

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek cięcia łonowego podczas porodu. Podał Stanisław Dobrucki, Ordynator Szpitala Żydowskiego w Lublinie. (Dokończenie). — O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. Skreślił D-r Wiktoryn Kosmowski. (Dokończenie). — Bibliografia i krytyka. Ropnico-poso-
cznice „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 Warszaw-
skiego. Posiedzenie z dnia 6 Lutego r. b. (Dokończenie). — Streszczenia i Wyciągi. 25. O przeistoczeniu jamistym błony śluzowej macicy w niektórych postaciach zapalenia macicy. 26. Leczenie miejscowe bło-
nicy gardła za pomocą zastrzykiwań pod błony rzekome (injectiones submembranosae). 27. Rany postrza-
łowe kiszek. 28. Przyczynek do patologii gośńca mięśniowego. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. —
Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r S. Dobruc-
ki — Un cas de symphyséotomie pendant l'accou-
chement. 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. Dobruc-
ki — 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.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 8).

Pozwolę sobie słów parę powiedzieć o samej operacji, która, chociaż nie należy do trudnych, nieraz jednak napotyka pewne przeszkody w wykonaniu. Co się tyczy sposobów operowania, to te różnią się tylko kierunkiem przecięcia spojenia: od góry, lub też od dołu. Zwolennikami cięcia od dołu są prawie wszyscy włosi, z bardzo małemi wyjątkami. MORISANI postępuje w sposób następujący: po przecięciu części miękkich wprowadza za spojenie od góry mocno zgięty nóż guzikowaty GALBIATI'ego (falceto di Galbiati) i prze-
cina spojenie od dołu ku górze i ku przodowi. PINARD zaś i inni francuzi ope-
rują zwyczajnym nożem guzikowatym, przecinając spojenie od góry ku do-
łowi pod kontrolą palca, znajdującego się za spojeniem. Niemieccy akuszerzy
przecinają spojenie również od góry. Przecięcie samego spojenia napotyka
nieraz znaczne trudności, np. przy ukośnym kierunku spojenia, a jeszcze bardziej
przy zrośnięciu kostnem obu kości (OLSHAUSEN (27), SCHAUTA). W tym ostatnim
przypadku wykonanie operacji możliwe jest tylko przy użyciu piłki łańcusz-
kowej, co wobec głębokości i niewielkich rozmiarów rany do łatwych ręko-
czynów nie należy. Mówiąc o przecięciu spojenia, muszę zwrócić uwagę na
możliwość przecięcia ciał jamistych lechtaczki, co się zdarza dość często i przy-
czynia się do wywołania obfitego krwotoku żylnego. Powstrzymanie krwa-
wienia udaje się przez obklucie, gdyż zwyczajne podwiązanie
w tych warunkach jest prawie niemożliwe.

Jeżeli więc nie przetniemy dolnego więzu spojenia (*lig. arcuatum inferius*), unikniemy przez to przecięcia ciał jamistych i jeżeli nieprzecięte więzadło przy pociąganiach główki pęknie, a jednocześnie z niem i ciało jamiste, to w tym razie z rany rozerwanej nie wystąpi tak obfite krwawienie, jak z rany przeciętej. Licząc na to, w moim przypadku nie przecinałem dolnego więzadła, do czego skłoniło mnie jeszcze i zdanie LEOPOLD'a. LEOPOLD radzi nie przecinać dolnego więzu, wychodząc z tej zasady, że główną przeszkodę przy porodzie stanowi górny brzeg spojenia, a więc po przecięciu górnej jego części otrzymamy dostateczne powiększenie przednio-tylnego wymiaru miednicy. Dziś jednak wiadomo, że to może wystarczyć tylko przy zwężeniach bardzo nieznacznego stopnia przy miednicy płaskiej. Obecnie wszyscy zalecają przecięcie dolnego więzadła spojenia. Utrzymanie końców rozciętego spojenia w zetknięciu się wzajemnem, po dokonanej operacji, aż do zupełnego zrośnięcia się spojenia łonowego stanowi niełatwe zadanie. W tym celu Niemcy (LEOPOLD, ZWEIFEL, CHROBAK, SCHAUTA, OLSHAUSEN i wielu innych) (30), stosują szew kostny z drutu srebrnego. Bez szwu kostnego operują HOPFER i KÜSTNER. ZWEIFEL (30) przy zeszytciu spojenia drutem srebrnym w 3 przypadkach obserwował przez pewien czas niemożność utrzymania moczu, czego nie widział w 6 przypadkach, gdzie do szwu kostnego użył katgut. We Francyi zdania pod tym względem są podzielone. CHARPENTIER (28) twierdzi, że szew kostny jest zupełnie zbyteczny, a dla utrzymania spojenia zupełnie wystarcza mocno nałożona opaska zwykła. LEPAGE nakłada szew z drutu srebrnego, a QUEIREL z *crins de Florence* (29a). Włosi jednak (MORISANI, NOVI, SPINELLI, CARUSSO etc.) wcale nie zeszywają kości spojenia, uważając to, na zasadzie bardzo licznych doświadczeń, za całkiem zbyteczne. W opisanym obecnie przypadku, pomimo tego, że chora opaskę często rozluźniała, spojenie zrosło się należycie, bez zastosowania szwu kostnego.

Za bardzo praktyczną i dla chorej dogodną uważam opaskę z plastra lepkiego 8 ctm. szerokiego. Przy tej opasce końce plastra powinny daleko zachodzić jeden na drugi. Opaska taka jest tania, łatwa w zastosowaniu, nie zsuwa się i doskonale utrzymuje w stałym zetknięciu się wzajemnem przecięte końce spojenia.

Najcięższem a nieraz nieprzewidzianem powikłaniem przy symfizeotomii są niezaprzeczenie rozległe uszkodzenia części miękkich. Wprawdzie uszkodzenia te zależą nie od samego przecięcia spojenia, lecz od następnych operacji akuszerskich, dążących do ukończenia porodu, lecz będących z przecięciem spojenia w ścisłym i bezpośrednim związku. Uszkodzenia części miękkich, w większym lub też mniejszym stopniu zdarzają się prawie przy każdej operacji cięcia łonowego, począwszy od pęknięć ciał jamistych łechtaczki, pęknięć pochwy i t. d., a kończąc na rozdarciu pęcherza moczowego, oderwaniu cewki moczowej od pęcherza, a nieraz nawet na kompletnem rozplątaniu wszystkich części miękkich od spojenia aż do odbytnicy (przypadek CERCHEY z kliniki prof. MADUROWICZA) (29).

Na tych to powikłaniach zasadzają dziś wszystkie zarzuty, czynione cięciu łonowemu. W miarę zaś uzbierania się w literaturze większej ilości przypadków symfizeotomii, częściej naturalnie będziemy mogli spotkać się z opisami owych nader poważnych obrażeń. Tem tylko można tłómaczyć ową zmianę przekonań LEOPOLD'a, SCHAUTY i wielu innych, wypowiedzianych na zjeździe ginekologów niemieckich we Wrocławiu w r. 1893 (30).

LEOPOLD po pierwszej swojej operacji rokował symfizeotomii wielką przyszłość. Dziś zaś, po wykonaniu jeszcze trzech operacji i zetknąwszy się

z owemi powikłaniami, cofa się, nie kwalifikując tej operacji do rozpowszechnienia pomiędzy ogółem lekarzy praktyków.

Tego samego zdania jest i CHROBAK, który twierdzi, że cięcie łonowe nie zawsze może zastąpić wymóżdzenie żywego dziecka.

FROMMEL (z Erlangi) zaznacza długie gojenie się rany, często powikłane przebiegiem gorączkowym. SCHAUTA zaś twierdzi, że przy doskonałych wynikach cięcia cesarskiego w dzisiejszych czasach, wcale nie należy zaliczać cięcia łonowego do operacji niezbędnych w położnictwie, proponuje zaś stosować symfizeotomię tylko wtedy, kiedy zakażenie rodzącej nie pozwala na wykonanie cięcia cesarskiego. OLSHAUSEN równie nie należy do zwolenników cięcia łonowego. KOPFER podaje dwa przypadki śmierci wskutek ropienia tkanki łącznej miedniczej (*phlegmone pelvis*). SÆNGER przyznaje wyższość cięcia cesarskiego nad symfizeotomią i nie zgadza się z SCHAUTĄ, że przecięcie spojenia należy robić wzamian cięcia cesarskiego, przy zakażeniu położnicy, opierając swoje twierdzenie na dwóch przypadkach KOPFER'a.

KÜSTNER radzi dalsze badanie w tym kierunku pozostawić klinikom.

Jeden tylko ZWEIFEL, pomimo że po pierwszej przez siebie wykonanej operacji wyraził się o niej bardzo oględnie, obecnie na zasadzie 14 przypadków własnych, gorąco zaleca symfizeotomię dla szerszego koła lekarzy praktyków. ZWEIFEL dziwi się nawet, że dyskusja nad cięciem łonowym tak niepomyślnie dla tej operacji wypadła.

Zupełnie innego zdania są specjaliści francuzi. W dyskusji nad symfizeotomią w „*Société obstétricale de France*” (31), LEPAGE, QUEIREIL, TELLIER, FOCHIER, VARNIER i PINARD gorąco zalecają cięcie łonowe. Nieco ostrożniej wypowiadają swoje zdanie BAR i BUDIN. GUENIOT proponuje aparat do utrzymania końców spojenia: dwie płyty metalowe 15 ctm. długie i 12 szerokie, ułożone z obu stron miednicy, z przodu i z tyłu łączą się zwykłymi paskami.

Włoscy akuszerzy przemawiają wszyscy za cięciem łonowym.

Mówiąc o zarzutach, czynionych symfizeotomii w naszych czasach, nie można zamilczeć o pierwszym przeciwniku tej operacji BAUDELOCQUE'u, o jego zarzutach, jak również o doświadczeniach, które zupełnie tę kwestyę wyjaśniły.

BAUDELOCQUE nie wierzył, żeby po przecięciu spojenia wymiary miednicy mogły się znacznie powiększyć bez uszkodzenia stawów krzyżowo-biodrowych, a następnie nie przypuszczał, ażeby tak prędko po operacji mogło nastąpić zupełne zrośnięcie się spojenia. Obie te kwestye zostały obecnie zupełnie wyjaśnione. Jeszcze LEROY (32) na zasadzie badań na trupach doszedł do następujących wniosków: po przecięciu spojenia kości łonowe rozstępują się u mężczyzn na 2—3 linii, u kobiet od 3—4, u rodzących zaś do 9 linii a nawet do $2\frac{1}{2}$ cali. Obecnie zaś, zawdzięczając pracom PINARD'a (33), VARNIER'a i FARABEUR'a, a także BOUCHACOURT'a (34), fakt powiększenia objętości całej miednicy i pojedynczych jej wymiarów po przecięciu spojenia doświadczalnie stwierdzony został. Według MORISANI'ego (35) kości spojenia rozstępują się na 3—4 ctm., a przy większym ucisku na 6—7 ctm. bez najmniejszego uszkodzenia stawów krzyżowo-biodrowych. Rozejście się spojenia na 1 ctm. powiększa wymiar miednicy prosty o 2,5 mm., tak, że po rozejściu się spojenia na 6 ctm., *conjugata vera* powiększa się od 13 do 15 mm. Tym sposobem główka dziecka, mająca wymiar poprzeczny 9,5 ctm., po redukcji wskutek zejścia kości w szwach na 9 ctm., może przejść przez miednicę o sprężnej 6,7 ctm. z trudnością, a zupełnie łatwo przy *c. v.* 7 ctm. PINARD (36) zaś, biorąc na uwagę wklonowanie się wypukłych kości ciemieniowych pomiędzy rozcięte brzegi spojenia, oznacza jeszcze znaczniejsze powiększenie sprężnej: po rozej-

ściu się spojenia na 6 ctm. przy miednicy o sprężnej 6 ctm., ta ostatnia powiększa się o 2,4 ctm., a przy sprężnej 8 ctm. o 2 ctm. Po większem rozejściu się spojenia pękają przednie więzy stawów krzyżowo-biodrowych, a najczęściej prawego; lewe zwykle zostają nienaruszone (DÖDERLEIN) (37). W moim przypadku odwrotnie się rzecz miała. Uszkodzenia jednak tych stawów nie powodują absolutnie żadnych złych następstw.

Upada również drugi zarzut BAUDELOCQUE'a: złe gojenie się rany spojenia. Wiadomo, że nieraz chore zaczynały chodzić 7 dnia po operacji, że, pomimo ropienia, zrost następuje doskonały. Nawet po rozstąpieniu się spojenia (CHROBAK) po zdjęciu szwów, chód chorej nie przedstawiał nic do życzenia.

O wynikach symfizeotomii najlepiej mówi statystyka, której szczegółowo nie podając, ograniczę się na przedstawieniu odsetki śmiertelności matek i dzieci, bez względu na warunki i wskazania do operacji.

MORISANI (38) dzieli wszystkie przez siebie zebrane przypadki cięcia łonowego na 3 okresy.

Pierwszy obejmuje czas od operacji SIGEAULT'a (1777 r.) do roku 1858; tu należy 80 przypadków ze śmiertelnością dla matek 31,25%, dla dzieci zaś 51,85%, ze zmarłymi jednak wkrótce po porodzie 67,90%.

Drugi okres od r. 1858 do 1881 zawiera 50 przypadków, śmiertelność matek 18%, dzieci także 18%.

Trzeci zaś okres od roku 1881 do 1886 obejmuje 18 przypadków, śmiertelność matek 38,88%, dzieci 27,77%.

Dalsza statystyka SPINELLI'ego (39) obejmuje 24 przypadki, śmiertelność matek 0, dziecko zaś zmarło jedno w 12 godzin po urodzeniu.

Na ostatnim zjeździe ginekologów w Wrocławiu D-r NEUGEBAUER przedstawił statystykę, obejmującą 196 przypadków symfizeotomii od r. 1823 do 1893, z tej liczby kobiet zmarło 23, z nich 4 niezależnie od operacji.

Wskazania do cięcia łonowego w zarysie ogólnym określa sam cel operacji; co się zaś tyczy szczegółów, to te są dotąd nie ustalone.

Jako przeciwwskazania powszechnie są uważane następujące:

a) Zrośnięcie stawów krzyżowo-biodrowych. b) Rak szyi macicznej. c) Guzy miednicy ¹⁾. d) Miednica lejkowato zwężona. e) Miednica NÆGELE'go. f) Nadmierna wielkość głowy dziecka i skostnienie szwów. g) Miednica niesymetrycznie zwężona. h) Zwężenie miednicy najwyższego stopnia, nie pozwalające na przejście płodu, pomimo powiększenia wymiarów miednicy po dokonanej operacji.

Jako najniższą granicę włosi uważają miednicę przy *conjugata vera* 6,7 do 6,5 ctm.; przy większych zwężeniach MORISANI robi cięcie cesarskie, a NOVI robi cięcie łonowe w połączeniu z embryotomią, lub też z przedwczesnym porodem, przy odpowiednich naturalnie warunkach. SCHAUTA nie radzi przystępować do tej operacji poniżej sprężnej 7 ctm., LEOPOLD zaś jako najniższą granicę uważa miednicę o sprężnej 8 ctm.

Z tego krótkiego rysu historii cięcia łonowego widzimy, że operacja ta obecnie po raz drugi przechodzi fazę pewnego zachwiania jej stanowiska w po-

¹⁾ Znany jest jeden przypadek cięcia łonowego podczas porodu przy guzie, wychodzącym z okostnej kości łonowej. Przypadek opowiedziany w Towarzystwie ginekologicznem francuskim w kwietniu r. z. przez MAYGRIER'a (40). Po dokonanej symfizeotomii zmuszony był zrobić bazyotripsję, przyczem otrzymał pęknięcie pochwy. 12-go dnia zjawiała się *phlegmasia alba dolens*, co jednak prędko przeszło. Na 21 dzień po operacji, podczas uniesienia chorej do opatrunku, nagle wystąpiła ogromna sinica i duszność, a w 10 minut śmierć. Sekcja wykazała zator tętnicy płucnej.

łożnictwie. Lecz jak zawsze, badania obaliły teoretyczne zarzuty BAUDELOCQUE'a i cięcie łonowe zdołały wynieść na światło dzienne; miejmy więc nadzieję, że następne doświadczenia ustalą ściślejsze wskazania, jak również technikę samej operacji, a cięcie łonowe wówczas odda swoje usługi ludzkości. W klinikach lub też w odpowiednio urządzonych szpitalach cięcie łonowe daje bardzo dobre wyniki. Czy jednak w praktyce prowincjonalnej możemy operację tę stosować w chacie włościańskiej? Każdy na to odpowie — nigdy ²⁾!

L I T E R A T U R A.

1) NEUGEBAUER, powołując się na KRASSOWSKIEGO i RUBEŠKĘ (Časopis lek. Českých Nr 1, 1893 r.) i nie cytując źródła, utrzymuje, że operacya ta była wykonana w Warszawie, czego w innych dostępnych mi dziełach sprawdzić nie mogłem; nigdzie nie znalazłem wzmianki o miejscu wykonania tej operacji. 2) Akuszeria, T. II, str. 379, wydana nakładem Gazety Lekarskiej, przekład dzieła p. t. „Kurs praktycznego akuszerstwa, akademika Krassowskiego. St. Petersburg 1879 r. 3) CHARPENTIER „De la symphyseotomie“, Nouv. arch. d'obstetrique et de gynéc. 1892. Mai et Juin. Refer. Centrbl. f. Gynaekologie Nr. 2—1893. 4) Cyt. NEUGEBAUERA. 5), 6), 7), 8) CHARPENTIER l. c. 9) JAKÓB DE MICHELIS „Nauka położnictwa“ w Wilnie 1819. T. II. str. 211. 10) NEUGEBAUER l. c. 11) EL. v. SIEBOLD „Abbildungen aus dem Gesamtgebiete der theor-pract. Geburtshilfe Berlin. 1835. str. 379. 12), 13) NEUGEBAUER. 14) Posiedzenie Tow. Gin. w New-Yorku dnia 4 Październ. 1892 r. Ref. w Centrbl. f. Gyn. Nr. 14. 1893 r. 15) „De la symphyséotomie“. Ann. de gynéc. 1892. Février. Paris. 16) Centrbl. f. G. 92—3. 17) Centrbl. f. Gyn. 1892 r. N. 31. 18) Centr. f. Gyn. Nr. 30, 1892 r. 19) Centrbl. f. Gyn. N. 30 1892 r. 20) Centr. f. Gyn. 1892 r. N. 44. 21) Centr. f. Gyn. 1892 N. 40. 22) Časopis lékařu Českých, N. 1—3 1893 r. 23) „Zwei Symphyseotomien“ v. A. Törngren in Helsingfors. Centr. f. Gyn. Nr. 49 1892 r. 24) Centr. f. Gynaek. N. 5, 1893 r. 25) vide 18. 26) vide 20. 27) Dyskusya nad odczytem ZWEIFEL'a o symfizeotomi na zjeździe ginekologów niemieckich we Wrocławiu. Centr. f. Gyn. N. 8, 1893 r. str. 523. 28) Abeille med. 1892. Septembre. 29a) Annales de Gyn. 1893, Avril. 29) Przegląd Lekarski. N. 34—38, 1893 r. 30) Centr. f. Gyn. N. 22—23. 1893 r. 31) Annales de Gyn. Avril. 1893. 32) NEUGEBAUER. 33). 34) CHARPENTIER „De la symphyséotomie“. Extrait du Bulletin de l'Académie de Médecine, Séances du 15, 22 Mars 1892. 35) Annales de Gynec. 1893. Avril. 36) Časopis lek. Česk. RUBEŠKA N. 3. 1893 r. 37) Odczyt na Zjeździe Ginek. we Wrocławiu: „Experim. anatom. Unters. über die Symph. Centr. f. Gyn. N. 22. 1893. 38) NEUGEBAUER. 39) Annales de Gyn. 1892. Janv. Ref. Centr. f. Gyn. N. 2. 1893. 40) Posiedzenie w „Société obstétricale de France“ 5—7 kwietnia 1893 r. Annales de Gynéc. Avril 1893 r.

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.)

(Dokończenie.—Zob. Nr. 8).

Interesującym jest dla nas zestawienie bezwzględnej wagi i bezwzględnej długości ciała dzieci klas biednych w Warszawie — z temiż pomiarami dzieci klas biednych w innych miastach zagranicznych.

²⁾ Pierwszy przypadek cięcia łonowego opisał D-r HARAJEWICZ w „Przegl. Lek.“ Nr. 20 i 21 z 1893 r. Drugi przypadek, operowany przez prof. MADUROWICZA w jego klinice, opisał D-r CERCHA w tymże „Przegl. Lek.“ z r. z. Nr. 34—38. (Przyp. Red.).

Szczegółowe w tym kierunku badania były przedsiębiorane w Sztokolmie, Bostonie, Turynie i Londynie. Korzystając z nich, zestawiam tu odpowiednie tablice cyfrowe i krzywe tak dla chłopców, jak i dla dziewcząt. Ponieważ materyał nasz odnosi się tylko do dzieci w wieku od 8—15 lat włącznie, przeto i z zagranicznych danych przytaczam tu tylko cyfry, do tego okresu wieku się odnoszące.

Ilość zbadanych dzieci od 8—15 roku życia wynosi:

w Warszawie	chłopców	1540	i dziewcząt	1898;
„ Sztokolmie (A. KEY)	„	1867	„	2026;
„ Bostonie (BOWDITCH)	„	7651	„	6072;
„ Turynie (PAGLIANI)	„	390	„	428;
„ Londynie (ROBERTS)	„	9056	„	—

Pomiary wagi i długości w Londynie podane są w funtach i calach angielskich, — inne w kilogramach i centymetrach.

TABLICA XIII.

Chłopcy klas biednych. Średnia długość ciała i przybytek roczny długości.

Średnia długość.										Przybytek roczny długości.					
Wiek.		Warszawa.		Sztokolm. (Axel-Key).		Boston (Am.). (Bowditch).		Turyn. (Pagliani).		Anglia. (Roberts).		Wiek.		Warszawa.	
Okres wieku.	Rok życia.	Ilość badanych.	Długość w cent.	Ilość badanych.	Długość w centm.	Ilość badanych.	Długość w centm.	Ilość badanych.	Długość w centm.	Ilość badanych.	Długość w calach ang.	Okres wieku.	Rok życia.	Centymetry.	Centymetry.
7—8	8	75	116,4	175	117	1133	116,0	—	—	781	45,01	7—8	8	+	0,9
8—9	9	218	117,3	197	122	1161	121,2	36	115,0	1036	46,99	8—9	9	+	4,3
9—10	10	255	121,6	316	125	1097	126,4	27	120,0	1182	49,22	9—10	10	+	5,1
10—11	11	303	126,7	353	129	1023	131,0	44	125,6	1119	50,52	10—11	11	+	4,2
11—12	12	267	130,9	357	134	956	135,1	75	128,5	1080	51,52	11—12	12	+	4,9
12—13	13	260	135,8	276	137	899	139,4	75	132,0	620	52,99	12—13	13	+	2,7
13—14	14	93	138,5	151	142	800	144,5	80	138,6	991	55,93	13—14	14	+	11,5
14—15	15	69	150,0	42	144	582	150,7	53	140,0	2247	57,76	14—15	15	—	—
Ogólna ilość badanych		1540		1867		7651		590		9056					

TABLICA XIV.

Chłopcy klas biednych. Średnia waga i przybytek roczny wagi.

Średnia waga.							Przybytek roczny wagi.						
Wiek.		Waga w kilogramach.				Waga w funt. ang.	Wiek.		Przybytek roczny w kilogramach.				Waga w funt. ang.
Okres wieku.	Rok życia.	Warszawa.	Sztokolm. (Axel-Key).	Boston (Am.) (Bowditch).	Turyn. (Pagliani).		Okres wieku.	Rok życia.	Warszawa.	Sztokolm.	Boston.	Turyn.	
7 — 8	8	22,4	22,5	22,19	—	56,89	7 — 8	8	0,2	+3,3	2,15	—	2,12
8 — 9	9	22,6	25,8	24,34	20,5	59,00	8 — 9	9	1,2	+0,5	2,52	1,3	3,50
9 — 10	10	23,8	26,3	26,86	21,8	62,56	9 — 10	10	2,2	+2,4	2,72	2,6	3,70
10 — 11	11	26,0	28,7	29,58	24,4	66,31	10 — 11	11	2,3	+4,9	2,02	1,6	3,11
11 — 12	12	28,3	33,6	31,60	26,0	69,46	11 — 12	12	2,7	+0,6	2,82	2,0	4,25
12 — 13	13	31,0	33,0	34,42	28,0	73,68	12 — 13	13	1,0	+3,0	3,41	3,5	4,55
13 — 14	14	32,0	36,0	37,83	31,5	78,27	13 — 14	14	4,6	—	4,66	0,8	6,39
14 — 15	15	36,6	37,0	42,49	32,3	84,61	14 — 15	15	—	—	5,08	7,2	12,18

UWAGA. Ilości osobników badanych są te same co na tablicy XIII.

T A B L I C A X V.

Dziewczęta klas biednych. Średnia długość ciała i przybytek roczny długości.

Średnia długość										Przybytek roczny długości.					
Wiek		Warszawa		Sztokolm		Boston		Turyn		Wiek					
Okres wieku	Rok życia	Ilość bada- nych	Wzrost w centym.	Ilość bada- nych	Wzrost w centym.	Ilość bada- nych	Wzrost w centym.	Ilość bada- nych	Wzrost w centym.	Okres wieku	Rok życia	Warszawa	Sztokolm	Boston	Turyn
7—8	8	97	110,8	151	117	921	115,4	—	—	7—8	8	5,8	4	5,2	—
8—9	9	252	116,6	181	121	982	120,6	80	111,8	8—9	9	3,6	4	4,6	6,2
9—10	10	328	120,2	261	125	913	125,2	78	118,0	9—10	10	5,0	5	5,1	6,2
10—11	11	377	125,2	342	130	854	130,3	77	124,2	10—11	11	5,0	4	5,4	5,8
11—12	12	329	130,2	346	134	719	135,7	61	130,0	11—12	12	4,9	6	5,8	5,2
12—13	13	319	135,1	363	140	671	141,5	80	135,2	12—13	13	8,0	6	5,9	3,3
13—14	14	125	138,4	234	146	593	147,4	36	138,5	13—14	14	5,6	5	4,7	6,0
14—15	15	71	144,0	148	151	419	152,1	16	144,5	14—15	15	—	3	2,9	0,5
Ogólna ilość badanych		1898		2026		6072		428							

T A B L I C A X V I.

Dziewczęta klas biednych. Średnia waga i przybytek roczny wagi.

Średnia waga w kilog.						Przybytek roczny wagi			
Wiek		Warszawa	Sztokholm	Boston	Turyn	Warszawa	Sztokholm	Boston	Turyn
Okres wieku	Rok życia								
7—8	8	18,9	22,2	21,39	—	2,1	1,0	2,11	—
8—9	9	21,0	23,2	23,50	18,5	1,3	2,3	2,24	2,4
9—10	10	22,3	25,5	25,74	20,9	2,4	2,5	2,37	2,5
10—11	11	24,7	28,0	28,11	23,4	2,2	2,5	2,74	2,6
11—12	12	26,9	30,5	30,85	26,0	3,7	3,4	4,31	2,5
12—13	13	30,6	33,9	35,16	28,5	1,6	3,8	4,50	2,9
13—14	14	32,2	37,7	39,66*)	31,4	5,9	3,6	4,76	1,5
14—15	15	38,1	41,3	44,42	32,9	—	4,7	3,26	4,0

*) Według poprawki AXEL'a KEY'a.

UWAGA. Ilości osobników badanych są te same, co na tablicy XV.

Ostatnie cztery tablice cyfrowe skupiamy w jedną tablicę graficzną, na której łatwo spostrzedz wzajemne różnice. (*Patrz Tabl. XVII, str. 176*).

Rozpatrując powyższe tablice, dochodzimy do następujących wniosków:

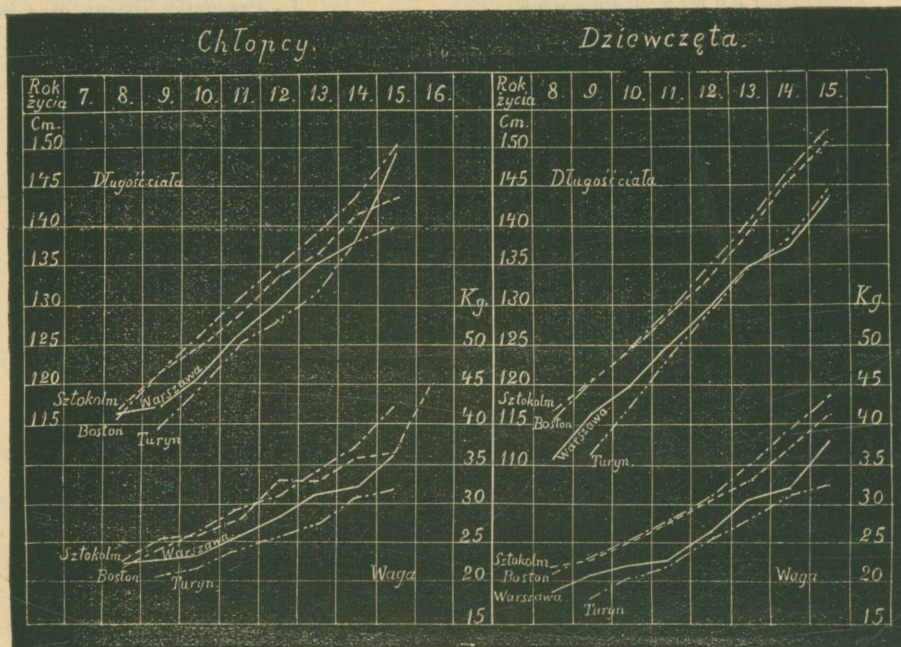
a) Bezwzględna długość ciała i bezwzględna waga chłopców klas biednych w Warszawie jest niższa od bezwzględnej długości i wagi chłopców klas biednych amerykańskich w Bostonie i szwedzkich w Sztokholmie, — wyższa zaś od włoskich w Turynie. Dopiero między 14—15 rokiem chłopcy biedni u nas przewyższają wzrostem chłopców szwedzkich i osiągają amerykańskich—przy wadze mniejszej.

U dziewcząt widzimy co innego. Te u nas, do 15 roku życia, i pod względem bezwzględnej wagi i długości ciała stoją niżej od szwedzkich i amerykańskich, a nawet pod względem wzrostu w 14 roku życia są prześcignięte przez włoskie.

b) Ważniejszym jest oznaczenie średniego przyrostu wagi i długości ciała w badanym przez nas okresie czasu, to jest od 8—14 roku życia, u dzieci

TABLICA XVII.

Długość ciała i waga dzieci klas biednych w różnych krajach.



biednych u nas i za granicą. Z cyfr, wykazujących roczne przyrosty, a podanych na poprzednich tablicach, łatwo się przekonać, iż średnio biorąc, w całym okresie wieku od 8—14 lat życia, przyrost na wadze przecięciowy u dzieci klas biednych wynosi rocznie:

w Warszawie u chłopców 2,0 klg., u dziewcząt 2,7 klg.
 „ Sztokolmie „ „ 2,0 „ „ 2,7 „
 „ Bostonie „ „ 2,9 „ „ 3,2 „
 „ Turynie „ „ 1,9 „ „ 2,3 „
 „ Anglii „ „ 3,9 funtów angielskich. —

Przybytek długości ciała w tymże okresie wynosi przecięciowo rocznie:

w Warszawie u chłopców 3,6 centm., u dziewcząt 5,4 centm.
 „ Sztokolmie „ „ 4,1 „ „ 4,8 „
 „ Bostonie „ „ 4,7 „ „ 5,2 „
 „ Turynie „ „ 4,7 „ „ 5,4 „
 „ Anglii „ „ 1,9 cali angielskich. —

Nie wyprowadzając zbyt daleko sięgających wniosków, na podstawie powyższych danych możemy twierdzić, że dzieci klas biednych w Warszawie, ogólnie biorąc, nie wiele ustępują pod względem rozwoju fizycznego dzieciom proletariatu w Sztokolmie, są lepiej rozwinięte od włoskich w Turynie, a ustępują znacznie amerykańskiemu i angielskiemu. Stosuje się to tak do chłopców, jak i do dziewcząt, z małymi wyjątkami.

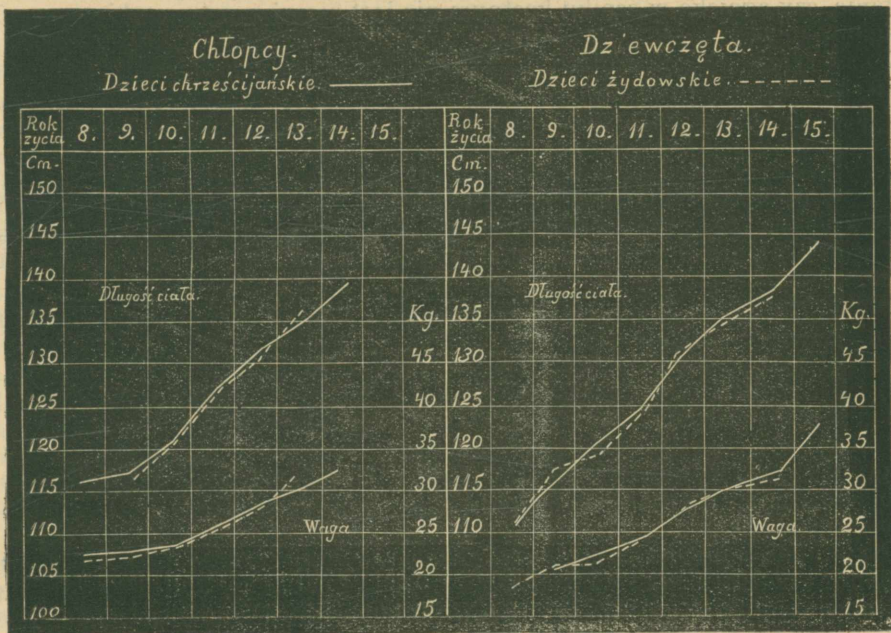
Wreszcie, z rozporządzanego przez nas materiału ułożyłem dwie tablice: cyfrową i graficzną, które malują różnicę w wadze i długości ciała dzieci klas biednych — chrześcijańskich i żydowskich w Warszawie.

TABLICA XVIII.

W a r s z a w a. Zestawienie średniej długości i wagi dzieci klas biednych: chrześcijańskich i żydowskich.

C h ł o p c y								D z i e w c z ę t a							
Wiek		Ilość ba- danych		Długość w cent.		Waga w kgr.		Wiek		Ilość ba- danych		Długość w cent.		Waga w kgr.	
Okres wieku	Rok życia	Chrześc.	Żydów.	Chrześc.	Żydów.	Chrześc.	Żydów.	Okres wieku	Rok życia	Chrześc.	Żydów.	Chrześc.	Żydów.	Chrześc.	Żydów.
7—8	8	39	36	116,5	—	22,7	21,6	7—8	8	40	57	110,7	110,9	—	18,8
8—9	9	160	58	117,5	116,5	22,8	21,9	8—9	9	150	102	115,8	117,7	20,8	21,4
9—10	10	180	75	121,2	121,1	23,8	23,6	9—10	10	208	120	120,7	119,1	22,6	21,4
10—11	11	201	102	127,0	126,9	26,0	25,6	10—11	11	258	119	125,2	125,0	24,7	24,6
11—12	12	154	112	131,3	130,5	28,4	28,2	11—12	12	239	89	130,2	130,4	27,2	27,9
12—13	13	151	110	135,2	136,7	30,6	31,5	12—13	13	233	87	135,5	134,8	30,6	30,4
13—14	14	52	40	139,6	—	32,7	—	13—14	14	77	47	138,6	137,8	32,4	31,9
14—15	15	36	34	—	—	—	—	14—15	15	40	32	144,0	—	38,1	—
Ogólna ilość badanych		973	567	= 1540				Ogólna ilość badanych		1245	653	= 1898			

Zamieniając cyfry te na linie krzywe, otrzymamy następującą tablicę XIX
TABLICA XIX.



Przy rozpatrywaniu tej tablicy, jako też tablicy cyfrowej, która służyła do jej wykreślenia, widzimy, że przeciętne, prawie we wszystkich latach badanego przez nas okresu, są nader do siebie zbliżone; różnice wypadają zaledwie w ułamkach i nigdzie nie stanowią całej jednostki pomiarowej. Przewaga ogólna tak wzrostu, jak i wagi absolutnej, jest po stronie dzieci chrześcijańskich, z nader małymi wyjątkami.

Kończąc moją pracę, czuję się w obowiązku podziękowania kol. STANISŁAWOWI MARKIEWICZOWI, przewodniczącemu w Komitecie Kolonii letnich i inicjatorowi ich w Warszawie, za chętne dostarczenie mi materiału, nagromadzonego w biurze kolonii i służącego mi za podstawę do niniejszych poszukiwań.

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. 8).

5) Stosunek ropnico-posocznicy do ropnego zapalenia szpiku kostnego nie jest dotąd w zupełności wyjaśniony. Szkoła niemiecka, mając na względzie ciężki zakaźny charakter i przebieg zapalenia szpiku kostnego, identyfikuje obie to choroby, tak z punktu widzenia patogenetyzacji jak i obrazu klinicznego.

We Francji przyjmują identyczność pod względem patogenetyzacji, lecz nie pod względem klinicznym, tak, że zapalenie szpiku kostnego uważają za odrębną postać chorobową. Utrzymują jednak powszechnie, że punktem wyjścia ropnico-posocznicy może być zapalenie szpiku kostnego.

Niekiedy jednak ogólne zakażenie ustroju następuje tak szybko, że słusznie rodzi się pytanie, czy ognisko w szpiku kostnym nie jest raczej prostym objawem ropnico-posocznicy ogólnej.

Co się tyczy drobnoustrojów, spotykanych przy zapaleniu szpiku kostnego, to są nimi zwykle drobnoustroje ropotwórcze: paciorkowce i gronkowce.

Pod względem klinicznym główną na się uwagę zwraca ciężki stan ogólny chorych na zapalenie szpiku kostnego. Chory robi wrażenie ciężko tyfusowego: język jest suchy, pokryty czarnym nalotem (*fuligo*), *sensorium* zajęte, ciepłota ciała bardzo wysoka. Często chory od razu zwraca uwagę lekarza na okolice zajęte przez sprawę zapalną w kości. Lecz nie zawsze to ma miejsce; objawy miejscowo często nikną zupełnie wobec objawów ogólnych, chory znajduje się w stanie prawdziwym tyfoidalnym.

Niekiedy ognisko kostne małego znaczenia zostaje wykryte dopiero, gdy już zakażenie stało się ogólnem. W tego rodzaju przypadkach często popełnia się błędy rozpoznawcze; rozpoznaje się dur brzuszny, zapalenie żył i t. p.

6) Przez długi czas prócz gośńca stawowego ostrego i przewlekłego nie zwracano uwagi na inne cierpienia stawowe. Dopiero w połowie tego wieku ropno zapalenia stawów zaczęły na się zwracać uwagę. Szczególnie w r. 1883 BOURCY uczeń BOUCHARD'a opisał cierpienie stawowe, odróżniające się od prawdziwego gośńca i będące objawem miejscowym ogólnego zakażenia, które nazwał gośńcem rzekomym (*pseudo-rheumatisme*).

Przy ropnico-posocznicach „lekarskich“ spotykamy przypadłości stawowe w postaci ropnego zapalenia stawów od samego początku, ostrego wielostawowego gośńca, surowiczego zapalenia (*hydrarthrose*) i na koniec w postaci bólów stawowych (*forme arthralgique*).

Jeszcze LASEGUE opisał ropne zapalenie stawów, spostrzegane w oddziałach chirurgicznych w następstwie ciężkich zakażeń ropnych. Autor ten przypuszcza, że i łagodniejsze postaci ropnicy „lekarskiej“ mogą spowodować ropno zapalenie stawów. Sądzi on, że i mały zastrzał, zapalenie migdałów, pochwy, zapalenie macicy połogowe i niepołogowe, ropny wypływ z cewki może być punktem wyjścia zapalenia stawów. I w rzeczy samej MAROTTE spostrzegał ropne zapalenie stawów w następstwie zapalenia gardzieli, GAUCHER w klinice POTAIN'a w następstwie zakaźnego zapalenia jamy noso-gardzielowej, RAYMOND i NETTER w następstwie zapalenia ucha. Widziano też ropne zapalenie stawów w następstwie róży.

Często dołączają się do zapaleń stawów, towarzyszących ropnico-posocznicy, i inne przypadłości, jak: nieżyłowe zapalenie oskrzeli, płuc, zapalenie wsierdza i opłucnej.

W tem miejscu autor porusza ważną sprawę zakaźnego pochodzenia zwykłego, ostrego gośńca stawowego.

Wielu autorów przypuszcza dziś przyrodę pasorzytniczą i zakaźną ostrego gośca stawowego.

SAINT-GERMAIN w pracy swej, poświęconej patogenie ostrego gośca stawowego, opierając się na obecności w przebiegu tej choroby zapalenia nerek, wsierdza, osierdza, opłucnej, wysypek skórnych i t. p., uważa ją za chorobę zakaźną.

Niektórzy autorzy zaszli jeszcze dalej; sądzą oni, że gościec stawowy nie jest niczem innem, jak ropnicą i zostaje wywołany przez ropne drobnoustroje, a szczególnie przez gronkowce. Prof. SÉE pierwszy stworzył tę hipotezę, podtrzymaną w ostatnich czasach przez TRIBOULET'a. Lecz badania bakteriologiczne, przeprowadzone przez SAINT-GERMAIN'a w znacznej ilości przypadków ostrego gośca stawowego, nie wykazały obecności zwykłych drobnoustrojów ropotwórczych.

Dotąd więc, klinicznie przynajmniej, odróżnić należy rzekomy gościec zakaźny, będący następstwem posocznicy, od ostrego gośca stawowego, którego patogenieza nie jest dotąd wyjaśniona.

7) Narząd nerwowy nie zostaje też zaoszczędzony przy ropnico-posocznicy. Zapalenie opon mózgowych przy ropnico-posocznicy, wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, jest daleko radsze, aniżeli zapalenie opon gruźlicze. Znanych jest jednak kilka przypadków, jak KRAUSE'go, gdzie zapalenie opon przy ropnico-posocznicy istniało współcześnie z zapaleniem stawów, FRAENKEL'a przy zakażeniu pologowem, NETTER'a przy zapaleniu płuc, w którym wytworzył się ropień i t. p.

Ostre rozsiane zapalenie nerwów (*polynévrite*) z towarzyszącymi temu cierpieniu bólami, a następnie porażeniami, było spostrzegano przy zakażeniach ogólnych ropnico-posocznicy. GRASSET widział je przy róży.

Zakażenia krwi w ogół, a ropnico-posocznice w szczególności, mogą spowodować i inne ważne zmiany ze strony narządu nerwowego, jak *sclérose en plaque*, zaniki mięśniowe i t. p.

I narządy zmysłowe, a szczególnie słuchowy i wzrokowy, mogą brać udział w sprawie ropnico-posocznicy. Co się tyczy uszu, to wiemy, że ich zapalenie jest często punktem wyjścia ogólnego zakażenia. W niektórych jednak przypadkach następuje ono tak szybko, jak to miało miejsce w przypadku LEGENDRE'a i BEAUSSENAT'a¹⁾, że mimowoli rodzi się pytanie, czy zapalenie ucha nie jest pierwszym objawem zakażenia ogólnego.

Przypadłości ze strony oczu spostrzegano były przy ropnico-posocznicy. LITTEN szczególnie zwrócił na nie uwagę przy posocznicy pologowej w połączeniu ze złośliwym zapaleniem wsierdza. Autor ten zebrał 35 przypadków, w których ropnico-posocznicy towarzyszyły przypadłości ze strony oczu; z tych 23 razy były one zależne od stanu pologowego, 10 razy źródło ropnico-posocznicy mogło być wykryte, w dwóch przypadkach pozostało ono nieznanem; były to przypadki prawdziwej ropnico-posocznicy „lekarskiej“. W jednym przypadku ropnico-posocznicy pologowej, spostrzeganym przez autora, znaleziono ropne zapalenie ciała szklistego, a w ropie stropotokoki.

8) Przy ropnico-posocznicy „lekarskiej“ niekiedy przeważnie zajęto są gruczoły chłonne. HODGKIN, JACCOUD, CROCQ widzieli tego rodzaju przypadki. MAJOCCHI i PICCINI, CADARELI, HEWELKE, ROUX i LANNOIS, CLAUS i inni stwierdzili obecność gronkowców i paciorkowców w soku wyciśniętym z gruczołów chłonnych i we krwi. Lecz podług poszukiwań CLAUS'a, ASKENASE'go i innych, lasecznik gruźliczy może współcześnie się znajdować z pasorzytami ropotwórczymi.

Co się tyczy punktu wyjścia cierpienia i drogi, jaką się dostają drobnoustroje ropotwórcze do gruczołów, to zdaje się, że najczęściej zapalenia gardzieli, błony śluzowej nosa lub jamy ustnej są ich źródłem. I w rzeczy samej, często cierpienie gruczołów zaczyna się od szyi i następnie drogą naczyń chłonnych się uogólnia.

Klinicznie choroba objawia się stopniowem obrzmieniem gruczołów, które się rozszerza na większą część gruczołów, jako też na narządy, których znaczenie fizjologiczne jest takie same jak gruczołów. Współcześnie ilość białych ciałek we krwi jest powiększona.

¹⁾ Analogiczny, a bardzo interesujący w tym względzie przypadek, który następnie widzieli w Warszawie MODRZEJEWSKI i DUNIN, miałem sposobność wraz z innymi kolegami spostrzegać w początku roku zeszłego podczas panowania influenzy. U panny 18 letniej wśród najlepszego zdrowia w ciągu jednej doby rozwinęło się ostre ropne zapalenie ucha średniego z obu stron z przedziurawieniem błon bębenkowych. Pomimo zupełnie swobodnego odpływu ropy, co stwierdził MODRZEJEWSKI, u chorej w ciągu 2 tygodni codziennie powtarzały się dreszcze z następną gorączką, dochodzącą do 40° i wyżej, bóle głowy, nudności, wymioty, ogólna prostraca; chora wyzdrowiała.

9) Przy wszystkich postaciach ropnico-posocznicy spostrzega się zmiany w skórze w postaci rumienia (*erythema*) wielopostaciowego. W klinice prof. SPILMAN'a spostrzegał autor przypadek ropnico-posocznicy połogowej, gdzie obok zapalenia wsierdza, opłucnej, płuc i stawów, istniała wysypka wielopostaciowa. VERNEUIL już dawno spostrzegał ją przy posocznicy chirurgicznej. Lecz, co ważniejsza, to obecność wysypki skórnej wielopostaciowej przy ropnico-posocznicach „lekarskich” pierwotnych ostrych. Znanych jest kilka przypadków rumienia wielopostaciowego w przebiegu zapalenia gardzieli paciorkowcowego. Nakoniec rumień wielopostaciowy spostrzegano przy ropnico-posocznicy wtórnej.

Niekiedy jednak rumień wielopostaciowy stanowi cierpienie pierwotne. Niektórzy uważają go za odrębną swoistą chorobę zakaźną, podobnie jak odrę, płonicę, ospę. Pogląd ten nie ma wielu zwolenników. I w rzeczy samej, liczne drobnoustroje są zdaje się zdolne sprowadzić rumień wielopostaciowy.

Pod względem klinicznym rumień wielopostaciowy pierwotny, zakaźny może się przedstawić jako *erythema simplex*, *nodosum*, *papulosum*, *vesiculosum*. Przebieg jego jest ciężki; często współcześnie występują: ropne zapalenie stawów, zapalenie gardzieli, oskrzeli, białkomocz. Innym razem przebieg jest łagodny.

Obok rumienia wielopostaciowego postawić należy plamicę krwotoczną w przebiegu ropnico-posocznicy pierwotnych.

Znanych jest kilka przypadków plamicy w następstwie chorób zakaźnych, z początku umiejscowionych, jak: zapalenia gardzieli, migdałów, następnie uogólnionych, z zajęciem stawów; są to prawdziwe ropnico-posocznice „lekarskie”. BOECK podaje przypadek zakażenia, w którym plamica współcześnie z zapaleniem stawów wystąpiła w miesiącu po zapaleniu gardzieli, przy czym w czasie między obu temi cierpieniami chory znajdował się w stanie głębokiej prostracyi.

ROHNER ogłosił przypadek plamicy, którego punktem wyjścia było zapalenie gardzieli gronkowcowo. Analogiczne przypadki spostrzegali RAOULT, MAROT. Autor w klinice prof. BERNHEIM'a spostrzegał przypadek plamicy krwotocznej z wylewami krwi podskórnymi w przebiegu ropnico-posocznicy, wywołanej przez *bacterium coli commune*. NEUMAN z Berlina spostrzegał 2 przypadki plamicy zależnej od laseczniaka ropy niebieskiej.

Plamica przeto zakaźna może być wywołana przez wszystkie zwykłe drobnoustroje ropotwórcze; może się objawić we wszystkich postaciach ropnico-posocznicy „lekarskich” tak pierwotnych jak i wtórnych.

Sposób powstania plamicy jest dwojaki: albo wylewy krwi zostają spowodowane przez nagromadzenie w samych naczyniach, których ściany zostają zmienione, licznych drobnoustrojów, a to na drodze mechanicznej (*thrombose microbienne*) rozszerzają naczynia i je rozrywają; albo też toksyny, wytwarzane przez drobnoustroje, zmieniają ściany naczyń i powodują wylewy krwi; w tego rodzaju przypadkach nie znajdujemy ani w naczyniach, ani naokoło nich żadnych drobnoustrojów. Doświadczenia CHARLIN'a, który, zastrzykując już to hodowle laseczniaka niebieskiej ropy, już to ich toksyny, otrzymywał wylewy krwi pod skórę i w różne tkanki, są pod tym względem bardzo przekonywające.

Klinicznie plamica krwotoczna może się przedstawiać w 4 postaciach: tyfoidalnej, piorunującej, gościcowej i jako choroba WERLHOF'a.

Jeszcze pod jedną postacią, z przeważnym zajęciem skóry, objawia się ropnico-posocznica, a mianowicie pod postacią pęcherzykową i pęcherzową (*bulleuse*).

Oprócz skóry, i tkanka łączna podskórna bywa zajęta i to pierwotnie przy ropnico-posocznicy. Występują wówczas bez wiadomej przyczyny liczne ropnie (*abscesses multiples*).

II. Ropnico-posocznice wtórne są daleko częstsze, aniżeli pierwotne; przyczyną tego jest, że pewne choroby zakaźne otwierają dla nich wrota, jak zapalenie gardzieli płonicowe, niezbyt oskrzeli odrowy, zmiany w skórze przy ospie i t. d.

Choroby zakaźne, przy których występują ropnico posocznice wtórne, są następujące:

Płonica jest częstym źródłem ropnico-posocznicy wtórnej, która się objawia jako zakażenie uogólnione (*pyohemie generalisée*) lub jako zakażenie umiejscowione (*pyohemie localisée*).

Punktem wyjścia ropnicy przy płonicy są w ogóle migdały, a z grzybków dotychczas najczęściej znajdowano paciorkowca, zupełnie identycznego z paciorkowcem ropotwórczym i wywołującym różę.

Co się tyczy postaci klinicznych, to zakażenia ogólne posocznicowe są rzadkie w przebiegu płonicy. Częściej daleko spotykamy zakażenie z przeważnym zajęciem jakiegoś narządu, a szczególnie:

I błon surowiczych: a) stawów, w postaci bólów stawowych, zapalenia surowiczego wielostawowego, wodnej puchliny stawów (*hydrarthrose*) i zapalenia ropnego b) opon mózgo-rdzeniowych w postaci ropnego zapalenia;

II nerek w postaci zapalenia wywołanego przez drobnoustroje ropotwórcze;

III skóry w postaci rumienia, plamicy, licznych ropni.

Ospa nierzadko sprowadza wtórne zakażenia w okresie ropienia lub zasychania. Punktem wyjścia tychże jest prawie zawsze skóra, a grzybkiem chorobotwórczym gronkowiec, znajdujący się w ropie pęcherzyków i sprowadzający ropnie skórne i ropne zapalenie tkanki łącznej podskórnej. I przy ospie zakażenie może być uogólnione lub umiejscowione w jakimś narządzie. Zakażenie ogólne najczęściej występuje pod postacią posocznicy.

Zakażenie umiejscowione spotykamy:

I w błonach surowiczych w postaci rzekomego gośśca, który może przejść w ropienie. Niektórzy spostrzegali zapalenie osierdzia w przebiegu ospy;

II w trzewach w postaci zapalenia wsierdzia, tętnicy głównej, mięśnia sercowego, zapalenia nieżytego płuc jako też ropnego zapalenia szpiku kostnego;

III w skórze w postaci rumienia pęcherzowego, ropni, zapalenia tkanki łącznej podskórnej i podpowięziowej.

Przypadki plamicy wtórnej nie były spostrzegane. Wyjątek pod tym względem stanowi przypadek spostrzegany w klinice prof. SPILMAN'a, w którym przy łagodnej ospie w okresie łuszczenia wystąpiła plamica, będąca objawem ogólnego zakażenia, jak o tem świadczyły oględziny pośmiertne i badanie bakteryologiczne, które wykazało w wątrobie, śledzionie i nerkach liczne paciorkowce.

Przy ospie wietrznej w postaci zgorzelinowej widziano posocnicę lub też wtórne zakażenia w postaci zapalenia opłucnej, surowiczego lub ropnego zapalenia stawów, nieżytego zapalenia płuc, zapalenia nerek.

Przy mumpsie występują niekiedy przypadłości, jak: ropne zapalenie jąder, gruczolu przysadkowego i t. p., których przyroda nie została dotąd odkryta; wszelako niekiedy sprawy ropne w przebiegu tego cierpienia zdają się zależeć od wtórnego zakażenia. Świadczy o tem przypadek spostrzegany przez autora, w którym, w przebiegu mumpsu z zapaleniem jąder, wystąpiły objawy posocznicowe z zajęciem opon mózgowych, stawów, a w ropie znaleziono liczne paciorkowce.

Przy odrze ogólne zakażenia wtórne są bardzo rzadkie. Ich punktem wyjścia są prawdopodobnie płuca, jak to miało miejsce w przypadku PRADEL'a, podanym przez autora: u dziecka chorego na odrę drugiego dnia choroby rozwinęło się nieżytowe zapalenie oskrzeli i płuc. Po 3 dniach wystąpiły bóle w stawach, ciężki stan ogólny; następnie w ciągu 9 dni spostrzegano ropne zapalenie opłucnej, stawu barkowego, liczne ropnie w tkance łącznej podskórnej, zapalenie gruczolów limfatycznych. W ropie znaleziono gronkowce i paciorkowce.

Najczęściej znajdujemy przy odrze zakażenie wtórne w postaci nieżytego zapalenia oskrzeli i płuc. Zostaje ono wywołane przez grzybki, pochodzące z jamy ustnej i gardzielowej, działające na błonę śluzową oskrzeli i płuc, przygotowaną do przyjęcia zarazka przez nieżyt oskrzelowy, towarzyszący odrze. Współcześnie z nieżytem zapaleniem płuc, szczególnie w przypadkach szybko się śmiercią kończących i zależnych od streptokoków, obdarzonych znaczną siłą zakaźną, spostrzega się wtórne wysypki skórne.

Dur brzuszny bywa często powikłany ropnicą. Wśród spraw ropnych, wklajających dur, jedne zostają wywołane przez lasecznik durowy, inne przez swoisto drobnoustroje ropotwórcze; ostatnie stanowią prawdziwe zakażenie wtórne. Widziano pod wpływem laseczników durowych zapalenia okostnej, otrzewnej (FRAENKEL), ropne zapalenie jąder, zapalenie opon mózgowych, ropne zapalenie opłucnej i t. p. Autor w ostatnich czasach miał sposobność stwierdzić przy oględzinach pośmiertnych chorego, zmarłego na dur w klinice prof. BERNHEIM'a, 2 ropnie w śledzionie, których ropa zawierała czyste hodowle lasecznika EBERTI'a.

Najczęściej jednak zakażenia wtórne zostają wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze: gronkowce i paciorkowce, i objawiają się pod postacią ciężkiej posocznicy. Punktem wyjścia dla zakażeń wtórnych przy durze są szczeliny warg, afte na języku, owrzodzenia kiszek.

Nakoniec zakażenia wtórne przy durze bywają często wywołane przez *bacterium coli*, a punktem wyjścia są owrzodzenia kiszek i biegunka, która obudza siłę zakaźną tych grzybków. W przypadku spostrzeganym przez CHANTEMESS'a i VIDAL'a, 20 dnia choroby, kiedy się już rozpoczął okres wyzdrowienia, wystąpiły objawy ostrego zapalenia nerek i ropnego zapalenia otrzewnej, a w moczu znaleziono czyste hodowle *bacterii coli*.

Ropnico-posocznice w przebiegu duru mogą się objawić w 2 postaciach: ogólnej i umiejscowionej w jakimś narządzie. Pierwsza przedstawia się klinicznie jako posocznica, a wtedy rozpoznanie wcale nie jest łatwe, gdyż objawy jej niezem się nie różnią od durowych. Tylko badanie bakteriologiczne może niekiedy rozstrzygnąć wątpliwość.

Innym razem objawia się ono w postaci ropnicy, przyczem stopniowo powstają różne sprawy ropne w stawach, skórze, tkance łącznej podskórnej i w różnych narządach.

(D. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Lutego r. b.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 8).

4) Kol. MIKOŁAJ BRUNNER po wyjaśnieniu przyczyn, dla których głos zabiera w kwestyi dynamomachin, i po wyjaśnieniu ich znaczenia w zastosowaniu do celów ekarskich, nadmieniał, że już przed 20-tu laty przedstawił w naszym Towarzystwie maszynę dynamo-elektryczną SIEMENS'a i HALSKE'go, którą pierwszy w celach leczniczych zastosował, w miejsce znanych i po dziś dzień używanych przyrządów indukcyjnych. Od tego też czasu kol. B. nosił się z myślą zastosowania dynamomachin do otrzymania strumienia ciągłego w celu usunięcia z praktyki t. z. baterii galwanicznych, tyle niedogodności przedstawiających. Brak stacyi centralnej dla produkowania elektryczności, z której by lekarz w odpowiedni sposób mógł korzystać, skłonił kol. B. do zajęcia się dynamo-machinami. Dziś przedstawia otrzymany przez siebie wynik, który, o ile mu się zdaje, w zupełności czyni zadość potrzebom lekarzy. Następnie B. objaśnił, że wszelkie przyrządy, za pomocą których ruch t. j. pracę mechaniczną zamienić można w energię elektryczną, lub na odwrót, stanowią t. z. dynamo-machiny lub elektro-motory. Podstawą dla budowy obu rodzajów tych maszyn jest odkrycie elektro-magnetycznych i elektro-dynamicznych wzajemnych działań pomiędzy prądami galwanicznymi i magnetycznymi z jednej strony — z drugiej zaś, pomiędzy indukcyjną magnetyczną i prądami. Przedstawiwszy następnie historyczny przebieg udoskonaleń i zmian, zaprowadzonych przez rozmaitych fizyków, B. przeszedł do opisu dynamo-machiny i jej części składowych, poczem przedstawił podział dynamo-machin na t. z. maszyny o prądzie ciągłym i zmiennym. Z tych pierwsze dzielą się na maszyny pierścieniowe i bębnowe. Oba zaś te rodzaje, stosownie do sposobu owinięcia elektro-magnesów, dzielą się na 3 gatunki: 1) maszyny o prądzie głównym, do naszych celów lekarskich nieprzydatne. 2) maszyny o prądzie ubocznym, wreszcie 3) maszyny o mieszanem owinięciu. Ostatnie 2 rodzaje są dla nas bardzo pożyteczne i w zupełności zadaniom medycyny praktycznej odpowiadają, — mogą bowiem dostarczać prądów do galwanizacyi, do światła i do galwanokaustyki. Maszyny o mieszanem owinięciu, które także maszynami o stałym natężeniu końcowem nazywają, z powodu, że bez względu na zewnętrzną pracę prawie stale toż samo natężenie posiadają, przed innemi na pierwszeństwo zasługują.

Następnie po wyłożeniu wszelkich możliwych korzyści, jakie dla nas przedstawiają dynamo-machiny, kol. B. przeszedł do demonstracyi praktycznej zbudowanych przez siebie przyrządów elektro-terapeutycznych, których, ze względu na brak miejsca i ich stronę techniczną, opisywać nie będziemy, cały bowiem wykład kol. B. znajdzie się wkrótce zapewne w jednym z pism lekarskich. W końcu zaznaczyć należy, że jest to pierwsze u nas zastosowanie dynamo-machin specjalnych do celów lekarskich, do czego trzynastu lat temu w tym kierunku studya i doświadczenia kol. BRUNNER'a doprowadziły.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

25. E. QUÉNU. **O przeistoczeniu jamistym błony śluzowej macicy w niektórych postaciach zapalenia macicy.** P. Ż. lat 34 wieku licząca, cieszyła się zupełnie dobrem zdrowiem aż do przyjścia na świat przedwcześnie drugiego jej dziecka. Od tej chwili t. j. przed 4-ma laty pojawiły się białe upławy i miesiączkowanie coraz częstsze i obfitsze. Oczyszczenie jamy macicy (*brossage*, *DOLERIS*) i zastrzykiwanie roztworu chlorku cynku wstrzymało zupełnie miesiączkowanie przez dwa miesiące, a następnie wystąpiły krwawienia bardzo obfite i prawie bez przerwy trwające. Stosowanie elektrolizy (30 posiedzeń) bezskuteczne. Wyłyżeczkowanie błony śluzowej jamy macicznej wstrzymało znowu miesiączkowanie przez 3 miesiące. Następnie po 4 miesiącach z powodu powrotu krwotoków, powtórne wyłyżeczkowanie z zastosowaniem znowu środków żrących na błonę śluzową.

Badanie ginekologiczne przed 2-em wyłyżeczkowaniem wykazało: macicę w położeniu prawidłowem, powiększoną symetrycznie, nie bolesną, przydatki maciczne zdrowe.

Po półrocznej przerwie, podczas której stan chorej był dosyć znośny, chociaż miesiączkowanie zawsze było przyspieszone, w sierpniu 1892 roku miesiączka zamieniła się w ciągłe krwawienie. W październiku t. r. rozszerzenie przewodu macicy w celu zbadania jej błony śluzowej. Wnętrze macicy gładkie, nie przedstawiające żadnej wyniosłości, przydatki zdrowe. Autor określił chorobę jako „*metritis haemorrhagica*“, tem bardziej, że i ogólny stan pacjentki nie objaśniał przyczyny tych krwotoków. W listopadzie t. r. autor wyciął prawie całą błonę śluzową jamy macicznej z pozostawieniem jej jedynie około ujsć jajowodów i w dnie macicy. Po czterech tygodniach chora opuściła zakład autora i dotąd czuje się zupełnie zdrową; miesiączkowanie odbywa się prawidłowo.

Kawałki błony śluzowej zbadane były w pracowni CORNIL'a przez CARIEL'a. Nie znaleziono żadnych drobnoustrojów, błona śluzowa gładka, ani śladu wydzieliny chorobowej, ani też nowotworowego zwyrodnienia; gruczoły po większej części w zaniku, tkanka łączna na licznych cięciach przedstawiała budowę jamistą, zależną od rozszerzonych naczyń, podobną do utkania błony śluzowej cewki moczowej u niektórych kobiet.

Cała doniosłość danego spostrzeżenia polega na tej jamistej budowie błony śluzowej macicznej, na którą dotąd mało zwracano uwagi. W dziełach SCHROEDER'a, SCHULTZE'go, MARTIN'a, Pozzi'ego, CORNIL'a nie znajdujemy o tem żadnej wzmianki. WILDT i BARNES (*Med. chron. de Manchester 1891*) podali opisy przypadków polipów naczyńiakowych macicznych. CORNIL (1892 r.) przedstawił dwa małe guzy, wyjęte z macicy, które były naczyńiakami (*angioma superficiale*). Nakoniec BOLDT z New-Yorku (1893—wrzesień) wyjął macicę z powodu nieustających krwotoków, których przyczyną był naczyńiak jamisty (*angioma cavernosum*).

Autor odróżnia budowę jamistą od nowotworu (*angioma*). Budowę jamistą spotykamy nie zbyt rzadko w guzach łącznotkankowych, włókniakach, mięsakach, śluzakach (*myxoma*), rzadziej w nabłoniakach, ale to nie ma związku ze zwyrodnieniem jamistym błony śluzowej macicy.

Co się dotyczy opisanego przypadku, to nie odrzucając w zupełności tworzenia się nowych naczyń (*Endometritis haemorrhagica*-DELBET), autor sądzi, że rozszerzenie istniejących naczyń jest dostateczne do wytłomaczenia tego, co widzimy pod drobnowidzem. Z praktycznego punktu widzenia najwięcej interesujące jest to, że błona śluzowa macicy, czy to skutkiem jej stanu zapalnego, czy bez niego, może przybrać budowę jamistą, jak to spotykamy niekiedy w błonie śluzowej cewki lub odbytnicy. Budowa taka zależy od 2-ch głównych przyczyn: od pewnej zmiany w ścianach naczyń, zwykle pochodzenia zapalnego, i od nagłe i znacznie wzmagającego się ciśnienia wewnątrznaczyniowego, powtarzającego się w pewnych przerwach, którego źródła należałoby szukać w jajnikach i jajowodach.

Jakakolwiek byłaby przyczyna zwyrodnienia jamistego, zawsze ono doprowadza ściany naczyń błony śluzowej do ścięnięcia i utraty elastyczności, a wtedy nagłe zwiększone ciśnienie wewnątrznaczyniowe łatwo wywołuje ich pękanie.

Podobne przypadki w praktyce nie przytrafiają się zbyt rzadko; każdy z ginekologów napotyka przypadki przewlekłego zapalenia macicy z uporczywym krwa-

wieniem, nie ustępującem pod wpływem różnych sposobów leczenia i doprowadzającem wskutek krwotoków ustrój chorej do znacznego wyniszczenia. Jako *ultima ratio* uważano w takich razach przewiązanie tętnic macicznych, wycięcie jajników (*castratio*) lub wycięcie całkowite macicy. Pierwszy i drugi sposób leczenia autor odrzuca z łatwo zrozumiałych powodów, a główny kładzie nacisk na zniszczenie błony śluzowej przez jej wycięcie lub też usunięcie całej macicy ¹⁾.

(*Annales de Gynécologie* 1893, Décembre).

Feliks Ficki.

26. A. SEIBERT (New-York). **Leczenie miejscowe błonicy gardła za pomocą zastrzykiwań pod błony rzekome** (*injectiones submembranosae*). Wśród licznych metod leczenia błonicy gardła, podawanych przez rozmaitych autorów, S. w r. 1890 zaczął zastrzykiwać płyny bakteryobójcze w błonę śluzową, dotkniętą zapaleniem, pod błony rzekome, tworzące się w dyfteryi. Uskutecznia to za pomocą specjalnej szpryki, przez siebie wymyślonej i tak zbudowanej, iż płyn zastrzykiwać można w powierzchnię przednią, boczne i tylną migdałków, jako też w boczne i tylną ścianę gardła. Zachęcony badaniami FLISCHER'a i PROSKAUER'a, jako też GEPPART'a nad bakteryobójczymi własnościami wody chlorowej, stosował ją u swych chorych wyłącznie. Liczba wykonywanych u każdego chorego zastrzyknięć zależała od rozszerzenia sprawy chorobowej, jako też od znikania zaburzeń ogólnych, jak gorączki, bólu głowy i krzyża, braku łaknienia i t. p. Jeśli udawało się za pomocą pierwszych paru zastrzyknięć zniszczyć hodowle błonicowe pod błonami rzekomymi, wówczas prędzej lub szybciej znikwały wspomniane objawy ogólne, niekiedy już po 1—3 godzinach. Błony pozostawały jeszcze przez dni 2—3 i stopniowo odpadały. Pierwszym znakiem skuteczności niniejszego leczenia był powrót łaknienia, zwykle w kilka godzin po zastrzyknięciach. W razie nieustępowania gorączki i objawów ogólnych, najczęściej autor przekonywał się, iż zastrzyknięcia nie były robione dokładnie, albo woda chlorowa była zła, albo wreszcie pojawiały się ogniska cierpienia w miejscach, w których narzędziem jego dosięgnąć nie można było. Jeśli błony dyfterytyczne rozszerzą się z miejsca zastrzyknięcia na miejsca sąsiednie, wówczas należy w te ostatnie zastrzykiwać ponownie i powtarzać tę manipulację codziennie, dopóki gardło zupełnie się nie oczyści.

Woda chlorowa musi być świeża, co zdradza się silnym jej zapachem chloru. Winna zawierać 0,4% chloru. W ciemnym i chłodnym miejscu można ją trzymać przez kilka tygodni bez rozkładu. Szprykę przy każdym użyciu należy wyjaławiać nad płomieniem.

Cyfra śmiertelności na 85 przypadków, dawniej (w 1891 r.) ogłoszonych i leczonych wyłącznie zastrzyknięciami wody chlorowej, wynosi 7,5%. Obecnie autor podaje statystykę 104 przypadków błonicy gardła i 22 przypadków zgorzeli płonicowej, z których tylko 6 zakończyło się śmiercią.

Wiek chorych wynosił od 1 roku do lat powyżej 35. Przed pierwszymi zastrzyknięciami choroba trwała u rozmaitych chorych czas bardzo rozmaity, począwszy od 1 do 9 dni, w największej liczbie przypadków dni 2.

Rozmiary sprawy miejscowej ilustrują następujące cyfry: W 49 przypadkach zajęte były tylko migdałki; w 31—oprócz migdałków rozmaite części gardła i podniebienia; w 5—były zajęte jednocześnie migdałki, gardło i nos; w 3 — migdałki, gardło i krtań; wreszcie w jednym przypadku oprócz migdałków, występowały obszerne owrzodzenia błonicowe w jamie ustnej. Działanie wspomnianego leczenia objawiało się skutecznie w powyższych przypadkach po upływie rozmaitego czasu, począwszy od 1 godziny do 3 dni, najczęściej po upływie 24 godzin. W 2 przypadkach wstrzykiwania nie wywierały żadnego skutku. Wyleczenie zupełne, to jest odpadnięcie błon wrzeczokomych i powrót do prawidłowego stanu ogólnego, następowało w tych przypadkach w ciągu dni 1 do 8; w największej liczbie—w ciągu dni 3.

¹⁾ Podane spostrzeżenie zasługuje na uwagę ze względu na jego znaczenie praktyczne przy wyborze odpowiedniego sposobu leczenia w podobnych przypadkach, przytrafiających się, powiedziałbym razem z autorem, nie zbyt rzadko w praktyce ginekologicznej. Co się zaś dotyczy usunięcia przeistoczonej błony śluzowej, to sądziłbym, że przed przystąpieniem do dosyć ciężkiej i poważnej operacji, należałoby przedewszystkiem starać się o zniszczenie chorobowo zmienionej błony śluzowej za pomocą środków silnie żrących, jak np. stężony roztwór chlorku cynku lub elektroliza. (Przyp. Sprawozd.).

We wszystkich przypadkach błonicy gardła skonstatowano obecność laseczników LOEFFLER'a. Zwykle autor robił zastrzykiwania raz na dzień (t. j. 2—6 szprycek na raz), w przypadkach groźnych — dwa razy. Dodać należy, iż oprócz tego chorzy mieli zalecone częste płukanie gardła od godziny 6-ej rano do 12-ej w nocy roztworem nalewki jodowej z kwasem karbolowym (Rp. Tinct. jodi 2,0, Kali jodat. 1,0, Acid. carbol. gutt. X, Aq. dest. 120,0. M. D.S. jedną łyżeczkę od kawy do płukania gardła).

(*Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII. 1 Heft. December. 1893*).

W. K.

27. MILES ALBERT B. (New-Orleans). **Rany postrzałowe kiszek.** (Sprawozdanie kliniczne z trzynastu przypadków; uwagi o rozpoznaniu i leczeniu). Literatura bieżąca obfituje w przypadki ran postrzałowych kiszek, leczone operacyjnie, a odsetka wyleczonych tą drogą wciąż wzrasta. Postępowanie wyczekujące w bardzo krótkim czasie zostało uznane za przestarzałe i musiało ustąpić miejsca racjonalnym metodom postępowania nowoczesnej chirurgii.

Rozpoznanie. Objawów ogólnych pewnych niema. Wyraźny wstrząs nerwowy (*shock*) przemawia za raną trzew; brak wstrząsu niczego nie dowodzi. Z oznak miejscowych jedynie wydobywanie się z rany zewnętrznej cząstek zawartości kanału pokarmowego pozwala twierdzić stanowczo, że całość przewodu pokarmowego została naruszona. Objaw ten jednak jest rzadki. Autor nie jest zwolennikiem próby gazowej SKNN'a, która jest niebezpieczna a przytem niepewna. Wogóle odradza wszelkie próby, które mogłyby spowodować lub powiększyć występowanie zawartości przewodu pokarmowego przez ranę do jamy otrzewny. Istotnie, jak doświadczenie operacyjne pokazuje, кишки ranione, po większej części, jakby w stanie porażenia, leżą nieruchomo w jamie brzusznej. To też laparotomia próbna (*sit venia verbo!* Spr.) jest najszybszym i najbezpieczniejszym sposobem do osiągnięcia pozytywnego rozpoznania. Wyjątkowe przypadki, w których pocisk trafia środkową lub dolną część brzucha, nie raniąc kiszek, są zbyt rzadkie, aby powstrzymać od operacji z obawy, że mogłaby się okazać zbyteczną. Przypadek taki wydarzył się autorowi i zakończył się wyzdrowieniem.

Leczenie chirurgiczne, przez siebie stosowane, podaje autor w następujących punktach:

1) Dokładne przygotowania do operacji. Jaknajmniejsza liczba asystentów. Obfite używanie wody wyjałowionej. 2) Cięcie o ile możności w linii środkowej i dostatecznie długie. 3) Szczegółowy przegląd przewodu pokarmowego i narządów sąsiednich. 4) Autor używa jedwabiu wyjałowionego do podwiązywania naczyń i szwów kiszkowych; na кишки nakłada szew LEMBERT'a klasyczny, t. j. węzłkowy w kierunku podłużnej muskulatury. 5) Jamę brzuszną przemywa wielkimi ilościami wody wyjałowionej; nie używa gąbek i wacików do wycierania otrzewny. 6) Cięcie brzuszne zaszywa drutem srebrnym lub nićmi florenckimi; powierzchowne szwy z jedwabiu lub z nici florenckich.

Co do leczenia pooperacyjnego, autor kładzie nacisk, aby nałogowych pijaków nie pozbawiać nagle alkoholu. Za bardzo ważne uznaje środki pobudzające w końcu pierwszego i początku drugiego tygodnia. W pierwszym tygodniu podaje w małych ilościach bulion z butelki (*beef tea*), jaja na miękko, mleko gotowane z wodą wapienną. Strawne mięso i pieczywo podaje dopiero w drugim tygodniu. Zresztą dyeta ponieważ jest zależna od umiejscowienia ran, a mianowicie ich oddalenia od żołądka. Ostrzega przed użyciem makowca, jako wręcz szkodliwego, a także przed wczesnem użyciem środków czyszczących.

Z 13 referowanych przypadków, wszystkie z wyjątkiem jednego dotyczyły ran jelit, i większość należała do rzędu bardzo ciężkich. Niepomyślnie w 8-iu przypadkach zejście może się wydać wysoką odsetką, autor jednak twierdzi, i słusznie, że wynik bez operacji byłby o wiele gorszy. Gdyby nawet odrzucić inne argumenta, wystarczy to, że wyzdrowiało 3-ch chorych, z których u jednego znaleziono 16 ran jelit, u drugiego 14, u trzeciego 10.

Podajemy krótkie notatki o przypadkach autora:

1) Rana postrzałowa brzucha. Operacja w godzinę po wypadku. Siedm ran jelit; szew. 30-letni pacjent, ciężki alkoholik, słabł stopniowo i zmarł na piąty dzień; sekcyja nie wykryła przyczyny śmierci.

2) Lat 30. Rana poniżej pępka. W godzinę po wypadku operacja: jelita przedziurawione w 16 miejscach, krezka w 3-ch. Wyzdrowienie.

3) Lat 33. Dwie rany postrzałowe brzucha. 21 dziur kiszek. Laparotomia. *Enterorrhaphia*. Śmierć ze wstrząsu tegoż dnia.

4) Lat 49; przywieziony koleją w ciężkim stanie. Operacja. 11 perforacji. Śmierć w dwa dni.

5) 32-letni chory. Laparotomia. 11 perforacji. Śmierć na piąty dzień z zapalenia otrzewny.

6) 30-letni chory. Operacja w 5 godzin po wypadku. Rana krezki, jelita i poprzeczniczy. Szew. Wyzdrowienie.

7) 42-letni pacjent, zadał sobie ranę postrzałową poniżej lewego łuku żebrowego i skoczył do rzeki Mississipi. W 3—4 godzin po wypadku poddany operacji. Znaleziono 3 rany jelit i jedną krezki. Zejście pomyślne.

8) Lat 24; przybył do szpitala w 40 godzin po wypadku z zapaleniem otrzewny, zaparciami i wymiotami kałowymi. Operacja. Chory zmarł następnego dnia.

9) Lat 56. Operacja w godzinę po wypadku. 5 ran jelit, 3 krezki. Pacjent pijak nałogowy. Śmierć w dwa dni po operacji.

10) Lat 24. Postrzały śrutem z dwóch luf w prawą okolicę biodrową. Ciężki wstrząs nerwowy. Operacja jako *ultimum refugium*. Zaszyto tylko 20 większych ran. Śmierć z zapaści w 5 godzin po operacji.

11) 24-letni chory. W 10 godzin po wypadku, odbywszy podróż różnemi wchikułami i koleją, został poddany operacji. Znaleziono 14 dosyć wielkich dziur, głównie w jelicie czczem. Wypadek zaszedł na czczo i na szczęście kiszki były puste. Pacjent wyzdrowiał.

12) Lat 21. 10 wielkich ran jelita czczego i rozdarcie sieci. Obfite krwawienie z krezki. Operacja. *Haemostasis. Suturae*. Rekonwalescencya z zaburzeniami (ropień w ścianie brzusznej, silne bóle, objawy zapalenia otrzewny). Wyzdrowienie.

13) Przybył w 8 godzin po wypadku. Zgodził się na operację dopiero następnego rana. Znaleziono zapalenie otrzewny, 6 ran jelit. Śmierć.

(*Annales of Surgery. December 1893*).

A. P.

28. LEUBE. **Przyczynę do patologii goścca mięśniowego.** O etyologii i patologii goścca mięśniowego dotychczas wiemy bardzo mało a istota tego cierpienia jest niewiadoma. Zdaniem autora już sam początek choroby: osłabienie, brak apetytu, bóle głowy, nudności, czasem znowu ziębienia i zwiastunna gorączka, wreszcie same bóle mięśniowe nie umiejscowione, lecz przechodzące z jednego mięśnia lub grupy mięśni na inne,—wskazują, że mamy tu do czynienia nie z zaburzeniem miejscowem, lecz z chorobą ogólną zakaźną, mającą główną siedzibę w mięśniach. Tego samego dowodzą powikłania choroby, z których najczęściej spotykać się daje zapalenie wsierdza.

Z pomiędzy wielu spostrzeganych przez siebie przypadków tego rodzaju, autor podaje trzy, w których pochodzenie szmerów sercowych wskutek goścca mięśniowego można było łatwo wykazać. W przebiegu jednego z nich szmer zjawił się u wierzchołka i u tętnicy płucnej na 3-ci dzień po przybyciu chorego do szpitala. W 1½ tygodnia później u tegoż chorego rozwinął się ostry gościec stawowy, który wraz z zapaleniem wsierdza ustąpił pod wpływem leczenia. Do bardzo rzadkich należy drugi przypadek ostrego goścca mięśniowego, który się rozwinął we 3½ tygodnia po przebytych tryprze i uważany był przez autora za gościec pochodzenia tryprowego. I tym razem podczas przebiegu choroby wystąpiło zapalenie wsierdza, które po wyleczeniu goścca pozostawiło po sobie zaledwie ślady. W trzecim przypadku szmery sercowe wystąpiły na 3-ci dzień po przybyciu chorego do szpitala i pozostały nawet po wyleczeniu goścca.

Inne powikłania spotykają się rzadko. Autor widział jeden przypadek zapalenia opłucnej z przejściem goścca mięśniowego w stawowy, i raz białkomoczą. LEUBE zauważył też, że gościec mięśniowy może przybrać charakter epidemiczny, jaki się objawił np. zeszłej wiosny, kiedy sale szpitalne były przepełnione chorymi z reumatyzmem mięśniowym.

Na zasadzie tych spostrzeżeń autor robi przypuszczenie, że przyczyna goścca mięśniowego, aczkolwiek nie zbadana dotychczas, jest identyczna z przyczyną, wywołującą gościec stawowy.

(*Deutsche Med. Wochenschrift, 1894. Nr 1*).

F. Sylwestrowicz.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Szanowny Redaktorze! O ubocznem działaniu antypiryny dużo już pisano; znane są w literaturze lekarskiej notatki o tem, jak po zażyciu antypiryny występowały: wysypki, wymioty, pot i t. d. Ale nie udało mi się nigdzie znaleźć opisu takich objawów, jakie na samym sobie obserwowałem, ilekroć zażywałem antypirynę. Być może, że zjawiska ubocznego działania tego środka, o których niżej wspomnę, były już opisywane; ośmielam się jednak to, co zauważyłem, w krótkości opowiedzieć. Zauważyłem co następuje:

W 5 minut po zażyciu gr. XV lub XX antypiryny doznawałem na górnej wardze uczucia takiego, jakie bywa przy przepuszczaniu prądu przerywanego. Uczucie to w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny zniknęło, ale natomiast zawsze spostrzegałem znaczne powiększenie tejże wargi: stawała się ona 2—3 razy grubszą, jej błona śluzowa zupełnie wygładzoną, słowem następował obrzęk wargi.

Jednocześnie lub nieco później po wystąpieniu obrzęku wargi, doznawałem uczucia palenia *in ano et recto*, które trwały zawsze godzin kilka, poczem ustępowało miejsca nieznośnemu swędzeniu. Obrzęk wargi po 2—3 dniach się zmniejszał i znikał; natomiast powstawały na tem miejscu pęknięcia i owrzodzenia, dosyć bolesne, które jednak po 2—3 dniach goiły się, nie pozostawiając po sobie żadnego śladu; proces zaś *in ano et recto* wciąż jeszcze trwał: błona śluzowa obrzmiała, wilgotna, pokrywała się lepkiem, kleistym płynem, dokoła odbytu tworzyły się szczeliny bardzo bolesne, zwłaszcza przy oddawaniu kału. Nie wcześniej, jak na 8—10 dzień po zażyciu antypiryny, wyżej opisane zjawiska zniknęły.

Miewając często obrzęk górnej wargi, przypisywałem powstawanie tego innym przyczynom, jak: zimnu i t. d. Obecnie jestem przekonany, że występował u mnie zawsze po antypirynie, którą często używałem, gdy mnie głowa bolała. W mniemaniu tem to mnie utwierdza, że od czasu, jak antypiryny nie używam, nie spostrzegam też i zjawisk jej ubocznego działania.

Doświadczenia z antypiryną, wiedząc już *a priori*, jaki będzie jej efekt, robiłem na sobie 8 razy w roku zeszłym, zawsze z tym samym rezultatem; opisane zjawiska występowały w wyżej przytoczonym porządku po każdym zażyciu antypiryny. W praktyce prywatnej na kilkadziesiąt doświadczeń w ciągu tegoż czasu, miałem okazję zauważyć uboczny efekt antypiryny tylko 3 razy i to w postaci nadżarę powierzchownych: 1) u Selmy G., robotnicy fabr. p. M. (w Zgierzu), lat 17, po 2 proszkach gramowych. 2) u Joanny M., lat 33, po 2 proszkach gramowych. 3) u Antoniego F., oficjalisty jednej z tutejszych fabryk, po 1 gramie. Racz przyjąć i t. d.

Zgierz 19 Lutego 1894 r.

E. Sonnenberg.

Przypisek Redakcyi.

Przypadki ubocznego działania antypiryny w postaci obrzęków opisali FREUDENBERG (Centralb. für klin. Med. N. 5. 93.) i prof. MOELLER (Therap. Monatsh. N. 11. 92). W przypadku FREUDENBERG'a, dotyczącym 30-letniego mężczyzny, wystąpił po użyciu 0,5 grm. antypiryny obrzęk napletka, tylnej części żołądki i moszny. Obrzmienie i jednocześnie istniejące swędzenie w tych narządach znikło po upływie 8 dni. Też same objawy powtórzyły się przy podawaniu antypiryny *experimenti causa*. Spostrzeżenie, opisane przez prof. MOELLER'a, dotyczy samego autora. Autor zażył przeciwko gwałtownym bólom głowy 1,0 antypiryny. Na drugi dzień wystąpiło obrzmienie kilku stawów u palców rąk i *erythema*, rozszerzające się i na powierzchnię grzbietową ręki. Wargi, otwory nosowe, przewód słuchowy i spojówki obie były zaczerwienione, obrzmiałe i cokolwiek bolesne. Na skórze moszny i na żołądki prącia ostro odgraniczone *erythema*. Na żołądki z ostatniego rozwinęło się owrzodzenie, które po 14 dniach się zagoiło bez pozostawienia blizny. Po upływie 6 tygodni autor powtórnie użył 1,0 antypiryny przeciwko silnej migrenie. Już po upływie 10 minut M. uczuł palący ból na wargach ust i w żołądki prącia, a przy objawach swędzenia i bólu powstało *erythema* na tych samych miejscach, jak przy pierwszym użyciu antypiryny. Dnia następnego na powierzchni grzbietowej palucha wystąpiły wylewy, na skórze moszny i w fałdzie stolcowej w kilku miejscach starcie naskórka (*excoratio*), a na *corona glandis* utworzył się pęcherz podobny do pęcherza pooparzelinowego. Autor zwraca uwagę na umiejscowienie wysypki na skórze i otworach pokrytych błoną śluzową i cytuję przypadek SHORT'a, w którym prawie te same okolice zajęte były wysypką po antypirynie.

D-r Edmund FALK w referacie zbiorowym o ubocznem działaniu nowych leków (Therap. Monats. zeszyt 2 i 3. 1890 r.) omawia obszernie wysypki i obrzęki skóry i błon śluzowych po użyciu antypiryny. Wysypki po antypirynie powstałe wywołują nadzwyczaj silne swędzenie i palenie. Obrzęki powstają tak samo, jak i wysypki wskutek zmian wywołanych przez antypirynę w nerwach naczyńioruchowych skóry. Obrzęki te najczęściej występują na twarzy, twarz jest obrzmiała, szpara powiekowa wskutek obrzęku powiek zmniejszona, wargi mocno wypukłone. Błony śluzowe gardzieli i jamy ustnej obrzmiały, obrzęk języzka. Wynika stąd, że zmiany, opisane przez kol. S., były już obserwowane, a mianowicie: *erythema*, swędzenie, palenie i obrzęki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Dijodoform nowy środek antyseptyczny jest bez zapachu i zastępuje jodoform. Jest to *aethylenperjodid* (czterojodek etylenu C_2I_4). Dijodoform można uważać za ciało, powstałe z połączenia dwóch cząsteczek jodoformu przez oddzielenie się jodowodoru ($C_2I_4 = 2CHI_3 - 2HI$). Dijodoform jest obok jodoformu, zawierającego 96,70% jodu, ciałem zawierającym najwięcej jodu, t. j. 95,49% i temu głównie zawdzięcza swe lecznicze działanie. Dijodoform nie rozpuszcza się w wodzie, zaś słabo w alkoholu i eterze. Najłatwiej rozpuszcza się w chloroformie, siarku węgla, benzynie i w gorących toluolach. Z tych ostatnich można dijodoform otrzymać w pięknych, pryzmatycznych żółtych igłach krystalicznych. Topi się przy 192° . Przy prędkim i mocnem ogrzewaniu rozkłada się. W zimnie dijodoform nie posiada prawie zapachu tożsamo i przechowany w ciemności; wystawiony na działanie światła brunatnieje i powoli nabiera swoistego zapachu (zdaje się, że poprzednio rozkłada się na jod i dwujodek acetylenu). Odczynniki chemiczne nie wywierają wpływu na dijodoform. Gorący, spirytusowy ług potasowy rozkłada go. W ten sposób można oznaczyć jod (wytwarzanie jodku potasu). (*Therapeut. Blätter* Nr. 1. 1894).

= N. TH. WEYL utrzymuje, że niema miasta na świecie, któreby posiadało tak dokładną statystykę lekarską, jak Berlin. Porównyując tablice statystyczne śmiertelności za lata od 1840—1890 roku, zauważyć można stałe zmniejszanie się śmiertelności. Spadki krzywej odpowiadają ściśle okresom, w których wprowadzono ulepszenia higieniczne miasta, a mianowicie: zaprowadzeniu wodociągów w roku 1856 i początkowi kanalizacji w roku 1876. Tablica śmiertelności, ułożona podług wieku, wykazuje zmniejszanie się śmiertelności w ogóle. Śmiertelność podług chorób wykazuje również spadek krzywej. Śmiertelność z tę-

żca wynosiła w roku 1871—u dzieci między 0—1 rokiem życia 12,5 na 1000, zaś w roku 1890 tylko 2,69:1000. Tak samo z gruźlicy w roku 1871 zmarło dzieci pomiędzy 0—5 rokiem życia 3,6 na 1000, zaś w roku 1890 odsetka śmiertelności spada do 2,2 na 1000. WEYL sądzi, że wynik ten u dzieci zawdzięczać należy ściślej kontroli nad mleczarniami. Zmniejszenie odsetki śmiertelności z gruźlicy u dzieci starszych i u dorosłych W. czyni zależnem od większej czystości w ogóle, wskutek czego zarazek gruźlicy daleko mniej się rozszerza. Zmniejszanie się gorączki tyfoidalnej jest faktem najbardziej uderzającym. Śmiertelność z tej choroby wynosiła np. 38,8:1000 w latach od 1854—1860, a 7,13 od 1881—1890. Częstość raka i śmiertelność z tej choroby zwiększyła się. Śmiertelność z raka wynosiła: 132 w roku 1871, 701 w 1880, 1158 w 1890. Przyczyny takiego powiększania się śmiertelności z powodu raka nie można sobie inaczej wytłomaczyć, jak tylko tą okolicznością, że dziś lepiej możemy chorobę tę rozpoznawać. Śmiertelność z dysenteryi również się zwiększyła. Przeglądając inne rubryki, WEYL wykazuje powiększenie śmiertelności w następujących chorobach: w zapaleniu opon mózgowych niegruźliczem, w zapaleniu płuc i w raku. Śmiertelność zmniejszyła się: przy tężcu, cholercie dzieci, dysenteryi, gruźlicy wogóle, eklampsyi, ropniacy, gorączce połogowej, gorączce powrotnej, tyfusie wysypkowym i ospie. Śmiertelność wykazuje wahania nieregularne przy błonicy, krupie, odrze, szkarlatynie, koklusu i rozwolnieniach. (*Mercredi médical* 21 dec. 1893. *Lyon médical*. 4. 94).

= ETIENNE w przypadku zapalenia wsierdza brodawkowego i wrzodziejącego znalazł przy sekcji dokonanej w sześć godzin po śmierci *b. coli commune*.

Wiadomości bieżące.

— Generalny Komitet XI międzynarodowego Zjazdu lek. w Rzymie uprasza Szan. Kolegów, którzy zamierzają wziąć udział w Zjeździe, dotychczas zaś jeszcze się nie zaopatrzyli w karty udziałowe, ażeby raczyli się zgłaszać do Komitetów miejscowych, od których za przesłaniem 25 franków, jako wkładkę członków i 10 franków od każdej z osób towarzyszących członkom, otrzymają karty udziałowe oraz wszelkie po-

trzebne legitymacje do uzyskania zniżek cen na kolejach włoskich, jak niemniej informacje dotyczące programu Zjazdu i wspólnych wycieczek po Włoszech. Upraszam przeto Szanownych Kolegów o zgłaszanie się do Komitetu Krakowskiego, przesyłając pod moim adresem bilety wizytowe wraz z odpowiednią wkładką. N. CYBULSKI, Szczepańska 11.