kości spojenia, co mogłoby wywołać rozerwanie stawów krzyżowo-biodrowych.

Przy dalszych pociąganiach dość silnych, spojenie zaczęło się rozchodzić coraz więcej i na koniec, przy rozstąpieniu się na szerokość trzech palców (6 ctm.), posłyszeliśmy w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego lewego silny trzask, zupełnie do pęknięcia kości podobny. Wtedy dopiero główka zaczęła się opuszczać. Dalsze wywiązanie dziecka nie przedstawiało żadnych trudności.

Za dzieckiem, urodzonym w stanie pozornej śmierci, wylała się spora ilość bardzo cuchnącej szaro-zielonej wody porodowej oraz wydzielila się duża ilość cuchnących gazów (*physometra*). Następnie pojawiło się bardzo obfite krwawienie z macicy, co zmusiło do natychmiastowego wydobycia łożyska. Łożysko żadnych zmian szczególnych nie przedstawiało, błony zaś płodowe były zielone, kruche i bardzo cuchnące. Krwawienie pomimo ciągłego pocierania dna macicy wcale się nie zmniejszało, przystąpiliśmy więc do wypełnienia całej macicy gazą jodoformową według sposobu DUEHRSSEN'a. Po wyjęciu gazy z rany krwawienia żadnego nie było, końce spojenia łonowego oddalone były od siebie blisko na 3 ctm., a przez tę szparę wypuklał się pęcherz moczowy. Po zasypaniu rany jodoformem, odprowadzono wypuklający się pęcherz i przy ciągłym ucisku na krętarz rana zeszyta została czterema głębokimi, okostną chwytającymi szwami oraz kilku powierzchownymi. Wszystkie szwy z jedwabiu. Na ranę zwykły opatrunek przeciwnie, z tą tylko różnicą, że na bandaż z gazy miękkiej nałożyłem jeszcze opaskę elastyczną.

Chora, przeniesiona z sali operacyjnej do łóżka, uskarżała się na bardzo silny ból w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego lewego. Dziecko po kwadransie trzeźwienia przywrócono do życia; przedstawiało się jako donoszone, dość duże, na głowie nima śladów poważniejszych obrażeń.

Dnia następnego 13 maja ciepłota nie podniesiona. Tętno 100. Brzuch duży, wzdęty, niebolesny przy dotykaniu, pojedyncze pętle kiszek wyraźnie zarysowują się. Macica dobrze skurczona. Chora uskarża się na ból w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego lewego, tak, że najmniejsze poruszenie czynne lub też bierne kończyną sprawiało ból dotkliwy. Sądząc, że bóle wywołuje opaska, założona naokoło miednicy, chora rozwinęła bandaż gumowy, muslinowy zaś ponadcinała. Części rodne zewnętrzne obrzmiały. Macicę przestrzyknięto 3% kw. karb. po wyjęciu gazy, wypełniającej jej wnętrze.

14 Maja. Mocz wypuszczono cewnikiem, Rano ciepłota 39,2°, wieczorem 39,2. T. 120. Brzuch taki sam jak i dnia poprzedniego. Macica dobrze zwinięta, odchody brudne, cuchnące, lecz mniej niż dnia poprzedniego. Ból w krzyżu w tym samym stopniu. Opaskę znowu chora rozluźniła. Zrobiono przemycie pochwy, zalecono ławatywę i olejek rycynowy. Nałożono nową opaskę.

15-go. C. 38,5°, T. 120, wieczorem C. 38,7°. Po olejku obfite wypróżnienia, brzuch miękki, niebolesny. Stan ogólny dobry. Ból w krzyżu nieco mniejszy. Odchody mniej cuchnące, moc oddaje sama. Obrzmienie części rodnych znacznie mniejsze, pozostało tylko na wardze sromnej lewej. Naokoło miednicy nałożono opaskę z plastra lepkiego, 8 ctm. szeroka.

16-go. C. 39,5°. T. 120. Pierwszy opatrunek rany spojenia. Po zdjęciu szwów brzegi rany okazują się zupełnie zrosniętymi, z głębokich jednak szwów wyciska się trochę gęstej ropy, przeważnie w dolnym końcu rany. Po przerwaniu brzegów rany u dołu włożyłem tam sączek gumowy, niezbyt gruby. Przez sączek wydzielilo się trochę rzadkiej ropy, a następnie kilka kropli przezroczystego, bardzo do moczu podobnego płynu. Mocz wypuszczony za pomocą cewnika, mętny, pod koniec zu-

pełnie ropiastego wyglądu. Z pochwy wyjęto pasek gazy jodoformowej, przeoczony przy wyjmowaniu gazy z macicy. Odchody nie cuchną, tylko koniec paska gazy, który pozostawał w macicy, wydaje woń nieprzyjemną. Chora mniej narzeka na opaskę, ból w krzyżu przy leżeniu znacznie mniejszy, wszelkie jednak ruchy sprawiają ból. Przemycie pochwy i macicy kw. karbolowym.

17-go. Stan bezgorączkowy. Ból w krzyżu znacznie mniejszy, chora może ostrożnie nogą poruszać. Odchody nie cuchnące. Z sącza ciągle wydzielą się rzadka ropa i mocz kroplami. Chora żąda obfitszego posiłku. Opaska z plastra lepkiego trzyma się dobrze.

18-go. Bez gorączki. Na ból w stawie krzyżowo-biodrowym lewym chora nie narzeka przy spokojnem leżeniu, tylko przy poruszaniu nogą ból ten zjawia się, lecz znacznie mniejszy. Nowa opaska z plastra lepkiego.

Od tego czasu stan chorej stale bezgorączkowy. Łaknienie znaczne. Bóle w krzyżu zupełnie ustały. Dziesiątego dnia po operacyi, wszedłszy na salę, zastałem chorą stojącą o własnych siłach przy łóżku, podczas jego prześcielania. Mocz stale wydzielał się z rany do 20 dnia po operacyi, przez cały ten czas utrzymałem w ranie sącze, po usunięciu zaś jego rana zagoiła się nader prędko. Chodzić, jak wyżej wspomniałem, chora zaczęła 10 dnia, a w cztery tygodnie bez żadnej trudności chodziła po schodach, nie odczuwając najmniejszego bólu ani w spojeniu łonowem, ani też w stawie krzyżowo-biodrowym. Przy pierwszych tylko próbach stawania odczuwała lekki ból w okolicy spojenia łonowego.

Dziecko po upływie doby po przyjściu na świat zmarło, bez widocznej przyczyny, sekcyja ze względu na przepisy rytualne dokonana być nie mogła.

Streszczając wszystko wyżej powiedziane, widzimy, że pomimo wielu bardzo niepomysłnych okoliczności i powikłań, jako to: stan gorączkowy rodzącej jeszcze przed operacyą, wysoki stopień zwężenia miednicy, pęknięcie więzów stawu krzyżowo-biodrowego, przetoka moczowa — przypadek mój zakończył się dla matki dobrze.

Obecnie u chorej daje się zauważyć tylko bliznę, przechodzącą z góry ku dołowi przez środek wzgórka łonowego. Blizna nie przesuwalna, zrosnięta ze spojeniem łonowem, zupełnie niebolesna. Na spojeniu łonowem niema żadnego zagłębienia. Kobieta chodzi doskonale, nie odczuwając absolutnie żadnej różnicy w porównaniu z czasem przedoperacyjnym. W spojeniu łonowem ruchomości kości się nie wyczuwa przy staniu kobiety na jednej nodze i przy zmianie nóg. (D. n.)

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.)

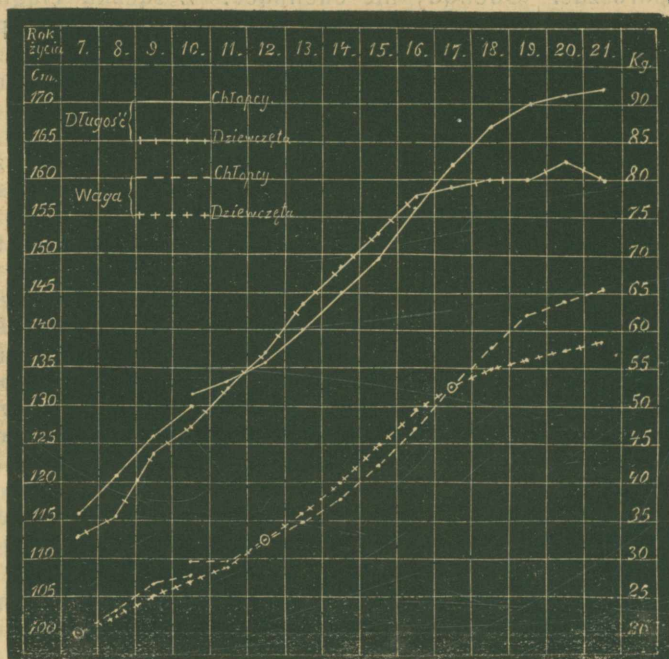
(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 7).

Różnicę w powiększaniu się wagi i długości ciała, zależną od płci dzieci, ilustruje nam najlepiej tablica VIII, nakreślona przez AXEL'a KEY'a i przedstawiająca bezwzględny wzrost i bezwzględną wagę chłopców i dziewcząt w Szkołach. (*Patrz Tab. VIII. na str. 154*).

Z tablicy tej widzimy, iż do 11-go roku życia krzywe długości ciała i wagi przebiegają prawie jednakowo i równolegle u chłopców i u dziewcząt. Różnica też w organizmach dzieci do tego wieku jest prawie żadna. Dopiero od tego roku zaczyna się przewaga po stronie dziewcząt, u których okres dojrzewania zaczyna się wcześniej i kończy się w roku 16—17. Stąd bezwzględna waga i bezwzględny wzrost dziewcząt w tym okresie, to jest od 11 do 17 roku życia, jest większy, aniżeli u chłopców. U tych ostatnich okres dojrzewania kończy się dopiero w 19 roku. I dopiero w 16—17 roku życia

TABLICA VIII.

S z w e e y a. Długość ciała i waga w rozmaitych okresach wieku. Chłopcy i dziewczęta.



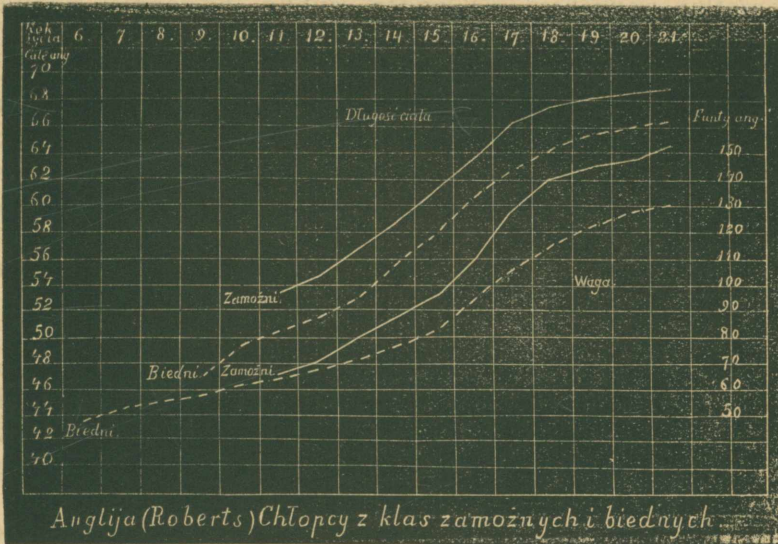
przecięciowy wzrost i przecięciowa waga chłopców przewyższa wymiary te u dziewcząt. W latach następnych wzrastanie wagi zależy już tylko od okoliczności indywidualnych i zewnętrznych wpływów przypadkowych, sprawa zaś rośnięcia roli tu żadnej nie odgrywa. Co do powiększania się wzrostu, to w Niemczech zauważono u ludzi już zupełnie dojrzałych, mianowicie u rekrutów, iż wzrost ich powiększa się niekiedy o $\frac{1}{2}$ centm., a u anglików i francuzów jeszcze o cały centymetr.

Stosunki, przedstawione na tablicy VIII, powtarzają się z małemi zmianami w innych krajach. Okres czasu, w ciągu którego dziewczęta przewyższają chłopców, jako też długość jego i rok poczynającej się przewagi dziewcząt, bywa w różnych krajach rozmaity.

Badania, przedsiębiorane we wszystkich krajach, wykazały stały fakt, iż dzieci z klas biednych ludności, tak chłopcy, jak dziewczęta, ustępują pod względem wagi i długości ciała swym rówieśnikom z klas zamożniejszych. Fakt ten potwierdził AXEL KEY w Sztokholmie, potwierdziły go badania komitetów szkolnych w Danii, Niemczech i Anglii. Różnica ta najmniej jeszcze rzuca się w oczy w Ameryce, natomiast w Turynie jest nader znaczna, a według poszukiwań ROBERTS'a jest bardzo wielka wśród miejskiej ludności w Anglii. Nędza i złe warunki życia działają hamująco na rozwój fizyczny dzieci i wpływają szkodliwie na prawidłowy bieg dojrzewania organizmu dziecięcego. Znaczne pod tym względem różnice maluje nam wyraźnie tablica IX, ułożona z danych cyfrowych, zebranych przez ROBERTS'a w Anglii.

TABLICA IX.

Anglia (według poszukiwań ROBERTS'a). Chłopey z zamożnych i biednych klas ludności.



Anglija (Roberts) Chłopczy z klas zamożnych i biednych

Przy rozpatrzeniu tej tablicy łatwo zauważyć, iż u dzieci biednych zwykle małe przyrosty, spostrzegane przed okresem dojrzewania, trwają dłużej, aniżeli u dzieci klas zamożnych. Opóźnianie się takiego okresu dojrzewania wpływać musi niekorzystnie na rozwój ogólny tych dzieci. Maksymalne przyrosty, znamionujące okres dojrzewania, pojawiając się u dzieci biednych później, aniżeli u dzieci klas zamożnych, kończą się w tym samym czasie u pierwszych, co i u drugich. Skutkiem tego, cały okres dojrzewania u dzieci biednych trwa krócej i, co za tem idzie, przedstawia gwałtowniejsze przyrosty maksymalne, gdyż organizm stara się przy końcu tego okresu skompensować poprzednie wstrzymanie swego rozwoju. W ostatecznym jednakże rezultacie bezwzględna waga i bezwzględna długość ciała u dzieci klas biednych będzie zawsze mniejsza od tychże wymiarów dzieci klas zamożnych, a rozwój fizyczny pierwszych wadliwszy od drugich. W krajach, w których robiono odpowiednie poszukiwania, przekonano się, że procent śmiertelności i zachorowań w okresie dojrzewania dzieci bywa u biednych większy, aniżeli u zamożnych, czyli że odporność organizmu u pierwszych jest w tym okresie mniejsza, aniżeli u drugich.

Mówiąc o sprawie rośnięcia dzieci, musimy skreślić tu jeszcze kilka słów o tak zwanych okresach wzrastania (*Wachstumsperioden*). Zdaje się, że FLEISCHMANN zwrócił pierwszy uwagę na pewne wahania w przyrostach wagi u ssawców. K. VIERORDT przedmiot ten bliżej rozpatrywał. Dopiero jednakże poszukiwania MALLING - HANSEN'a⁶⁾ zwróciły na fakt ten szerszą uwagę.

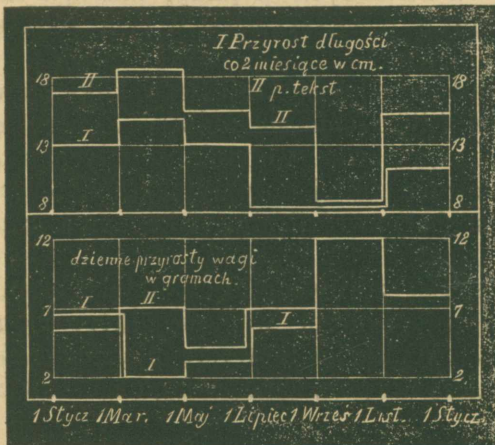
Wiadomo, iż waga człowieka dorosłego, zdrowego i pozostającego stale w jednakowych warunkach życia, wykazuje znaczne wahania, które mogą wynosić z dnia na dzień do 700 gramów. Wahania te występują po części nieregularnie, przypadkowo, po części zależą od pory dnia, roku, u niektórych

⁶⁾ R. MALLING-HANSEN. Perioden im Gewicht der Kinder und in der Sonnenwärme. Kopenhagen 1886.

osobników od ich spoczynku, ilości pracy fizycznej lub umysłowej i t. d. Nadto działają tu pewne właściwości osobnika. Wśród warunków sprzyjających waga z początku powiększa się nader szybko, następnie, pomimo trwania tych samych warunków—powoli—i wreszcie całkiem się zatrzymuje, albowiem nie może przejść ponad pewną, właściwą każdemu normę. Z drugiej strony organizm posiada zdolność szybkiego wyrównywania strat wagowych, wynikających skutkiem niesprzyjających warunków zewnętrznych. Samo się przez się rozumie, iż w organizmie dziecka rosnącego musimy spostrzegać podobne wahania wagi, zależne od wspomnianych poprzednio właściwości i od zmian warunków zewnętrznych. Krzywe dziennych przyrostów u dzieci nie podnoszą się z nieprzerwaną jednostajnością i regularnością, lecz muszą ulegać ciągłym wahaniom, od przyrostów nader znacznych do minimalnych, a nawet ujemnych.

MALLING-HANSEN, dyrektor instytutu głuchoniemych w Kopenhadze, przez ciąg trzech lat ważył i mierzył codziennie kilkakrotnie 174 chłopców, znajdujących się w jego zakładzie, i na tej drodze, za pomocą metody generalizującej, doszedł, pomiędzy wieloma innymi, do nader interesującego wniosku o wpływie pór roku na przebieg rośnięcia dzieci. Odróżnia on w rocznym przyroście tak wagi, jak i długości dziecka, trzy okresy. Okres największego przyrostu wagi dziecka trwa od miesiąca sierpnia do środka grudnia; okres średniego przyrostu wagi od środka grudnia do końca kwietnia; wreszcie okres minimalny od końca kwietnia do końca lipca. W ostatnim okresie spostrzegał tak wielką utratę wagi, że znikał prawie cały zysk okresu średniego. Przyrost w okresie maksymalnym był trzy razy większy, aniżeli w okresie średnim.—W odwrotnym zupełnie stosunku do przyrostu wagi zachowywał się przyrost długości ciała, to jest okres maksymalny dla wagi okazał się minimalnym dla długości ciała i na odwrót. Nie będę zastanawiać się tutaj nad stroną teoretyczną tej kwestyi, ani przytaczać niezadawalniających sposobów wytłumaczenia tego faktu, podanych przez autora, który nie jest lekarzem ani przyrodnikiem. Dodać tylko muszę, iż CAMERER w przytoczonej już powyżej pracy stwierdził własnymi badaniami faktyczną stronę tej kwestyi, nader pod względem fizyologicznym interesującej. Rezultaty badań tego autora dadzą

TABLICA X.



się przedstawić graficznie na tab. X. Badał on dwie grupy dzieci, jednego wieku i znajdujących się stale przez rok cały w jednakowych warunkach życia, i oznaczałienne przyrosty wagi w gramach, co dwa miesiące zaś przyrosty długości ciała w centymetrach. Na górnej części rysunku oznaczone są przyrosty długości, na dolnej dzienne przyrosty wagi. Dzieci pierwszej grupy oznaczone są liczbą I, drugiej—II. Różnica między grupą I a II, na korzyść II, pochodzi skutkiem tego, iż w okresie badania dzieci grupy pierwszej ulegały większej liczbie przypadłości chorobowych, które

zmniejszyły przeciętny przyrost ich wagi i długości w porównaniu z dziećmi grupy II. Z rysunku tego widzimy, że największe przyrosty wagi, wynoszące

12 gramów dziennie, przypadają na miesiące jesienne od września do listopada; najniższe zaś przyrosty wagi, wynoszące około 2 gramów dziennie, przypadają u dzieci grupy I na miesiące wiosenne od marca do maja, u dzieci grupy II od maja do lipca. Co się tyczy przyrostów długości ciała, to rzecz ma się odwrotnie. Najwyższy przyrost przypada właśnie na miesiące wiosenne, najniższy zaś na miesiące jesienne.

Fakt rośnięcia dzieci według podobnych okresów przyjmuje także AXEL KEY, skłaniając się do uważania go za stałe prawo biologiczne, które wyraża zwięźle w słowach: „Die Längenzunahme geht voran, die Gewichtszunahme folgt“.

Przejdźmy teraz do danych, jakich nam dostarczyły dzieci warszawskie klas biednych.

Ogółem zbadano dzieci 3438, to jest chłopców 1540 i dziewcząt 1898.

Wiek tych dzieci sięga od 8—15 roku życia, czyli obejmuje okres tak zwanego drugiego dzieciństwa (*pueritia, seconde enfance*). Lata każdego dziecka były sprawdzone za pomocą metryk. Przy tworzeniu grup według wieku postępowałem za przykładem A. KEY'a, to jest każdy rok życia z miesiącami przenosiłem do roku następnego, np. dziecko, mające lat 8 i miesięcy 7, zapisane zostało do grupy roku 9-ego.

Cały badany materiał był o ile można jednolity, czem nie wszystkie tego rodzaju badania poszczycić się mogą. Wszystkie dzieci pochodzą z biednych i najbiedniejszych klas ludności miejskiej warszawskiej, przeważnie mieszkańców suteryn i poddaszy, co również wielokrotnie przez biuro kolonii letnich było sprawdzone.

Większa część pomiarów wykonana została w jednej porze roku, mianowicie w miesiącach: kwietniu i maju, co odpowiada wymaganiom MALLING-HANSEN'a, postawionym ze względu na tak zwane okresy rośnięcia, o których dopiero co mówiliśmy,—i zwykle o jednej porze dnia, to jest wieczorem. Dzieci badane były w stanie względnego zdrowia, jako kandydaci do wysłania na wieś przez biuro kolonii letnich. W ogólnej cyfrze mieści się stosunkowo nieznaczna ilość dzieci, badanych we własnej mojej praktyce, lecz zawsze z tych samych sfer społecznych. Możliwe pomyłki w pomiarach nie mają znaczenia wobec okoliczności, iż każda cyfra przeciętna otrzymana została z paru przeszło setek osobników. Indywidualne różnice przy tej ilości badanych już się zacierają. Pomiary wykonywane były przez osoby kompetentne, przeważnie przez lekarzy biur kolonii. Należy dodać, że do niniejszych badań użyte zostały tylko cyfry, otrzymane przed pobytem dzieci na wsi, a zatem przeciętne malują stosunki zwykłe, w jakich dzieci te się znajdują.

Bezwzględny wzrost i bezwzględną wagę chłopców i dziewcząt podaję na następującej tablicy cyfrowej (XI), wraz z przyrostami rocznymi wagi i długości ciała. (*Patrz Tab. XI na str. 158*).

Z niniejszej tablicy cyfrowej wykreślić możemy następujące krzywe, malujące stosunek wzrostu i wagi u dzieci obu płci w Warszawie wśród klas biednych.

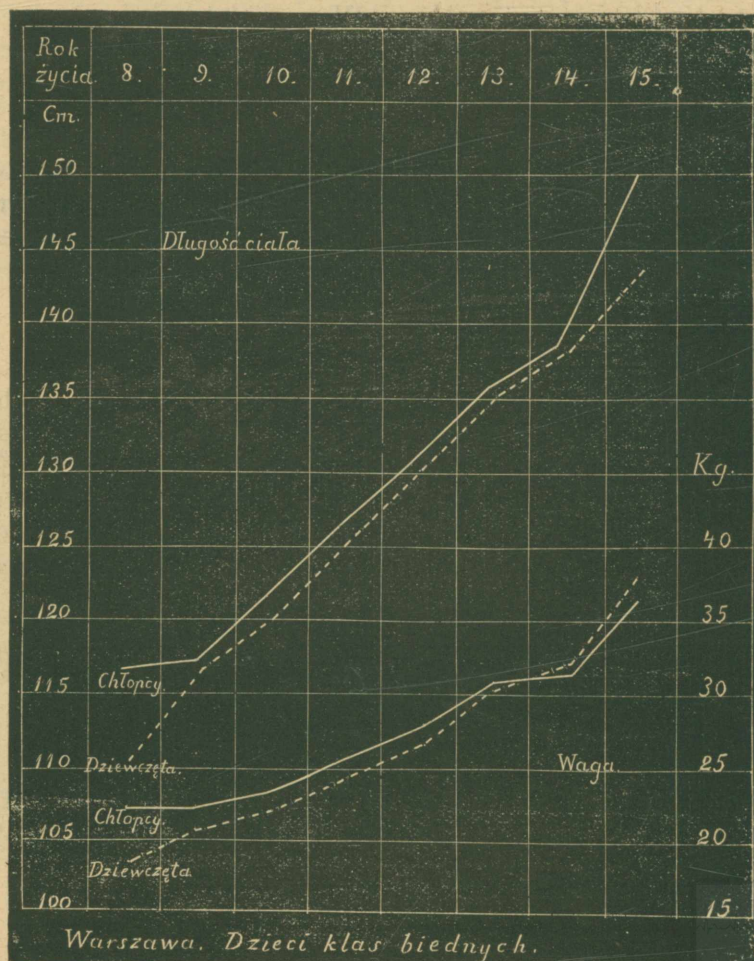
TABLICA XI.

Warszawa. Chłopcy i dziewczęta klas biednych. Średnia długość ciała i średnia waga obok przyrostu rocznego długości i wagi, w centymetrach i kilogramach.

Wiek.	Okres wie ku.	Rok życia.	Długość ciała w cent.		Waga w kilogr.		Przyrost roczny				Ilość badanych.	
			Chłopcy.	Dziewczęta.	Chłopcy.	Dziewczęta.	Długości.		Wagi.		Chłopcy.	Dziewczęta.
7—8	8	8	116,4	110,8	22,4	18,9	0,9	5,8	0,2	2,1	75	97
8—9	9	9	117,3	116,6	22,6	21,0	4,3	3,6	1,2	1,3	218	252
9—10	10	10	121,6	120,2	23,8	22,3	5,1	5,0	2,2	2,4	255	328
10—11	11	11	126,7	125,2	26,0	24,7	4,2	5,0	2,3	2,2	303	377
11—12	12	12	130,9	130,2	28,3	26,9	4,9	4,9	2,7	3,7	267	329
12—13	13	13	135,8	135,1	31,0	30,6	2,7	8,0	1,0	1,6	260	319
13—14	14	14	138,5	138,4	32,0	32,2	11,5	5,6	4,6	5,9	93	125
14—15	15	15	150,0	144,0	36,6	38,1	—	—	—	—	69	71

Ogólna ilość badanych: chłopców 1540, dziewcząt 1898, razem dzieci 3438.

TABLICA XII.



Przeglądając tablicę XI i XII, widzimy, że średni wzrost chłopców jest większy od średniego wzrostu dziewcząt. Średnia zaś waga chłopców klas biednych w Warszawie do 13-ego roku życia jest większa od średniej wagi dziewcząt, i dopiero między 13—14 rokiem waga dziewcząt przewyższa wagę chłopców. Jak widzieliśmy poprzednio, fakt ten powtarza się w innych krajach. Ta tylko zachodzi różnica, iż zwykle przewaga płci żeńskiej nad męską odnośnie do wagi i długości ciała, następuje wcześniej, np. w 11 lub 12 roku życia.

Maksymalne przyrosty wagi i długości ciała, markujące początek okresu dojrzewania, rozpoczynają się u chłopców klas biednych u nas dopiero w roku 14, gdzie przyrosty roczne z 1—2 kilogramów przechodzą na 4,6, a przyrosty długości na 11,5 cent. U dziewcząt większe przyrosty zaczynają się już objawiać w 12 roku życia. Ogólnie jednakże biorąc, i u nas okres dojrzewania dzieci klas biednych ulega nieprawidłowym wahaniom w przyrostach rocznych wagi i długości ciała. (D. n.).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Ropnico - posocznice „lekarskie“

(Les pyo-septicémies médicales).

Przez **D-ra Etienne** lekarza szpitali w Nancy.

Paryż 1893, str. 385.

Sprawozdawca **Feliks Arnstein.**

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 7).

Część trzecia poświęcona jest badaniu klinicznemu i anatomiczno-patologicznemu ropnico-posocznice „lekarskich“.

Pod względem klinicznym ropnico-posocznica „lekarska“ może być:

1) cierpieniem pierwotnem (*maladie pyosepticémique primitive*) samoistnem, lub też 2) cierpieniem wtórnem, dołączającem się do innego swoistego zakażenia (*secondaire*) lub rozwijającem się współcześnie z innem swoistem zakażeniem (*infection mixte*).

Ropnico-posocznice „lekarską“ pierwotną, niesłusznie zwaną samoistną, stanowi zakażenie ropne powstałe bez wszelkiego znacznego urazu położeńczego lub chirurgicznego i to w ustroju zdrowym.

Miejsce wniknięcia zarazka przy ropnico-posocznicy pierwotnej może pozostać niewykrytem, pomimo najtroskliwszych poszukiwań. Fakt ten spostrzega się szczególnie w przypadkach zakażenia kostnego, zapalenia szpiku kostnego w połączeniu z ogólnem zakażeniem. Prof. LANNELONGUE utrzymuje, że zawsze w tego rodzaju przypadkach wykryć się daje miejsce wniknięcia zarazka w postaci obnażenia z naskórka, zadraśnięcia; zdaniem autora niewątpliwie niezawsze tak bywa. W wielu przypadkach zapalenia szpiku kostnego w klinice prof. HEYDENREICH'a nie udało się autorowi wykryć nigdzie miejsca wniknięcia zarazka. W jednym przypadku ciężkiego zapalenia szpiku kości udowej wskutek uderzenia w udo krzesłem, nie znaleziono żadnego uszkodzenia skóry.

Dla zrozumienia tego rodzaju przypadków należy uciec się do teorii dziś prawie powszechnie przyjętej stworzonej przez VERNEUIL'a (*microbisme latent*), podług której grzybki chorobotwórcze, które już dawniej przy jakimś ropieniu lub zakażeniu wniknęły do ustroju, pozostają w ustroju ukryte i pod wpływem sprzyjających okoliczności i przyczyn (uraz) rozwijają swe chorobotwórcze działania. W ten sam sposób dadzą się wytłumaczyć liczne przypadki zakażenia w postaci zapalenia wsierdza, stawów i t. p.

Miejszem wnikięcia zarazka przy ropnico-posocznicy pierwotnej jest często skóra zdrowa. GARRÉ i WASSMUTH, jakśmy wyżej wzmiankowali, na drodze doświadczalnej stwierdzili możność wnikięcia zarazków ropnych przez skórę zdrową a mianowicie przez otwory gruczołów łojowych i potowych. Łatwiejsem i częściej jest wnikięcie grzybków ropotwórczych przez skórę chorą, zajęłą miejscową sprawą ropną.

Ogólne też zakażenia ropne były spostrzegane przy *impetigo*, przy którym to cierpieniu pęcherzyki zawierają zwykle stafilocoki. Choroba ta, wogóle łagodna, może w następstwie sprowadzić ciężkie cierpienia trzewi, jak zapalenie nerek, nieżytowe zapalenie płuc. BAGINSKI przy oględzinach pośmiertnych 4 tygodniowego dziecka, zmarłego skutkiem ropnego zapalenia skóry, znalazł zapalenie wątroby, śledziony, nerek i ropne zapalenie stawów napiętkowych.

Źródłem ropnico-posocznicy pierwotnej może być zwykle starcie naskórka, zupełnie nieproporcjonalne do ciężkich przypadłości ogólnych, niekiedy śmiertelnych. Miało to miejsce w przypadku spostrzeganym w klinice prof. SPILMAN'a, gdzie źródłem ogólnego zakażenia ropnego, zakończonego śmiercią, było małe starcie naskórka na napletku, wielkości 20 centymów.

Dr. SAINT-PHILIPPE z Bordeaux zwrócił uwagę na ranę pępkową, będącą często źródłem rozmaitych spraw ropnych u dzieci, jak ropni podskórnych, ropnych zapaleń ucha, opon mózgowych, ropni mózgowych, ropnych zapaleń stawów i t. p.

Nakoniec róża może być, jak podają BOURCY, LANDOUZY i inni, źródłem ropnych zapaleń stawów, ropnego zapalenia opłucnej i licznych ropni.

Migdały w stanie ostrego zapalenia stanowią najczęściej wrota dla zakażeń ropnych; zdarza się to najczęściej przy zapaleniach migdałów, wywołanych przez paciorkowce, niekiedy też w przebiegu tych zapaleń występują przypadłości posocznicowe, mogące sprowadzić śmierć. Najczęściej spostrzegane bywają: nieżytowe zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, plamica i zapalenia stawów.

Przypuszczają możność przejścia drobnoustrojów przez zdrową ścianę kiszek, lecz nie można zawsze być pewnym, że na całej długości kiszek nie istnieje jakieś nieznamne uszkodzenie powierzchniowe.

Jeżeli ciało obce powoli sprowadziło przedziurawienie kiszek, objawy miejscowe mogą być stosunkowo nieznaczne, a tymczasem rozwija się posocznica, wywołana przez przejście z kiszek do ustroju grzybków chorobotwórczych, najczęściej *bacterii coli communis*. Miało to miejsce w jednym bardzo interesującym przypadku BERNHEIM'a, dotyczącym chorego, który wstąpił do kliniki z bólami w brzuchu, zaparciem stolca w połączeniu z wymiotami i znaczną gorączką. W ciągu następnych dni nieregularne dreszcze i ciągła gorączka z charakterem posocznicowej. W 20 dni po wstąpieniu zapalenie płuc z obu stron, wysięk w opłucnej, białkomocz, następnie odma piersiowa, sinica. Chory umarł w 7 tygodni po wstąpieniu do kliniki. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono liczne ropnie w płucach, wątrobę i śledzionę powiększoną; 5 pętli kiszek zrosniętych między sobą za pomocą grubych błon, z których jedna przedziurawiona, a w niej 3 kawałki drzewa.

Niekoniecznie kiszka musi być przedziurawiona, by nastąpiło zakażenie; dostateczne jest, by sprawa zapalna, zmieniała jej budowę. W przypadku podanym przez CHANTEMES'a, VIDAL'a i LEGRIS w ten sposób właśnie powstały objawy ogólnego zakażenia. W przypadku tym ciężarna macica, w położeniu tyłopochylenia wywierając nacisk na kiszkę, zmieniała jej ściany i pozwoliła na przejście *bacterii coli communis* do otrzewnej. W podobny sposób mogą powstać przypadłości ogólne przy przepuklinach uwięzionych bez przedziurawienia. W jednym przypadku, podanym przez SORDOILLER'a, znaleziono podczas operacji *bacterium coli* w worku przepuklinowym, a po śmierci też same liczne laseczники we krwi, surowicy otrzewnej, w śledzionie i płucach.

Drogi żółciowe i moczowe są w stanie prawidłowym aseptyczne, lecz gdy zostaną w jakikolwiek sposób czy to z zewnątrz (rak), czy z wewnątrz (kamienie żółciowe, wnętrzaki) uciśnięte i przeszkodzą przejściu żółci, mogą stać się źródłem zakażenia posocznicowego (*septicémie d'origine biliaire*), wywołanego przez strepto, stafylokokki, *bacterium coli*, niekiedy nawet lasecznika EBERTH'a. Kilka ciekawych tego rodzaju przypadków autor podaje.

Źródłem ropnico-posocznicy „lekarskiej“ jest często błona śluzowa oskrzeli. CLAISSE przy nieżycie oskrzeli i płuc 3 razy znalazł paciorkowce we krwi. Autor

znalazł w wątrobie i śledzionie noworodka, zmarłego w następstwie zapalenia płuc grypowego, paciorkowce.

Drogi rodne, niezależnie od okresu połogowego, mogą być punktem wyjścia zakażenia ropnico-posoczniczowego. Miało to miejsce w jednym przypadku, spostrzeganym przez autora w klinice prof. SPILMAN'a, a dotyczącym chorej, u której w 18 dni po porodzie, gdy już macica wróciła do stanu prawidłowego, gdy nie było już żadnych odchodów ropiastych, chora nie skarżyła się ani na żadne bóle, ani inne przypadłości, nagle wystąpiły objawy ogólnego zakażenia; chora zmarła, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono błonę śluzową jamy macicy prawidłową, nigdzie ani ropy, ani skrzepów, ani resztek łożyska; przy badaniu zaś bakteriologicznym znaleziono paciorkowce w macicy, krwi, wątrobie i nerkach. W przypadku tym paciorkowce przeszły przez błonę śluzową macicy, ścianę maciczną i dostały się do obiegu krwi. Przejsięcie drobnoustrojów przez zdrowy filtr łożyskowy został dla wielu dowiedzionym. AUCHÉ z Bordeaux znalazł streptokoki w narządach płodu, którego matka zmarła na ospę. Podobny przypadek spostrzegał autor wraz z prof. HAUSHALTER'em.

Uszy i zęby mogą też być punktem wyjścia zakażenia ropnico-posoczniczowego.

Ropne zapalenie ucha, czy to pierwotne czy to wtórne, sprowadza niekiedy przez rozszerzenie na sąsiednie tkanki sprawy zapalne zatok mózgowych i opon. Lecz w kilku przypadkach, podanych w literaturze, było ono punktem wyjścia ogólnego zakażenia posoczniczowego.

MOOS i NETTER podają przypadki ogólnego zakażenia ropnego, w następstwie ropnego zapalenia ucha, wywołanego przez streptokoki.

Dr. HECKE z Wrocławia podaje 2 pod tym względem interesujące przypadki: w jednym ropne zapalenie ucha średniego sprowadziło ropienie w wyrostku sutkowym, zapalenie opłucnej, ropne zapalenie stawu mostko-obojęczkowego; w drugim przypadku zrobiono trepanację skutkiem ropnego zapalenia ucha; wkrótce wystąpiły dreszcze, obrzmienie stawu łokciowego; w surowiczym płynie z tego stawu znaleziono liczne paciorkowce.

RECLUS i REYNIER cytują przypadki ropnego zapalenia kości i stawów w następstwie ropnego zapalenia średniego ucha. NETTER też spostrzegał przypadki ogólnego zakażenia ropnego w następstwie ropnego zapalenia ucha.

Nakoniec próchnienie zębów może też być punktem wyjścia ogólnego zakażenia, a interesujący w tym względzie jest przypadek ISCH-WALL'a podany przez autora.

W drugim rozdziale trzeciej części pracy, autor zajmuje się postaciami klinicznymi ropnico-posocznicz „lekarskich pierwotnych“, ich przebiegiem i symptomatologią w ogólnych zarysach.

Następne rozdziały poświęcone są oddzielnym postaciom klinicznym ropnico-posocznicz „lekarskich“. Autor odróżnia:

1) ropnico-posocznicz z przeważnym zajęciem narządu krwionośnego (*pyosepticisme à prédominance cardio-vasculaire*), 2) z przeważnym zajęciem oskrzeli i płuc, 3) z przeważnym zajęciem narządów moczowo-płciowych, 4) wątroby, 5) kości, 6) stawów, 7) narządu nerwowego, 8) gruczołów chłonnych, 9) skóry i tkanki łącznej.

1) Zapalenie wsierdza jest jedną z najczęściej spostrzeganych przypadłości przy ropnico-posocznicy. Najczęściej pozostaje ono skrytem; niekiedy jednak występuje na pierwszy plan. Spotyka się ono przy wszystkich rodzajach ropnico-posocznicy: chirurgicznej, położniczej, „lekarskiej“. Przy tej ostatniej spostrzegano zapalenie wsierdza w następstwie zadraśnięcia (WINGE), wrzodzianki na rękę (GERBER i BIRCH-HIRSCHFELD), przedziurawienia gruczołu przyprątne przez zgłębnik (EISENLOHR), ropnego zapalenia miedniczek nerkowych (PURSER), zgorzelinowego zapalenia jamy ustnej (BRISAUD), róży (JACCOUD, DENUCE, SEVESTRE), zapalenia szpiku kostnego (LANNELONGUE), krwawej biegunki (LITTEN, NETTER, OSLER), zapalenia przewodów żółciowych (NETTER i MARTHA), wyprysku skóry (HALLOPEAU) i t. p.

Najczęściej znajduje się zwykłe drobnoustroje ropotwórcze: gronkowce i paciorkowce. GILBERT i LION odkryli nowy lasecznik zapalenia wsierdza, który jednak zdaniem autora niczem się nie różni od *bacterium coli commune*. Przypadek spostrzegany przez autora w klinice prof. SPILMAN'a jest pod tym względem interesujący. U chorego z zapaleniem wsierdza, lasecznik, znaleziony na wsierdzu, w nerkach i śledzionie, przedstawiał wszystkie cechy lasecznika LION'a, a dawał wszystkie reakcje *bacterii coli*.

Ostre zapalenie aorty i tętnic przy objawach bólu w okolicy aorty lub nawet prawdziwego napadu duszniczy bolesnej, jakkolwiek rzadziej, było spostrzegane przy ropnico-posocznicy pierwotnej. Zostaje ono wywołane przez te same drobnoustroje i w ten sam sposób, co i zapalenie wsierdzia.

2) Nieżytowe zapalenie oskrzeli i płuc (*bronchopneumonie*) może się objawić przy ropnico-posocznicy w dwojaki sposób: a) albo wyprzedza je ogólne zakażenie, którego jest przypadłością, powstałą skutkiem umiejscowienia w pęcherzykach płucnych zarazka wprzód nagromadzonego w ustroju. Bywa to gdy nieżytowo zapalenie płuc przytrafia się w przebiegu już istniejącej posocznicy, w jakikolwiek sposób powstałej; róża też może być punktem wyjścia nieżytowego zapalenia płuc; b) albo nieżytowe zapalenie płuc jest ogniskiem pierwotnym, powstałym skutkiem nagromadzenia w pęcherzykach drobnoustrojów, pochodzących z jamy ustnej i gardzielowej, i staje się punktem wyjścia dla ogólnego zakażenia posoczniczowego.

3) Zapalenie nerek jest częstym zjawiskiem przy każdym zakażeniu ogólnym. Spostrzegamy je często w przebiegu róży, zapalenia szpiku kostnego, gorączki płożowej, zapalenia wsierdzia. Jest ono następstwem przejścia drobnoustrojów przez drogi moczowe.

I przy ropnico posocznicy pierwotnej zapalenie nerek jest często; znajdujemy przy nim w nerkach gronkowce i paciorkowce. We wszystkich przypadkach zapalenie nerek jest objawem już istniejącego ogólnego zakażenia ropnico-posoczniczowego.

Oprócz nerek, zapalenie pęcherza stanowi niekiedy przypadłość ropnico-posocznicy.

4) Ropnico-posocznica wyraża się niekiedy żółtaczką zakaźną; według GIRODE'a zakażenie płożowe jest częstą przyczyną żółtaczki. Często jednak żółtaczka zakaźna jest pierwotną i występuje pod postacią żółtaczki nieżytowej, pod postacią tak zwanego duru wątrobowego (*typhus hepaticus*) lub postacią bardzo ciężką.

Pod względem bakteriologicznym posiadamy dotąd bardzo nieliczne dane i to sprzeczne. Różne drobnoustroje, znalezione przez KLEBS'a, EPPINGER'a, HLAV'ę, BOLZER'a i t. p. nie pozwalają na żadne wnioski. Wszelako HANOT w 3 przypadkach żółtaczki ciężkiej znalazł *bacterium coli* w wątrobie i krwi; VINCENT w jednym przypadku znalazł w wątrobie, żółci i śledzionie gronkowce; w drugim *bacterium coli*; LERY (ze Strasburga) znalazł w jednym przypadku *bacillus liquefaciens*. (C. d. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Lutego r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER—a) przedstawienie płodu poronionego z nienaruszoną owodnią; b)—macicy odciętej sposobem PORRO; c)—macicy amputowanej po pęknięciu podczas porodu; d)—macicy rakowej. 2) RABEK — przedstawienie dziecka z silnie rozwiniętymi żyłami na klatce piersiowej. 3) OŁTUSZEWSKI—przedstawienie 2 przypadków zбоcezeń funkcji mózgu przy upośledzeniach mowy. 4) Mikołaj BRUNER — odczyt o dynamoelektrycznych maszynach w medycynie.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił: a) Płód poroniony z nienaruszoną owodnią. Od chwili poczęcia upłynęło dni 45 do wydalenia jaja, które nastąpiło po 3 dniowym krwawieniu. b) Dalej tenże kol. N. przedstawił macicę odciętą sposobem PORRO przez kol. SOLMANA w szpitalu Ś-go Ducha d. 8. I. 1894 r.; oraz c) macicę amputowaną w dniu dzisiejszym, w 27 godzin po pęknięciu podczas porodu. Pęknięcie macicy nastąpiło prawdopodobnie podczas obrotu, dokonanego przez jednego z kolegów, z powodu poprzecznego położenia płodu. Amputacji macicy pękniętej dokonał N. w swoim oddziale w szpitalu Ewangelickim. Pęknięcie było podłużne, ku górze prawie do samego dna macicy, ku dołowi zaś prawie do samego sklepienia pochwy. Tętno przed operacją 160, po operacji 140. Wymiotów dotąd nie było, samowiedza zachowana. Dziecko żyje. d) Następnie kol. N. przedstawił jeszcze macicę rakowatą zwyrodnioną. Operacja dokonana została w szpitalu Ewangelickim. Chora zmarła 7-go dnia po operacji, wskutek niedrożności kiszek, która powstała przez przyrośnięcie кишки do rany.

2) Kol. RABEK przedstawił dziecko z nadzwyczaj silnie rozwiniętymi żyłami skórnymi na klatce piersiowej. Dziecko to niedawno przechodziło koklusz.

3) Kol. OŁTUSZEWSKI przedstawił dwa przypadki zбоcezeń czynnościowych mózgu przy upośledzeniach mowy.

Pierwszy przypadek dotyczył niemoty wrodzonej czynnościowej u Abra-
ma P., 7 lat liczącego. Dziecko to od urodzenia nie mówiło i do 2 roku przedstawiało
inteligencję właściwą temu wiekowi. Przy końcu 2 roku maloc przebył *hydrocephalus*
acutus, w następstwie zaś miewał od czasu do czasu drgawki aż do 4 roku. Chorego
leczył stale kol. ALTKAUFER i przypadek ten skierował do kol. O. Malca tego widział
kol. O. po raz pierwszy w marcu zeszłego roku i znalazł stan następujący: dziecko bar-
dzo mało inteligentne, wszystkie ruchy wykonywa bardzo niezgrabnie, z trudnością,
np. uczy się kłaniać, witać, pomagać przy ubieraniu i t. d. Pomimo oddychania ustami,
kol. O. nie znalazł wyrosli adenoidalnych. Małec robił wrażenie dziecka w wysokim
stopniu głupowatego, a nawet przez rodziców uważany był za idyotę. Mały pacjent
rozumiał mowę, samodzielnie jednak nie mógł mówić. Po 2½ miesięcznym leczeniu
zaczął powtarzać wszystkie głoski z wyjątkiem r i ł, sylaby, znaczną ilość wyrazów,
a nawet kilkadziesiąt wyrazów mógł samodzielnie mówić. Małec wyjechał na lato do
Ciechocinka, i pomimo zalecenia, aby rodzice po powrocie rozpoczętą kurację dokon-
czyli, przedstawił się dopiero teraz, to jest prawie po roku. Obecnie stan jego znan-
ko- nie wyróżnia się od stanu uprzedniego. Dziecko rozwinęło się pod względem inte-
lektualnym, a głupowaty wyraz twarzy znakomicie się zmniejszył. Chłopczyk mówi
prawie wszystko, trudniejsze jednak wyrazy przekręca, to jest przedstawia rodzaj beł-
kotania obwodowego, zależnego od braku wprawy w organach artykulacji, ma-
jącego miejsce czasowo i w warunkach fizjologicznych u każdego dziecka, które zaczy-
na się uczyć mówić. Usunięcie tego obwodowego bełkotania przedstawia daleko już
mniej trudności, aniżeli loczenie niemoty, i przy odpowiedniej opiece lekarskiej
dziecko to ma wszelkie widoki że mówić będzie prawidłowo.

Jako moment etyologiczny w tym przypadku kol. O. przypuszcza przebyte cier-
pienia mózgowe. Nie pozostawiły one wprawdzie wyraźnych śladów organicznych,
upośledziły jednak odżywianie kory mózgowej do tego stopnia, że rozwój ośrodka
ruchowego mowy i jego połączeń z ośrodkami ideacji i słuchowym powstrzymało.

Drugi przypadek dotyczył Józefa Ł. 11 lat liczącego, przedstawiającego ogólnie
czynnościowe bełkotanie ośrodkowego pochodzenia, łącznie z orga-
nicznym obwodowym. Jest on najmłodszy z rodziny, składającej się z 4 dzieci,
prawidłowo mówiących. W dzieciństwie przebywał krzywicę, czego ślady na kośćcu
pozostały dotychczas. Zaczął chodzić dopiero w 7, a mówić w 4 roku. Mowa od sa-
mego początku była niezrozumiała. Od 7 lat ma wyciek ropny z obu uszu (*otitis chroni-
ca media*), słyszy jednak stosunkowo dobrze. Przed 2 laty i przed rokiem miał kilka-
krotnie drgawki, wedle słów otoczenia wskutek niestrawności. Na pierwszy rzut oka
uderza głowa dużych rozmiarów. Błady, źle odżywiany. Nieprawidłowa budowa
szczęk polega na wysunięciu szczęki dolnej i bardzo dużej szparze pomiędzy niescho-
dzącymi się ku przodowi szczękami. W jamie ustnej brak obu stronny bocznych zę-
bów. W jamie noso-gardzielowej nie znaleziono wyrosli adenoidalnych. Mowa sa-
modzielna dziecka zupełnie jest niezrozumiała (hotentotyzm). W oma-
wianym przypadku bełkotanie obwodowe dotyczyło głosek: z, sz, ż, c, dz, dż i zależne
było od zmian organicznych w szczękach, bełkotanie zaś ośrodkowo pochodziło od nie-
właściwego układania pozostałych głosek, oddzielnie prawidłowo wymawia-
nych, w sylaby i wyrazy. Niewłaściwe układanie sylab w wyrazy miało miejsce już
przy powtarzaniu wyrazów i zdań, najwyższego jednak stopnia dosięgało przy samo-
dzielnej mowie dziecka, gdzie wyrazy zostawały najzupełniej zniepodobnione. Tak np.
pota miało oznaczać barszcz, eoki—pierogi, ua—kupił, alita—kalendarz i t. d.

I w tym przypadku jako przyczynę ośrodkowego bełkotania przypuszcza kol. O.
pewnego rodzaju upośledzenie w odżywianiu kory mózgowej, gdyż, jak wiadomo z roz-
woju ośrodków mowy i dróg ich łączących, doskonałą się one równolegle z wzrostem
inteligencji.

Niemota wrodzona czynnościowa podobna jest do bełkotania ośrodkowego czyn-
nościowego, gdyż w obu razach istnieją prawidłowe obrazy w ośrodku słuchowym, wy-
różnia się jednak od niej tem, że zależy od nieprawidłowego używania dróg, idących od
ośrodka słuchowego do prawidłowo funkcjonującego ośrodka ruchowego mowy.

Kolega O. ma zamiar poddać leczeniu małego „hotentotę“ i wynik leczniczy To-
warzystwu zakomunikować. (D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

24. O. ROSENBACH. **O użyciu i nadużyciu dwuwęglanu sodu.** Autor spostrzegł wielokrotnie przypadki, w których dwuwęglan sodu, przyjmowany przez czas długi, wywoływał nie tylko pogorszenie lekkich zaburzeń w trawieniu, lecz nawet dosyć groźne objawy; okoliczność ta skłoniła go do dokładnego określenia, kiedy dwuwęglan sodu jest wskazany i jakie złe skutki pociąga za sobą niewłaściwe jego stosowanie.

Zasada, że dwuwęglan sodu wskazany jest zawsze przy wzmożonym wydzielaniu kwasu żołądkowego, jest błędna; doświadczenie uczy, że środek ten można stosować z dobrym skutkiem i tam, gdzie ilość kwasu żołądkowego nie jest powiększona, a i pamiętać należy, że *hypersecretio acida* tylko w pewnych określonych warunkach jest objawem patologicznym, wskazującym wzmożoną czynność błony śluzowej żołądka. Pomimo licznych sumiennych badań nad powstawaniem i znaczeniem kwasu żołądkowego, niepodobna jeszcze dokładnie określić, kiedy ilość jego uważać należy za nadmierną, i ilość kwasu, zaledwie wystarczająca dla jednych osobników, może być nadmierną dla drugih.

U osób nerwowych i anemicznych, których wąty żołądek wydziela mało kwasów, już bardzo umiarkowanie kwaśna zawartość żołądka wywołać może objawy podrażnienia: skłonność do wymiotów, zgagę i nadmierną ilość gazów; pochodzi to stąd, że nadczułe i nadmiernie pobudliwe nerwy, przyzwyczajone tylko do słabych bodźców, odpowiadają na bodziec normalny zbyt silnie.

Odwrotnie u osobników, spożywających znaczne ilości mięsa i tłuszczu, lub u palaczy, gdzie wydzielanie śliny jest wzmożone, znaczna ilość kwasu zaledwie wystarcza do utrzymania prawidłowego trawienia.

W większości przypadków zaburzenia żołądkowe nie są sprawą pierwotną, lecz wtórną, wywołaną przez zaburzenia w czynności kiszek. W przypadkach tych, gdzie nadmierne wydzielanie kwasu jest tylko skutkiem kompensacyjnie wzmożonej czynności żołądka, dążenie do usunięcia sprawy chorobowej przez zubożenie zawartości żołądka jest nie tylko błędne, ale wprost szkodliwe, gdyż kwas solny ułatwia przejście zawartości żołądka do kiszek i pobudza je do silniejszych ruchów (robaczkowych¹⁾). Zubożeniając kwas solny dwuwęglanem sodu, otrzymujemy w wyniku zatrzymywanie się pokarmów w żołądku, fermentację i tworzenie się gazów.

Trzeba tu dodać, że u wielu osobników prawidłowa czynność kiszek możliwa jest tylko przy obfitem wydzielaniu kwasu żołądkowego, ponieważ кишки, zarówno cienkie, jak grube, wymagają bardzo silnego bodźca. U takich osobników kwas solny usuwa zaparcie stolca.

Wynika stąd, że przed wydaniem zdania o stanie żołądka należy przede wszystkim zbadać sprawność całego narządu trawienia, oznaczyć wpływ zajęcia, rodzaju pokarmu, sposobu spożywania jego, ogólnej i miejscowej wrażliwości chorego, a dopiero potem przystąpić do określenia zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym. Należy też pamiętać, że próbne śniadanie daje bardzo niedokładne dane o czynności żołądka; wielu chorych, u których zwyczajne codzienne pożywienie wywołuje niestrawność, trawi dobrze śniadanie próbne, u innych objawy niestrawności występują tylko w pewnych porach dnia. Niedostatecznie zbadany jest też i wpływ różnych postaci kwasu na akt trawienia: jedni chorzy dobrze zupełnie trawią i przy dużych ilościach kwasu mlecznego, u innych nieznaczne ilości jakiegokolwiek kwasu organicznego wywołują silną niestrawność, innym wreszcie szkodzi tylko jeden określony kwas, np. octowy.

Ponieważ doświadczenie uczy, że dwuwęglan sodu działa skutecznie przy wszelkich postaciach niestrawności, nie przeto dziwnego, że chorzy, którzy raz wypróbowali skuteczności tego środka, wracają doń przy najłżejszych choćby zaburzeniach ze strony narządu trawienia. To bezcelowe, a nawet szkodliwe użycie dwuwęglanu sodu, uspokajające jednak dolegliwości chorego, staje się zrozumiałym, jeżeli uprzytomnimy sobie sprawy zachodzące przy trawieniu żołądkowym.

¹⁾ Wątpliwe. (Przyp. Red.).

U zdrowego człowieka zawartość żołądka wtedy tylko prędko i bez dolegliwości wydalona zostaje do kiszek, jeżeli pokarm był dokładnie przeżuty i jeżeli utworzona zeń miazga żołądkowa dostatecznie jest zakwaszona²⁾. Jeżeli zakwaszenie nastąpiło zbyt prędko i duże ilości kwasu dostały się do dwunastnicy, wówczas powstają w niej silne ruchy robaczkowe, które przeszkadzają przedostaniu się zawartości żołądkowej; jeżeli pokarm niedostatecznie był przeżuty, wzrasta i opór odźwiernika. Wszystko to ma miejsce u ludzi, którzy zmęczeni, wygłodzeni, zbyt szybko jedzą, niedostatecznie przeżuwają pokarm i nie mieszają go z należyłą ilością śliny.

W innych przypadkach niestrawność wywołana zostaje przez szybkie wytworzenie się kwasów organicznych z powodu względnego lub zupełnego braku kwasu solnego. Liczni są wreszcie chorzy, u których w badanej zawartości żołądkowej znajdujemy prawidłową i niewielką ilość kwasów, a którzy mimo to uskarżają się na różne dolegliwości w czasie trawienia, dolegliwości, które dwuwęglan sodu usuwa zupełnie. Jest to typowa nadczułość żołądka (*hyperaesthesia*), najczęstsza przyczyna niestrawności, powstająca często na tle przebytego ostrego nieżytu żołądka, który przeszedł pozornie w przewlekły dzięki zbytecznej ostrożności lekarza, przedłużającego niepotrzebnie beczynność żołądka. Jeżeli nadczułość żołądka powstała lub rozwinęła się na gruncie anemii i neurastenii, to nieustanne zwracanie przez chorego uwagi na czynność trawienia sprawia, że najłżejszej pracy żołądka towarzyszą zdaniem chorego rozmaite dolegliwości. Chory, chcąc ich uniknąć, skazuje swój żołądek na zupełną beczynność i osłabia go coraz bardziej. U chorych tego rodzaju rozwijają się nader często zaburzenia w trawieniu dzięki nadużywaniu dwuwęglanu sodu. Środek ten staje się dla chorych niezbędnym, łagodzi on podrażnienie żołądka przez kwas żołądkowy i uspokaja ruchy kiszek i połączone z nimi dolegliwości. Te błogie skutki dwuwęglanu sodu skłaniają chorych do przyjmowania coraz większych dawek w coraz mniejszych odstępach czasu; żołądek ich w końcu zupełnie przestaje trawić.

Wielu chorych używa dwuwęglanu sodu, aby pozbyć się niemiłego uczucia pełności i gnecenia w żołądku, występującego po jedzeniu. Usuwając drobne te dolegliwości, chorzy pogarszają swój stan, ci szczególnie, których żołądek nie wydzielił ilości kwasu dostatecznej do zubożnienia dwuwęglanu sodu. Nie należy sądzić, że dana ilość tego ostatniego zawsze zupełnie zubożnia kwas; pierwszym skutkiem zubożnienia u zdrowych osobników jest zawsze wzmożenie wydzielania kwasu żołądkowego. Jeżeli jednak nowe dawki dwuwęglanu sodu zaraz znów zubożnią wydzielinę gruczołów, zmuszając je przez to do zbyt energicznej pracy, to czynność trawienia staje się nieprawidłową, a w końcu zupełnie ustaje. Niezmiernie jest trudno wytłumaczyć chorym, że ten sam środek, który im ulgę sprawia, jest jednocześnie przyczyną wzrastania ich dolegliwości. Opierając się na tem wszystkim, R. formułuje wskazania do stosowania dwuwęglanu sodu. Przed zaleceniem środka zubożniającego, powinien lekarz zbadać dokładnie wszystkie warunki trawienia i sprawdzić, czy zgaga i kwaśne odbijanie są objawami pierwotnych zaburzeń w trawieniu żołądkowym, wynikłych wskutek wzmożonego wydzielania kwasu solnego lub kwaśnej fermentacji zawartości żołądka, czy też są to objawy neurastenii, anemii, lub skutki nadużycia alkoholu i tytoniu.

Nie należy pozostawiać choremu swobody w używaniu dwuwęglanu sodu przez czas dłuższy.

Po ostrej niestrawności i obfitem użyciu winą, małe dawki dwuwęglanu sodu nie są szkodliwe, ponieważ zubożniają nadmierną ilość kwasu. Nawet częstsze używanie małych dawek po obiedzie w celu zubożnienia kwasu po spożywaniu sałaty lub wina może być dozwolone.

Wogóle jednak trzeba się trzymać zasady, że po obfitem jedzeniu lub przy zaburzeniach, wywołanych przez kwasy organiczne, kilka kropel kwasu solnego najlepiej, choć nie tak prędko jak dwuwęglan sodu, doprowadzi sprawę trawienia do porządku.

Dwuwęglan sodu jest zatem wskazany i pożyteczny po obfitem przyjmowaniu pokarmów dla zubożnienia kwasu, jeżeli jest zgaga, rozdęcie żołądka, wywołujące

²⁾ Nie jest to wcale ściśle dowiedzione. (Przyp. Red.).

duszość, a wypłukanie go lub opróżnienie przez użycie środka wymiotnego jest niemożliwe. Są to przypadki bardzo rzadkie.

Zdaniem autora, nie należy nigdy dawać więcej dwuwęglanu sodu niż na koniec noża; często kawałek suchej bułki lub chleba³⁾ działa tak samo jak dawka dwuwęglanu sodu; nadmierna ilość kwasu zostaje przezeń wessana.

Przy nadczułości żołądka i kiszek, przy anemii i przewlekłym niezycie żołądka nie radzi autor wcale zalecać dwuwęglanu sodu.

(*Münch. Med. Wochschr. N. 3—94.*)

S. P.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Szanowny Redaktorze! Wiedząc, jak żywo obchodzi czytelników „Medycyny“ rozwój naszych zdrojowisk krajowych, śpieszę z doniesieniem, że kwestya dalszego zarządu Buska została nareszcie w tych dniach rozstrzygnięta i to w ten sposób, że zakład zdrojowo-kąpielowy już na tegoroczną porę kąpielową przejdzie pod zarząd właściciela t. j. skarbu państwa.

Z urzędowego źródła jest mi wiadome, że p. Minister dóbr państwa polecił Naczelnikowi górnictwa w Królestwie Polskiem p. WINCENTEMU CHOROSZEWSKIEMU, sprawującemu zwierzchni nadzór nad zdrojowiskami rządowemi, aby tenże zajął się zaprowadzeniem ulepszeń, jakie tylko w tak krótkim czasie, w zakładzie wód mineralnych w Busku, uskutecznić się dadzą.

Wskutek tego p. Naczelnik górnictwa, dla dokładnego poinformowania się, zaprosił do Buska wszystkich lekarzy zdrojowych na naradę, z której tylko co powróciłem. Po dokładnem obejrzeniu zakładu i wyczerpującej dyskusyi, pod przewodnictwem p. W. CHOROSZEWSKIEGO, zostało zdecydowane zaprowadzenie, na sezon tegoroczny, następujących ulepszeń:

1) Doprowadzenie wody mineralnej z bardzo obfitego, nowego źródła MICHAŁSKIEGO¹⁾ do zbiorników i wanien kąpielowych.

2) Rozszerzenie zakładu kąpielowego przez urządzenie pewnej liczby nowych gabinetów kąpielowych, w dobudowanych w roku przeszłym, przez b. dzierżawcę Buska D-ra DOBRZAŃSKIEGO, skrzydłach.

3) Rozszerzenie oddziału szpitalnego przez przybranie 3-ich izb kąpielowych na oddział dla kobiet, a oddanie dotychczasowego oddziału kobiecego na użytek chorych mężczyzn.

4) Zaprowadzenie natrysków ciepłych, zimnych i szkockich z wody mineralnej oraz urządzenie kąpeli parowych szafkowych.

5) Urządzenie pijalni wody mineralnej ze źródła MICHAŁSKIEGO.

6) Urządzenie 2-ich obszernych spoczywalni w gmachu kąpielowym.

Inne ulepszenia, wygodę chorych na celu mające, oraz gruntowne reparacye i odnowienie gmachu kąpielowego, jako właściwie do aparatu leczniczego nie należące, pomijam.

Kapitałnych nakładów, jako to: wybudowania nowych łazienek na źródle MICHAŁSKIEGO, nowego pomieszczenia na kąpiele szlamowe oraz budowy domów i will na placach, od lat kilku na ten cel wyznaczonych, w sąsiedztwie parku, można się dopiero w przyszłości spodziewać. Sądząc jednak ze szerszego zainteresowania się losem buskiego zdrojowiska i chęci gruntownego poznania jego potrzeb ze strony p. Naczelnika górnictwa, można się spodziewać, że sprawa ta wejdzie na racjonalną drogę; leżą bowiem w planie dalszego postępowania i inne jeszcze ważne ulepszenia, wymagające takich nakładów, jakich żaden prywatny dzierżawca, krótkością dzierżawnego terminu skrzępowany, ponieśćby nie mógł.

Racz przyjąć i t. d.

J. Majkowski.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m styczeń r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca i roku chorych 26 (m. 14, k. 12), przybyło w styczniu 60 (m. 25, k. 35), wypisało się 50 (m. 23, k. 27), zmarło 9 (m. 4, k. 5).

Ogólna ilość chorych była takąż sama, jak w poprzednim miesiącu; w porównaniu zaś ze styczniem roku zeszłego, znacznie mniejsza, głównie wskutek rzadziej występującego tyfusu wysypkowego.

³⁾ Lepszem będzie przyjęcie kawałka drobno roztartego białka kurzego na twardo ugotowanego. (Przyp. Red.).

¹⁾ Wiadomość o nowem źródle MICHAŁSKIEGO podana została przez kol. MAJKOWSKIEGO w artykule p. t. „Nowe źródła wody mineralnej w Busku“, pomieszczonym w „Medycynie“ Nr. 41 r. 1893, str. 830. (Przyp. Red.)

Najliczniejszą rubrykę w miesiącu sprawozdawczym stanowi w dalszym ciągu ospa, a następnie odra.

Co się tyczy o s p y, to ilość przypadków była takąż sama prawie, jak w zeszłym miesiącu, t. j. 28 (m. 10, k. 18), z których nieszczepionych było 5. Zmarło chorych 5 (m. 3, k. 2), z których 3 dzieci nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Senatorska 10, Leszno 38 i 89, Pańska 40, 96, 35 i 68 (dwa przypadki), Aleksandrya 6, Sienna 19 i 78, Ogrodowa 65, Nowolipki 81, Żelazna 61, Nowolipie 47, Niecała 8, wieś Skorosze i Sielce.

Drugie miejsce pod względem ilościowym zajmuje o d r a, której mieliśmy 9 przypadków (m. 4, k. 5), wszystkie u dorosłych z ulic: Chłodnej, Zimnej, Piekarskiej, Widok, Pańskiej, Gęsiej i Orlej.

Pocieszającym jest, iż t y f u s w y s y p k o w y w dalszym ciągu nie powiększa się, spotykamy go bowiem w porównaniu ze styczniem roku zeszłego (56 chorych) bardzo rzadko. Mieliśmy go bowiem tylko 6 przypadków (m. 1, k. 5), choć z przebiegiem bardzo ciężkim. Jeden z nich wśród objawów zgorzelińowych zakończył się śmiercią. Chorzy pochodzili z ulic i domów następujących: Brukowa 9, Nizka 59, Żelazna Brama 8, Koźła 11, Żórawia 4 i Kanonia 28.

T y f u s b r z u s z n y wraca do dawniejszej normy, mieliśmy go jeden przypadek z ulicy Rybaki 18.

Z innych chorób zakaźnych, pod względem ilościowym i ciężkiego przebiegu wyróżnia się r ó ż a, której mieliśmy 6 przypadków (m. 2, k. 4), z tych dwa z powodu ciężkich powikłań śmiertelne. Chorzy pochodzili z ulic: Nowolipek 51, Dzikiej 9, Wolskiej 59, Ś-to Krzyskiej 7, Łuckiej 17 i Wołyńskiej 16:

B ł o n i c y mieliśmy 4 przypadki (m. 2, k. 2) z ulic: Trębacka 1, Twarda 11, Kotzebue 3. Jeden z nich zakończył się śmiercią.

Prócz tego mieliśmy 2 przypadki p ł o n i c y i z a p a l e n i a p ł u c k r u p o w e g o, po jednym: biegunki k r w a w e j i g o r a c z k i p o ł o g o w e j, oraz 5 chorych z objawami podobnymi do grypy.

Z powodu wzmianki kol. KRAMSZTYKA w jego liście otwartym do redakcji Medycyny (Nr. 6), że tylko choroba gorączkowa albo istnienie róży w danym domu może przeciwwskazywać do szczepienia ospy stanowić, czuję się w obowiązku nadmienić, iż w szpitalu Zapasowym, jak to już zresztą w swoim czasie zaznaczyłem, mając do czynienia wyłącznie z chorobami gorączkowymi, od dłuższego już czasu zaprowadziłem szczepienie ospy i rewakynację wszystkim prawie nowowstępującym chorym. Otóż dane nasze, na dziesiątkach chorych zdobyte, śmiało pozwalają wnioskować, iż dotychczas nie widzieliśmy żadnego szkodliwego wpływu na przebieg chorób od szczepienia ospy nawet w chorobach wysypkowych (odra, płonica, tyfus wysypkowy). Czy nie wpływa ono czasami dodatnio na przebieg danej choroby, o tem byłoby jeszcze zawczasie sądzić.

J. Sz wajc er.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Ogromny kamień pęcherza moczowego, ważący 995 grm., wydobyl H. MILTON przez cięcie brzuszne 60 letniemu fellahowi; chory operację przetrzymał, zmarł jednak w 2 miesiące później; przy badaniu pośmiertnym znaleziono ropnie w obu nerkach i pasorzyta *distomum haematobium*. (Centr. f. Chir. Nr. 5).

== Nefrolitotomię wykonywa TUFFIER w ten sposób, że obnażywszy nerkę, uciska dla powstrzymania krwotoku szypułę palcami lub też kleszczycami, następnie przecina nerkę na brzegu wypukłym bez krwawienia, wydobywa kamienie, poczem zeszywa mięsz katgutem (Nr. 2); wtedy przestaje uciskać szypułę i nakłada jeden jeszcze rząd szwów na brzegi cięcia nerkowego. Ranę lędźwiową, równoległą do ostatniego żebra, zeszywa katgutem w trzy piętra. Jedną z nitek szwu nerki

umocowuje w górnej części rany lędźwiowej, aby połączyć dolny brzeg nerki z raną i zapewnić odpływ w razie nacieczenia moczowego. W opisany sposób wydobyl T. z nerki trzy kamienie rozgałęzione, wagi 35 grm., zagojenie nastąpiło w dziesięć dni, chory cierpiał na kamienie nerkowe od lat 35-iu. (Gazette des hopitaux, Nr. 12).

== Tysiąc siedm operacji kamieni moczowych pęcherza wykonał THOMPSON w przeciągu 36 lat, a wielki swój zbiór kamieni ofiarował do muzeum HUNTERA. U mężczyzn dorosłych wykonał litotrypsy 844 (zmarło 49 chorych), 115 litotomii krocowych (42 zm.), litotomii nadłonowych 13 (5 zm.). Reszta operacji przypada na dzieci i kobiety. (Centr. f. Chir. Nr. 5).

S.

— KANTHACK spostrzegł przypadek ropnicy z przerzutami pochodzenia promienicowego. Na sekcji znaleziono ropnie rozmaitej wielkości w obu płucach, wątrobie, śledzionie, prawej nerce, za życia zaś spostrzegano wiele ropni powierzchownych. Rozpoznanie właściwe dokonano dopiero po śmierci; za życia uważano sprawę wewnętrzną za gruźlicę, pomimo należytego rozpoznania ropni zewnętrznych. Jest to według K. drugi przypadek ropnicy promienicowej ogłoszony w literaturze. Ciekawem jest, że wogóle pierwszy przypadek promienicy, opisany przez ISRAEL'a, miał również ropnicowy charakter.

— FIEDOROW przekonał się, że surowicą zwierząt uodpornionych przeciw cholerze można nadzwyczaj szybko uodpornić inne zwierzęta. Uodpornienie udaje się jeszcze w okresie wylęgania choroby, po wybuchu jej jednak nie przynosi żadnego pożytku.

— SCHMIDT przekonał się, że aldehyd mrówkowy (*formaldehyd, formaline*) jest znakomitą substancją do odnawiania; podstawą tej własności jest chemiczne jego powinowactwo do ciał wydzielających zapach nieprzyjemny; 2,5% roztwór wystarcza zupełnie do użytku w pokojach, gdzie leżą chorzy. Z.

Wiadomości bieżące.

— Fiziologii Człowieka, napisanej przez prof. NAPOLEONA CYBULSKIEGO a wydanej staraniem D-ra ST. MARKIEWICZA z zapomogi kasy MIANOWSKIEGO, opuściła prasę część III-cia i zawiera: wydaliny, charakter spraw chemicznych, statyka i dynamika, zmysły, oko. Przypominamy, iż cena tego wybornego dzieła bajecznie jest niska, gdyż d.wieście kilkadziesiąt stronic wynoszący, opatrzone kilkudziesięcioma rysunkami zeszyt kosztuje kop. 75. Wydanie ze wszech miar staranne.

— Od brata zgasłego w Burgas ś. p. D-ra WŁADYSŁAWA JABŁONOWSKIEGO (patrz „Medycyna“ N-r 4 z r. b.) dowiadujemy się, iż po nieboszczyku został duży zbiór prac i notat dotąd niewydanych, które prawdopodobnie miały posłużyć niestrudzonemu autorowi za materiał do napisania obszerniejszej pracy o stosunkach sanitarnych i społeczno-lekarskich na Wschodzie; materiały te do spożytkowania pismu naszemu łaskawie przyobiecane zostały.

— W uniwersytecie tomskim poraz pierwszy ukończyło wydział lekarski 30 studentów. Dziesięciu z nich pozostało przy uniwersytecie w charakterze ordynatorów, asystentów lub laborantów, reszta zajęła posady rządowe.

— Obywatel monachijski inżynier Karol Müller ofiarował miastu Monachium szereg domów w najpiękniejszej dzielnicy położonych, wartość przeszło miliona marek przedstawiających, z warunkiem, aby kapitał, drogą sprzedaży tych domów otrzymany, użyty był na pobudowanie kąpieli ludowych.

— O szerzeniu się gruźlicy, a w szczególności gruźlicy płuc, za pośrednictwem komunikacji kolejowej, zamieścił D-r PETRI sprawozdanie w ostatnim zeszycie Publikacji urzędu sanitarnego w Berlinie. W laboratorium tegoż urzędu od połowy stycznia r. 1891 do połowy

lipca r. 1892 dokonywano badania na zasadzie przypuszczeń o możliwości szerzenia się gruźlicy przez wagony sypialne. Obawy z tego powodu pierwszy raz dały się słyszeć, gdy rozeszła się wieść o leczeniu tuberkuliną KOCH'a w zimie r. 1890/91 i suchotnicy z najrozmaitszych stron Europy zdążyli tłumnie do Berlina. Dokonane badania wykazały istnienie laseczników gruźliczych nie tylko w pyłach z podłogi, ale także w kurzu zdjętym ze ścian, z siedzeń i t. d. Urząd sanitarny zebrał do badań tych materiałów obfity, dostarczony przez różne berlińskie władze kolejowe. Zebrano kurz z 45 przedziałów 21 wagonów osobowych, między temi z 2 wagonów sypialnych, i zaszczerpiono go 117 zwierzętom, z których pewna liczba już w pierwszych dniach padła na różne choroby zaraźliwe, z reszty zaś, które pozdychały po czterech lub sześciu tygodniach, trzy uległy gruźlicy. Tym ostatnim, jak się okazało, zaszczerpiono kurz z wagonów sypialnych, zdjęty ze ścian, poduszek i sufitów, nie zaś z podłogi. Za główne źródło zarodków, znajdujących się na ścianach i siedzeniach, należy uważać wyrzucanie na ziemię płwociny. Najsilniej zanieczyszczona bakteriami była podłoga w wagonach, najmniej sufit, średnią zawartość zarodków wykazywały ściany, ławki i poduszki. Na kwadratowym centymetrze podłogi na przykład, znajdowało się w klasie 4-tej 12,600, w klasie 3-ciej 5,500, w 2-iej 4,350 a w 1-iej 2,600 osobników. Dokonano też prób najskuteczniejszych środków, mających na celu uwolnienie wagonów osobowych od szkodliwych zarodków. Na zasadzie rezultatów tych prób opracowane zostały przepisy, dotyczące praktycznego zastosowania owych środków w wagonach, a przepisy te roztrząsane są obecnie przez zarządy kolei niemieckich*).

*) Porównaj Nr. 6-ty Medycyny z r. zeszłego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 10 Февраля 1894 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.