

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Pomyślne skutki kraniektomii w przypadku przytępienia umysłowego i moralnego obłądnu, podał A. Szpanbok. Czy płód przymiotowy może zarazić matkę? Kilka słów z powodu teorii wstecznego zakażenia matki przymiotem od płodu (choe en retour), przez Karola Szadka. (Dokończenie). Rys działalności szpitala Zapasowego dla chorych zakaźnych w r. 1892, podał J. Szwajcer. (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i Wyciągi.** 123. Leczenie błonicy surowicą swoistą (300 przypadków). 124. Badania nad karmieniem dzieci. 125. O poprawieniu smaku leków i o saturacjach. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 16 Października r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc wrzesień r. b. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Szpanbok — Une craniectomie faite avec succès dans un cas d'imbécillité. 2) D-r K. Szadek — Un foetus syphilitique peut-il infecter la mère? 3) D-r J. Szwajcer — Compte rendu sur le mouvement des malades à l'hôpital des maladies infectieuses à Varsovie (année 1892).

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr A. Szpanbok — Ueber die günstigen Folgen einer Kraniektomie bei einem Blödsinnigen. 2) D-r K. Szadek — Kann ein syphilitischer Foetus die Mutter inficiren? 3) D-r J. Szwajcer — Bericht für das Jahr 1892 über die Thätigkeit des Hospitals für Infections-Krankheiten in Warschau.

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

POMYŚLNE SKUTKI KRANIEKTOMII

w przypadku przytępienia umysłowego i moralnego obłądnu

podał A. Szpanbok.

Na początku marca 1894 roku przybył do ambulatoryum w szpitalu Starozakonnych ojców z synem dla zasięgnięcia porady lekarskiej względem ostatniego. Po bliższem zbadaniu i z danych anamnestycznych dowiedzieliśmy się, co następuje:

Chory (Lipe Szpilman z Warszawy) jest piątym z rzędu dzieckiem. Rodzice oprócz niego mają siedmioro żyjących dzieci, troje zaś zmarło zaraz po urodzeniu. Urodził się w zupełnie normalnych warunkach. Podczas ciąży matka żadnych chorób, urazów lub wstrząśnięć nie przeżywała. W rodzeństwie daje się zauważyć podkład neuropatyczny. Jeden ze starszych braci, będąc małym chłopcem, wskutek przestachu miał jakieś ataki nerwowe, które wyrażały się w drgawkach bez utraty przytomności; następnie wskutek osłabienia wcale chodzić nie mógł; wprawdzie po pewnym czasie objawy te ustały, ale dotychczas wyróżnia się łatwą zapalczywością i temperamentem sangwinicznym.

Co się tyczy samego chorego, 14-letniego chłopca, to z anamnezy dowiadujemy się, że tak fizycznie, jak duchowo bardzo powoli się rozwijał. W końcu drugiego roku dopiero dostał zębów, do trzech lat ani stać, ani chodzić nie mógł, był chudy, miał nogi wykrzywione (*rhachitis*). Mówić zaczął dopiero w czwartym roku życia. Do 12-tu lat miewał *enuresis nocturna*. W 9-ym roku oddali go rodzice do szkoły żydowskiej, lecz żaden z nauczy-

cieli nie mógł go dłużej trzymać w chederze, ponieważ był nieroztropny, tępy umysłowo, w ciągu trzech dni mógł uczyć się jednej litery, a na czwarty dzień jeszcze jej nie pamiętać. Brat jego, młodszy o dwa lata, ucząc się jednocześnie w tej samej szkole, umiał bez porównania więcej. Wszelkie próby nauczania go czegoś, przedsiębrane w ciągu całego szeregu lat, nie dały żadnego dodatniego wyniku. Ani pisać, ani czytać, ani rachować nikt nie zdołał go nauczyć.

Jak fizycznie i umysłowo, tak i moralnie pozostał nierozwinięty. Bił w szkole inne dzieci, był nieposłuszny, niechłujny i nieuczciwy, jednym słowem, brakowało mu wszelkich uczuć moralnych. Im starszy się stawał, tem był gorszy i niebezpieczniejszy dla rodziny. Po całych dniach nic nie robił, musiano go pilnować, by czegoś złego nie uczynił, nie psuł cudzej pracy, nie bił kogoś, nie obrzucał kamieniami. Często znikał z domu na całe tygodnie, przebywał to u tapicera, to u piekarza, dopóki czegoś złego nie uczynił. Stan taki jego powodował rozmaite nieszczęśliwe wypadki i troski dla rodziców, był powodem nawet procesów kryminalnych. Oskarżał brata o kradzież, denuncyował go, zupełnie niewinnie. Przechodniów obrzucał kamieniami, za co nieraz rodzice byli odpowiedzialni. Stan ten wciąż stawał się gorszy, a nigdy zmian ku lepszemu chociażby krótkotrwałych nie zauważono, co ostatecznie zmusiło rodziców do szukania pomocy lekarskiej.

Przy badaniu obecnego stanu chorego stwierdziłem, że osobnik dobrego wzrostu, miernego odżywiania, z układem mięśniowym i kostnym, z wyjątkiem czaszki, prawidłowym. Czaszka przedstawia typ zwyrodnienia: czoło niskie, uszy duże, odstające, podniebienie wysokie, zęby rzadkie. Prawy mięsień okrężny powiek (*m. orbicularis palpebrarum*) podlega od czasu do czasu ruchom drgawkowym (*tic convulsif*).

Chory sprawowaniem swem stanowi ciężar dla otaczających. Ani chwili nie pozostaje na miejscu (*hyperkinesis*), obsypuje każdego wyrazami obelżywymi i sprośnymi (*koprolalia*), nie zastanawia się nad żadnymi pytaniami, które pozostawia bez odpowiedzi, albo zadane powtarza (*echolalia*), albo odpowie coś nedorzecznego i nieprzyzwoitego. Dłużej żadnym przedmiotem, żadną myślą nie może się zająć, przeskakuje bez związku z jednej myśli na drugą (po części istna *fuga ideaarum*). Miewa też złudzenia pamięci (*Erinnerungstäuschung*). Choremu się zdaje, że na przykład u mnie zakładał franki, co stoi w związku ze wspomnieniem pobytu u tapicera. Często przeto wydaje się w naszych oczach kłamcą. Oprócz tego daje się zauważyć u niego skłonność do kradzieży. Umieszczony w szpitalu, nie chciał jadać tego, co mu dano, lecz żywił się wyłącznie chlebem, skrycie zabieranym innym chorym. Być może, że skłonność ta była zależna od innych przyczyn, gdyż chory podejrzewał, że podawane mu pokarmy są zatrute. Innych zboczeń ze strony sfery czuciowej, ani ruchowej nie znalazłem.

Znajdujemy więc w opisanym przypadku cały szereg objawów, charakteryzujących przytępienie umysłowe i obłęd moralny (*imbecillitas* i *moral insanity*). Do objawów przytępienia umysłowego należą: oznaki zwyrodnienia fizycznego ze strony czaszki, niezdolność przyswajania, pomimo najsilniejszych starań ze strony otaczających, elementarnych zasad nauki, jak rozpoznania liter, czytania, pisania, rachowania. Oprócz tego znajdujemy objawy, wspólne wrodzonemu przytępieniu umysłowemu i obłędowi moralnemu: zaburzenie pamięci (*paramnesia*), niezdolność do żadnego stałego zajęcia, brak współczucia dla bliźnich. W końcu zaś spotykamy się z objawami, wyłącznie obłędowi

moralnemu właściwymi: włóczęgostwo, skłonność do kradzieży i kłamstw, nieprzyzwoitość w mowie, lenistwo, brak uczucia wstydu.

Zdaje się, że dostateczną posiadamy ilość objawów do rozpoznania „*imbecillitas* i *moral insanity*“.

W celu leczenia *experimenti causa* zaprojektowałem kraniektomię i skierowałem chorego do d-ra RAUMA, u którego widziałem wykonywaną kraniektomię na umysłowo nierozwiniętym, ściśle umysłowo od natury upośledzonym dziecku. D-r RAUM chorego umieścił w oddziale chirurgicznym szpitala na Pradze i 18 marca r. b. wykonał operację, którą w ogólnych zarysach opiszę ¹⁾.

Po przecięciu skóry w kierunku *linea sagittalis*, zrobił drugie cięcie, prostopadłe do prawego ucha, przyczem okazało się, że skóra nad tem uchem była zrośnięta z kością, zapewne wskutek jakiegoś urazu, o którym rodzice bliższych szczegółów udzielić nie mogli. Po trepanowaniu kości potylicowych z obu stron w taki sposób, że porobiono z prawej strony sześć otworów, cztery w linii podłużnej, zaś dwa w linii poprzecznej, a mostki kostne pomiędzy otworami wycięto, z lewej strony zrobiono trzy otwory w kierunku podłużnym, z prawej strony przecięto oponę twardą; po odsłonięciu jej kora mózgowa zdawała się być obrzękła, jakby pokryta żelatyną. Dla odszukania ośrodków ruchowych drażniliśmy korę mózgową prądem faradycznym; drażnienie to wywoływało w odpowiednich grupach kurcze mięśni. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, chory wypisany został ze szpitala 4 kwietnia, bez polepszenia.

Właściwy skutek operacji dał się zauważyć dopiero po upływie pewnego czasu. W ciągu pierwszych tygodni pobytu w szpitalu po operacji chory sprawował się tak samo, jak przed operacją, musiano go nawet ubierać w kaptan bezpieczeństwa. Podczas pobytu w domu w pierwszych sześciu tygodniach po operacji również nie było widać żadnej zmiany ku lepszemu. Spotkawszy mnie w owym czasie na ulicy, obrzucił mnie obelżywymi wyrazami za to, że go poddałem operacji. W następnych dopiero miesiącach zauważyli rodzice i otaczający zmianę: chłopiec stawał się na pewien czas spokojniejszy, posłuszniejszy, mniej szkodliwy. Zmiana ta nie była jednak trwała, bo znów powracał do pierwotnego chorobliwego stanu. Po pogorszeniu następowało znów polepszenie i nieregularne te zmiany trwały blisko miesiąc. Dopiero po kilku pogorszeniach, zmiany te ku lepszemu utrwalały się i postępowały naprzód. Obecnie, po upływie więcej niż pół roku, wielokrotna obserwacja chorego przezemnie i przez lekarzy, którzy chorego spostrzegali przed operacją (d-rów: RAUMA, STĘPIŃSKIEGO, JAKIMIĄKA, ZIELENIEWSKIEGO), wykazała, że umysłowy, a szczególnie moralny stan chorego bezwarunkowo zmienił się w znaczeniu dodatniem.

By wykazać, na czem polega ta poprawa, przedstawię w ogólnych zarysach obecny stan jego.

Jeżeli przedtem był złym, szkodliwym, nieprzyzwoitym, kłamcą, dzikim, nedorzecznym, jeżeli przedtem dały się zauważyć rozmaite zaburzenia pamięci i mowy, to pod tym względem możemy uważać chorego za zupełnie zdrowego. Osobnik ten zachowuje się spokojnie, nie psuje niczyjej pracy, nie prze-

¹⁾ Bliższe szczegóły operacji poda d-r RAUM przy okazji opisu ośmiu dotychczas wykonanych przez siebie kraniektomii.

szkadza innym w zajęciach, stara się, o ile umie, być pomocnym swojemu rodzeństwu przy pracy, nie obrzuca nikogo obelżywymi wyrazami, mówi do lekarza, jak i do otaczających grzecznie i przyzwoicie, wyrazów nieprzyzwoitych nie używa, dziękuje za obiecaną opiekę nad nim, prosi o nią, mówi, że chce być człowiekiem pracowitym i pożytecznym. Rodzice ze spokojem zostawiają go zupełnie bez dozoru, ponieważ są pewni, że nic szkodliwego, ani złego nie uczyni. Przestał być pośmiewiskiem dla innych; chociaż swoich postępów z przeszłości umotywować nie może, ale pamięta o nich dobrze. Wstydi się swojej przeszłości. Wie o tem, że operacja go uleczyła, sam namawia rodziców pewnego idyoty-epileptyka, ażeby szukali pomocy lekarskiej.

Zdaje się, że dostateczną posiadamy ilość objawów, charakteryzujących polepszenie stanu chorego:

1) Ustąpienie złych skłonności do włóczęgostwa, kradzieży, kłamstw, koprolalii, szkodenia bliźnim i t. d.

2) Pojawienie się uczuć moralnych: chęć do pracy, wdzięczność, współczucie, wstydlivość (rumieni się) i t. d.

Jak widzimy, poprawa dotyczy przeważnie sfery moralnej; w sferze umysłowej wyraźniejszą poprawę możnaby było osiągnąć tylko przez odpowiednie kształcenie, którego w danym przypadku dotychczas nie można było przeprowadzić.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że w ciągu całego życia chorego takich samodzielnych polepszeń, nawet krótkotrwałych, nie było, musimy przyznać, że właściwie chirurgicznemu zabiegowi (kraniektomii) zawdzięczamy względne uleczenie chorego z „*imbecillitas* i *moral insanity*“.

W jaki zaś sposób działała operacja, trudno osądzić. Wspomnę tylko o tych okolicznościach, które działać mogły.

Przedewszystkiem możemy przypuścić, że przez kraniektomię utworzona została większa przestrzeń dla mózgu, znajdującego się w okresie rozwoju. Powtórę, wskutek zwiększonej objętości jamy czaszkowej mógl zniknąć obrzęk, o którym wyżej wspominaliśmy. Potrzebie, mogła się zmienić kora mózgowa i obrzęk mózgowy pod wpływem jakiegoś działania czynników zewnętrznych na mózg obnażony i pod wpływem prądu przerywanego, użytego w celu drażnienia ośrodków ruchowych kory mózgowej. Wszystkie te okoliczności mogły mieć swój wpływ na tę wybitną zmianę, jaka zaszła w mózgu i jego czynnościach.

Niezwykły ten przypadek uleczalności „*imbecillitas* i *moral insanity*“ zapomocą trepanacji nie jest jednak zupełnie odosobniony. WIEGAND²⁾ przytacza przypadek nagłego rozwoju „*moral insanity*“ u chłopca, dotychczas zdrowego, wskutek silnego uderzenia liną po głowie. Po trepanacji, zrobionej w miejscu uderzenia, objawy zbroceń moralnych ustąpiły.

²⁾ WIEGAND. „On the duality of mind“ cytowany przez KRAFFT-EBING'a w jego Psychiatrii.

Czy płód przymiotowy może zarazić matkę?

Kilka słów z powodu teorii
wstecznego zakażenia matki przymiotem od płodu (*choc en retour*).

Przez **Karola Szadka**.

Odczyt wypowiedziany w sekcji dermatologii i syfilidologii na VII Zjeździe lekarzy
i przyrodników polskich we Lwowie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 42).

Z kolei rozpatrzmy teraz teoretyczne zasady, na których opierają się zwolennicy teorii łożyskowego zakażenia matki. Według poglądów obrońców teorii *choc en retour* (HUTCHINSON'a, DIDAY'a, FOURNIER'a) zakażenie łożyskowe matki brzemiennej następuje stopniowo i powoli, zaś zarazek przymiotowy przenika do ustroju matki kilkoma nawrotami i dopiero po upływie dłuższego czasu (kilka miesięcy) jest w stanie wywołać widoczne zmiany przymiotowe. Takie przewlekłe zakażenie ustroju macierzyńskiego nie daje się pogodzić z ustalonymi w nauce pojęciami i faktami, tyczącymi się istoty i działania zarazka przymiotu na ustrój. Liczne albowiem doświadczenia wykazały, iż ustrój ulega zawsze jednorazowemu zakażeniu przymiotem z chwilą dostania się doń choćby najmniejszej ilości zarazka; następnie zaś zarazek przymiotu nie należy do rzędu związków chemicznie działających, lecz jest najprawdopodobniej żywym organizowanym tworem, składającym się zapewne z drobnoustrojów i toksyn t. j. wydzieliny z nich powstającej, a więc siła i stopień działania zarazka przymiotowego na ustrój wcale nie zależy od ilości jadu, lecz chyba od zdolności jego do dalszego rozwoju, rozmnażania się; z drugiej zaś strony — od stopnia odporności zakażonego ustroju. Z powyższego więc wynika, iż jeśliby zarazek przymiotu dostał się od płodu wprost do krwiobiegu matki (jak to utrzymują zwolennicy teorii *choc en retour*), w jednej chwili zakazić musiałby cały ustrój macierzyński i wywołać wkrótce wybuch ogólnych objawów przymiotu; następnie zaś, jeśli matka, będąc poprzednio zdrowa, w czasie pierwszej ciąży zakażona zostaje przez łożysko, wtedy ustrój, stawszy się przymiotowym, powinienby nabyć zupełnej odporności względem przymiotu, a więc nie może wcale ulegać powtórnemu zakażeniu w biegu następnych ciąży. A jednak HUTCHINSON i inni utrzymują, jako u matek, noszących w swem łonie płód przymiotowy, podczas każdej brzemienności następuje zakażenie przymiotowe; zaś wskutek powolnego i stopniowego nagromadzenia się zarazka, po upływie dłuższego czasu występują odrazu późne objawy ogólne z pominięciem zmian wczesnego okresu drugorzędnego.

Niezwykłe wydłużanie się okresu wylegania przymiotu w przypadkach rzekomego zakażenia się matki od płodu, na które powołują się zwolennicy teorii *choc en retour*, nie zgadza się wcale z ustalonymi w nauce faktami i spostrzeżeniami, tyczącymi się zakażenia przymiotowego; niekiedy wprowadzie napotymano przypadki 10 tygodniowej długości okresu wylegania (FOURNIER⁷⁵), nigdy jednak nie dostrzeżono, iżby od chwili zakażenia się do wystąpienia pierwotnego objawu upłynęło kilka miesięcy. Czyż więc możliwe jest przypu-

⁷⁵) Recherchos sur l'incubation de la syphilis. Paris. 1865. str. 24.

ścić, iżby matki, zakażone przez łożysko, stanowiły pod tym względem wyjątek? Należałoby raczej w podobnych warunkach oczekiwać szybszego przebiegu choroby, niż zwykle, a to z powodu, iż zarazek przymiotu dostaje się tu wprost do krwiobieg matki. Zwolennicy teorii *choc en retour*, nie mogąc uzasadnić należycie niezwykłego przedłużenia okresu wylegania przymiotu, powołują się też na analogiczną niby długość okresu utajenia w przypadkach t. zw. przymiotu dziedzicznego późnego (*Syphilis hereditaria tarda*), przeciwko czemu wypada tu zaznaczyć, iż teoria przymiotu dziedzicznego spóźnionego nie jest wcale oparta na pewnych faktach, jak to wykazała spora ilość syfilidologów (von GIRTANNER ⁷⁶), von ROSEN ⁷⁷), BÆUMLER ⁷⁸), FÜRTH ⁷⁹), autor ⁸⁰), NEISSER ⁸¹), PELLIZZARI ⁸²), KASSOWITZ ⁸³), NEUMANN ⁸⁴), KAPOSÍ ⁸⁵).

Jak widzimy więc z powyższego, teorie HUTCHINSON'a, DIDAY'a, ZEISS'a, usiłujące uzasadnić i udowodnić wsteczne zakażenie się matki przymiotem od płodu, nie opierają się wcale na faktach i dowodzeniach przekonywających, a więc należy je zaliczyć do rzędu hipotez, niemających podstawy naukowej.

Przy rozpatrywaniu zaś stosunków anatomicznych i fizyologicznych płodu, znajdującego się w łonie matki, przekonamy się, iż i te stosunki nie uzasadniają łożyskowego zakażenia matki przymiotem. Naczynia krwionośne matki i płodu wzajemnie się oplatają i pozostają w blizkiem zetknięciu się; jednak o bezpośrednim, ścisłym połączeniu krwiobiegów matki i płodu nie może być nawet mowy, ponieważ są one oddzielone od siebie przegrodą, składającą się z kilku warstw, z rozmaitych tkanek złożonych. Co się zaś tyczy warunków fizyologicznych, w jakich pozostaje płód, wypada nadmienić, iż jakkolwiek płód całkowitą ilość materiału odżywczego otrzymuje od matki, przerabiać jednak musi go w swym ustroju; na to wskazuje istnienie oddechu łożyskowego u płodu oraz wysoka ciepłota, wyraźne ruchy płodu i obecność mocznika w wydzielinach płodu (VOLKMANN ⁸⁶), VALENTIN ⁸⁷), SCHWARTZE ⁸⁸), SCHULTZE ⁸⁹), ZWEIFEL ⁹⁰); stąd więc wypływa, iż w ustroju płodu przez cały ciąg wewnątrzmacicznego okresu życia odbywa się samodzielna, ożywiona przemiana wsteczna (PROCHOWNIK ⁹¹), WIENER ⁹²).

Przenikanie przez łożysko ciał lotnych i płynów udowodnione zostało przez liczne doświadczenia; poszukiwania zaś REITZ'a ⁹³), CASPARY'ego ⁹⁴),

⁷⁶) Abhandl. über die vener. Krankheit. Göttingen. 1788. str. 433.

⁷⁷) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe. 1861. III. str. 240.

⁷⁸) Ziemssen's Handbuch. III. Bd. str. 228.

⁷⁹) Wiener Klinik. 1879. 11/12. str. 308.

⁸⁰) Medycyna. 1884. 23.

⁸¹) Ziemssen's Handbuch. XIV. Bd. I. Hälfte. str. 697.

⁸²) Virchow's Jahresbericht. 1884. II. str. 575.

⁸³) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1884. XXI. str. 113.

⁸⁴) Internat. klin. Rundschau. 1887. 15. str. 457—460.

⁸⁵) Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart. 1891. str. 403—405.

⁸⁶) Müller's Archiv. 1841. str. 332—346.

⁸⁷) Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 1850. II. str. 134.

⁸⁸) Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipzig. 1858.

⁸⁹) Jonaische Zeitschrift für Medicin und Naturwiss. 1863. IV. 3/4. str. 541.

⁹⁰) Archiv für Gynaekologie. IX. str. 291.

⁹¹) Tamże. XI. str. 304.

⁹²) Tamże. XXIII. str. 183—214.

⁹³) Sitzungsber. d. Akad. in Wien. 1868. LVII. str. 8—10.

⁹⁴) Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1877. str. 491—492.

PERLS'a ⁹⁵⁾, MARSA ⁹⁶⁾, PYLE'go ⁹⁷⁾ wykazały możliwość przejścia ciał stałych przez łożysko; według RAUBER'a ⁹⁸⁾ i PREYER'a ⁹⁹⁾ mogą przenikać przez łożysko nawet twory uorganizowane. Pośredniem potwierdzeniem możliwości przejścia przez łożysko drobnoustrojów chorobowych służyć mogą spostrzeżenia kliniczne, tyżące się udzielania się niektórych chorób zakaźnych od matki do płodu (LEALE ¹⁰⁰⁾, DOHRN ¹⁰¹⁾, GOETH ¹⁰²⁾, ALBRECHT ¹⁰³⁾, FELLEGER ¹⁰⁴⁾, SIMPSON ¹⁰⁵⁾, BARNE ¹⁰⁶⁾, KUBASOW ¹⁰⁷⁾. Z drugiej jednak strony nie brak doświadczeń i spostrzeżeń, zaprzeczających przenikaniu stałych i uorganizowanych tworów przez łożysko (FEHLING ¹⁰⁸⁾, BISCHOFF ¹⁰⁹⁾, BOLLINGER ¹¹⁰⁾, JASIŃSKI ¹¹¹⁾, DAVAIN ¹¹²⁾, MIROPOLSKA ¹¹³⁾, URWICZ ¹¹⁴⁾; wyniki doświadczeń URWICZA najwymowniej przemawiają przeciwko przenikaniu przez łożysko drobnoustrojów chorobotwórczych, dotyczą one albowiem posocznicy (*septicaemia*), a jak wiadomo, bakterye wymienionej choroby, jako bardzo drobne, najłatwiej mogłyby przejść przez łożysko.

Przeciwko doświadczeniom, stwierdzającym przechodzenie ciał stałych i uorganizowanych przez łożysko, można przytoczyć następne zarzuty: 1) otrzymywane u zwierząt wyniki wcale nie mogą być zastosowane do ustroju ludzkiego wobec znacznej różnicy w budowie anatomicznej oraz rozmaitych warunków fizyologicznych u zwierząt i ludzi; 2) przy wykonywaniu wymienionych badań i doświadczeń możliwe są rozmaite błędy, skutkiem czego powstają najmylniejsze wnioski (FEHLING, MIROPOLSKA).

Powyżej przytoczone dane wskazują, iż możliwość przenikania przez łożysko ciał stałych i tworów uorganizowanych nie jest dotychczas dowiedziona; w warunkach zwykłych łożysko wcale ich nie przepuszcza; co się zaś tyczy warunków patologicznych, należy przypuścić, iż bardzo drobne ciała, np. zarodniki niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych oraz toksyny mogą przeniknąć przez łożysko, u człowieka jednak wydarza się to wyjątkowo rzadko, a to dlatego, że łożysko ludzkie posiada więcej złożoną budowę od zwierzęcego.

Zestawiwszy wszystkie powyższe argumenta i fakty, tyżące się sprawy wstecznego zakażenia matki przymiotem od płodu, przychodzimy do ostate-

⁹⁵⁾ Lehrbuch der allgem. Pathologie. Wien. 1879. II. str. 264—267.

⁹⁶⁾ Przegląd Lekarski. 1880. 33. 34. 35.

⁹⁷⁾ Philadelphia medical Times. 1884. I. str. 711—715.

⁹⁸⁾ Ueber den Ursprung der Milch. Leipzig. 1869.

⁹⁹⁾ Die specielle Physiologie des Embryo. Leipzig. 1885. str. 216 i 218.

¹⁰⁰⁾ Medical News. Philadelphia. 1884. 31 May.

¹⁰¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie. I. str. 477.

¹⁰²⁾ Tamże. VI. str. 22—23.

¹⁰³⁾ Deutsche medicin. Wochenschrift. 1880. 18. str. 141.

¹⁰⁴⁾ Schmidt's Jahrbücher. 1854. LXXXIV, str. 229.

¹⁰⁵⁾ Edinb. medical Journal. 1860. VI. str. 448.

¹⁰⁶⁾ Schmidt's Jahrbücher. 1869. 5. str. 243.

¹⁰⁷⁾ C. R. de l'Acad. des sciences. Paris. 1885. str. 372—375.

¹⁰⁸⁾ Beitrag zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs. 1877. str. 35.

¹⁰⁹⁾ Abhandl. aus d. Bayer. Akad. der. Wissensch. 2 A. X. 1886. I. Abth. str. 117—166.

¹¹⁰⁾ Deutsche Zeitschrift für Thiermedizin. 1866. II. str. 441.

¹¹¹⁾ Virchow's Archiv, 1867. XL. str. 350.

¹¹²⁾ Recueil de médecine veterinaire. 1868. str. 193.

¹¹³⁾ Wracz. 1884. 46. str. 776—779.

¹¹⁴⁾ Tamże. 1858. 17. str. 276.

cznego wniosku, iż łożyskowe zakażenie się matki przymiotem od płodu jest wcale niemożliwe wobec anatomicznych i fizyologicznych stosunków płodu, i teoria *choc en retour* — jako nieudowodniona przekonywającymi i nie dająca się pogodzić z ustalonymi w nauce faktami, powinna być zaliczona do rzędu hipotez, nie mających żadnej naukowej podstawy *)

Rys działalności Szpitala Zapaszowego dla chorych zakaźnych w r. 1892

podał J. Sz wajcer.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 42).

Przechodząc teraz do szczegółowego sprawozdania, musimy nadmienić, że obejmuje ono tylko czas 11 miesięcy t. j. od dnia otwarcia szpitala 1 (13) lutego do 31 grudnia 1892 r., ściślej mówiąc 335 dni.

T A B L I C A I.

	Razem	Męż- czyzn	Kobiet
Wszystkich chorych w ciągu tego czasu mieliśmy	876	482	394
Wypisało się	746	407	339
Zmarło	87	52	35
Pozostało na rok 1893	43	23	20
Ogółem ilość dni szpitalnych wynosiła	11693	6470	5223
Wypisani i zmarli przebyli dni szpitalnych	11188	6220	4968
Pozostali na rok 1893 przebyli dni szpitalnych	505	250	255
Sami wypisani przebyli dni szpitalnych	10681	5905	4776
Zmarli przebyli dni szpitalnych	507	315	192
Każdy chory przebył przeciętnie dni szpitalnych	13,3	13,4	13,2
Każdy wypisany „ „ „	14,3	14,5	14,0
Każdy zmarły „ „ „	5,8	6,0	5,5
Przeciętna liczba chorych w każdym miesiącu	79,6	43,8	35,8
Na każde łóżko przypada przeciętnie chorych	17,5	9,6	7,9
„ „ „ „ „ „ zmarłych	1,74	1,04	0,7

Z ogólnej liczby 876 chorych —dotkniętych chorobami zakaźnymi było 836 (mężczyzn 459, kobiet 377); reszta zaś—40 odnosi się do chorych niezakaźnych, którzy dla różnych powodów chwilowy przytułek w szpitalu znaleźli. Przypadków tych, jako niewłaściwie do szpitala naszego zakwalifikowanych i żadnego interesu nie przedstawiających, w sprawozdaniu naszym uwzględniać nie będziemy. Odnosi się ono tylko

*) Dyskusya, przeprowadzona nad tym przedmiotem na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, podana została w № 40 „Medycyny“ na str. 803 (Przypisek Redakcyi).

do 836 przypadków wyłącznie chorób zakaźnych, wyszczególnionych w poniższej tabelicy.

TABLICA II.

Podział chorych według chorób i płci.

Wyszczególnienie choroby.	Mężczyźni.				Kobiety.				Razem.			
	Przybyło.	Wypisano.	Zmarło.	Pozostało.	Przybyło.	Wypisano.	Zmarło.	Pozostało.	Przybyło.	Wypisano.	Zmarło.	Pozostało.
Variola	48	34	7	7	58	41	13	4	106	75	20	11
Scarlatina	12	10	2	—	12	10	—	2	24	20	2	2
Angina diphtheritica. . .	2	1	1	—	3	3	—	—	5	4	1	—
Ang. follicular.	6	5	—	1	15	15	—	—	21	20	—	1
Morbilli	10	8	—	2	14	14	—	—	24	22	—	2
Typhus exanthem.	2-3	248	25	10	212	186	12	14	495	434	37	24
Typhus abdominalis. . .	8	6	2	—	7	7	—	—	15	13	2	—
Typhus recurrens.	4	4	—	—	—	—	—	—	4	4	—	—
Typhus indeterminatus. . .	10	10	—	—	3	3	—	—	13	13	—	—
Dysenteria	14	13	1	—	11	9	2	—	25	22	3	—
Cholera nostras	8	7	1	—	5	5	—	—	13	12	1	—
Cholera asiatica	1	1	—	—	1	—	1	—	2	1	1	—
Erysipelas	22	19	3	—	17	17	—	—	39	36	3	—
Pneumonia crouposa . . .	17	10	5	2	16	15	1	—	33	25	6	2
Polyarthrit. acuta.	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1
Febris intermittens . . .	10	10	—	—	1	1	—	—	11	11	—	—
Endocarditis ulcer.	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Meningitis tuberc.	2	—	2	—	2	—	2	—	4	—	4	—
Razem.	459	386	50	23	377	326	31	20	836	712	81	43

Z tabelicy tej przekonywamy się, że najliczniejszą rubrykę stanowiły: tyfus wysypkowy i ospa. Pierwszego mieliśmy bowiem 495 przypadków t. j. prawie $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby chorych, a drugiej—106. Jeśli do tej liczby dodamy około 800 tyfusowych w szpitalu Starozakonnych, 400 blisko w specjalnym oddziale dla tyfusu wysypkowego przy szpitalu Dz. Jezus, oraz liczne przypadki w obu szpitalach dla dzieci i na mieście, to przekonywamy się, że Warszawa w r. 1892 była obszernym ogniskiem tyfusu wysypkowego, jakiego dotychczas nie notowano. Wogóle pod względem epidemiologicznym rok sprawozdawczy trzeba zaliczyć do bardzo niepomyślnych dla Warszawy, a prawdopodobnie i dla całego kraju. Pomijając już bowiem tyfus wysypkowy, widzimy dość znaczne rozszerzenie się innych chorób zakaźnych: płonicy, ospy, biegunki krwawej, oraz spotykamy się z formami zakaźnymi, od których Warszawa dłuższy już czas zupełnie wolna była. Mowa tu o cholercie azjatyckiej i gorączce powrotnej, które, dzięki tylko w porę zastosowanym środkom ochronnym, szerszych rozmiarów nie przybrały. Odkładając bliższe szczegóły o każdej z tych chorób na koniec sprawozdania, przytoczymy tu tymczasem niektóre dane, odnoszące się do wyznania, zatrudnienia, miejsca pochodzenia i wieku wszystkich chorych razem, oraz ich podział według miesięcy i cyrkulów policyjnych Warszawy. Dane to, rzucające pewne światło na etiologię chorób zakaźnych oraz na warunki sanitarne miasta, nie będą pozbawione pewnego znaczenia naukowego.

Poniższa tablica wskazuje podział chorych zakaźnych podług wyznania.

T A B L I C A I I I.
Podział chorych podług wyznania.

	Chrześcijanin.			Niechrześ. (żydzi).		
	Razem	Męż- czyzn.	Kobiet	Razem	Męż- czyzn.	Kobiet
Przybyło chorych . . .	752	419	333	84	40	44
Wypisało się	631	346	285	81	40	41
Zmarło	79	50	29	2	0	2
Pozostało na rok 1893 . .	42	23	19	1	—	1

W tablicy tej uderza niezmiernie mała odsetka śmiertelności żydów, która wynosi zaledwie 2,5, gdy dla chrześcijan 10,5. O kwestyi tej będzie jeszcze mowa poniżej, tymczasem przechodzimy do następnej tablicy podziału chorych podług zajęć.

T A B L I C A I V.
Podział chorych podług zatrudnień.

	Praca umysł.			Rolnicy.			Rzemieśln.			Wyrobnicy			Handlujac.			Służący.			Inne zajęć		
	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet
Przybyło chorych .	5	3	2	11	8	3	215	177	38	166	108	58	36	23	13	180	56	124	233	84	139
Wypisało się . . .	5	3	2	11	8	3	187	153	34	138	87	51	25	16	9	151	46	105	195	73	122
Zmarło	—	—	—	—	—	—	21	19	2	22	16	6	7	5	2	12	3	9	19	7	12
Pozostało na r. 1893	—	—	—	—	—	—	7	5	2	6	5	1	4	2	2	17	7	10	9	4	5

Z tablicy tej przekonujemy się, że najliczniejszą rubrykę chorych zakaźnych stanowili ludzie nieokreślonego zajęcia, do których zaliczają się przeważnie osobniki klasy najbiedniejszej i zarazem najbardziej zaniedbanej pod względem higienicznym. Następną rubrykę stanowią rzemieślnicy i wyrodnicy.

Co się tyczy miejsca zamieszkania chorych, to tablica poniższa wykazuje, że

T A B L I C A V.
Podział chorych podług miejsca zamieszkania.

	Mieszkających w Warsza- wie więcej niż rok.			Przyjezdnych i mieszkają- cych mniej niż rok w War- szawie.		
	Razem	Męż- czyzn.	Kobiet	Razem	Męż- czyzn.	Kobiet
Przybyło chorych . . .	612	328	284	224	131	93
Wypisało się	525	279	246	187	107	80
Zmarło	57	35	22	24	15	9
Pozostało na r. 1893 . .	30	14	16	13	9	4

Z danych tych wynika, że odsetka śmierci u przyjezdnych i mieszkających mniej niż rok czasu w Warszawie jest cokolwiek większa (10,7%), aniżeli u mieszkańców Warszawy (9,2%). Objaw ten, z pozoru dziwny, zrozumiały będzie, gdy przypomni-
my sobie, że przyjezdni chorzy przybywają po największej części w stanie bardzo zaniedbanym i że chorzy, obcy, zapadli w Warszawie, zwykle należą do najbiedniejszych warstw ludności prowincjonalnej, szukającej zarobku w Warszawie.

Pod względem wieku, wszystkich chorych naszych rozdzieliliśmy na grupy, różniące się między sobą kolejno o lat 10, podług poniższej tablicy.

T A B L I C A V I.
Podział chorych podług wieku.

	Od 1—10 r.			Od 10—20			Od 20—30			Od 30—40			Od 40—50			Od 50—60			Od 60 i wyż.		
	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet
Przybyło chorych .	19	8	11	283	148	135	284	173	111	125	68	57	60	37	32	39	18	21	17	7	10
Wypisało się. . .	15	7	8	245	127	118	260	156	104	103	57	46	51	25	26	26	11	15	12	3	9
Zmarło	3	1	2	22	12	10	8	6	2	16	9	7	15	11	4	12	7	5	5	4	1
Pozostało na 1893 r.	—	1	1	16	9	7	16	11	5	6	2	4	3	1	2	—	1	1	—	—	—

Z cyfr powyższych okazuje się, że choroby zakaźno-przodewszystkiem czepiają się ludzi młodych, między 20—30 rokiem życia, mniej nieco między 10—20; wiek wyżej 50 bardzo mało skłonny jest do tych chorób. O bardzo młodym wieku od 1—10 wniosków z naszych tablic robić nie możemy, gdyż szpital przeznaczony jest tylko dla dorosłych. Widzimy dalej, że wogóle kobiety mniej chorują, aniżeli mężczyźni, oraz że śmiertelność z wiekiem niepomniernie wzrasta. Wówczas bowiem, gdy odsetka śmierci między 20—30 rokiem wynosi zaledwie 2,7%, to między 30—40 wynosi już 12,8%, a między 40—50 wynosi 21,7% i t. d.

O ruchu chorych naszych podług miesięcy poucza nas następująca tablica.

T A B L I C A V I I.
Podział chorych podług miesięcy.

	Luty.			Marzec.			Kwiec.			Maj.			Czerw.			Lipiec.			Sierp.			Wrześ.			Paźdz.			Listop.			Grudz.		
	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet	Razem	Męż.	Kobiet			
Przybyło chorych .	37	21	16	90	47	43	105	64	41	98	57	41	77	38	39	96	53	43	89	44	45	68	37	31	60	30	30	53	29	24	63	39	24
Wypisało się. . .	20	8	12	58	28	30	92	59	33	102	61	41	75	38	37	70	35	35	97	46	51	59	32	27	51	29	22	40	18	22	48	32	16
Zmarło	—	—	—	7	4	3	7	5	2	7	5	2	7	4	3	9	5	4	13	10	3	7	4	3	9	3	6	7	5	2	8	5	3
Pozostało na r. 1893	17	13	4	42	28	14	48	28	20	37	19	18	32	15	17	49	28	21	28	16	12	30	17	13	30	15	15	36	21	15	43	23	20

Przytoczone cyfry pokazują, że najwięcej chorych przypada na miesiące wiosenne i letnie: marzec, kwiecień, maj, lipiec i sierpień; śmiertelność zaś największa była w miesiącach jesiennych.

Ostatnia nakoniec tablica przedstawia podział chorych podług cyrkulów miasta.

T A B L I C A V I I I.
Podział chorych podług cyrkulów miasta.

	I Zamkowy.		II Soborný.		III Mostowski.		IV Belański.		V Powązkowski.		VI Towarowy.		VII Wolski.		VIII Jerozolimski.		IX Łazienkowski.		X Nowo-Swiecki.		XI Mokotowski.		XII Praski.	
	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.	Razem	Męż.
Przybyło chorych .	58	32	26	54	33	21	99	65	34	34	14	20	71	39	32	12	7	5	84	49	35	67	23	44
Wypisało się. . .	49	26	23	49	31	18	87	56	31	29	12	17	63	35	28	5	3	2	75	44	31	59	19	40
Zmarło	7	5	2	4	1	3	9	6	3	2	1	1	3	2	1	3	2	1	7	4	3	7	4	3
Pozostało na 1893 r.	2	1	1	1	—	1	3	—	3	3	1	2	5	2	3	4	2	2	2	1	1	1	—	1

Jak widzimy, najwięcej chorych dostarczyły szpitalowi cyrkule: Mostowski, Powązkowski i Wolski; najmniej zaś: Towarowy i Bielański. Najmniejsza śmiertelność przypada na cyrkule: Bielański i Powązkowski.

Jedną z najciekawszych rubryk w niniejszym sprawozdaniu stanowi bezwątpienia liczba osób zarażonych w samym szpitalu. Zdawałoby się, że przy takim rozkładzie sal pod jednym dachem i w jednym korytarzu, jak to ma miejsce w szpitalu Zapasowym, przypadki zarażenia się wśród chorych, szczególnie tyfusem wysypkowym, będą bardzo liczne, jako prawie nienniknione. Tymczasem na ogólną liczbę chorych—876, z których blisko 500 z tyfusem wysypkowym, nie mieliśmy ani jednego przypadku zarażenia się tym ostatnim wśród chorych, chociaż personel służbowy, jako niezbyt liczny i nie oddzielny dla każdej z chorób zakaźnych, najłatwiej mógł być przenośnikiem zarazy.

Mieliśmy tylko po 2 przypadki zarażenia się chorych ospą i różą. Jeden z zarażonych ospą był nieszczepiony.

Co się zaś tyczy przypadków zarażenia się wśród personelu służbowego, to na 50 osób, mających większą lub mniejszą styczność z chorymi, jako to: 4 lekarzy, 5 siostr miłosierdzia, 7 felerów, 19 służby męskiej i 15 żeńskiej, zaraziło się ogółem osób 13, a mianowicie: 2 lekarzy (REMBIELIŃSKI i FRANKOWSKI), 1 siostra miłosierdzia, 1 feler, 2 posługaczy, 6 posługaczek i żona feler-dezynfektora, który sam zarazy uniknął, chociaż stale w szpitalu mieszka i dezynfekcją rzeczy się zajmuje. Na uwagę zasługuje, że dziecko tego ostatniego, nieszczepione, zaraziło się ospą. Dodać muszę, że u wszystkich zarażonych w szpitalu choroba zakończyła się pomyślnie²⁾.

Godno zaznaczenia jest, iż na 7 felerów zaraził się tylko jeden, chociaż żaden z nich przedtem tyfusu nie przechodził.

Przypadków zarażenia się innymi chorobami zakaźnymi wśród personelu służbowego nie mieliśmy wcale. Zaznaczam, że wszystkim nowowstępującym do służby szpitalnej była powtórnie oспа szczepiona.

Podawszy ogólne dane o ruchu chorych, nie bez interesu będzie przyjrzeć się bliżej choć niektórym rubrykom, które pod względem ilościowym i jakościowym główną charakterystykę szpitala w roku sprawozdawczym stanowiły. Jak z tablicy 2-oj widzimy, do rubryk tych należą przedewszystkiem: tyfus wysypkowy i oспа, pierwszego bowiem mieliśmy aż 495 przypadków, drugiej 106.

Z ogólnej cyfry 495 tyfusowych było mężczyzn 283, kobiet 212. Według wyznania: chrześcijan 426 (mężczyzn 247, kobiet 179); żydów 69 (mężczyzn 37, kobiet 32).

Pod względem wieku chorzy tyfusowi dzielą się w następujący sposób:

(Patrz tabl. IX. str. 863).

Największa liczba chorych, jak widzimy, przypada na wiek młody: między 15 — 30 rokiem życia mieliśmy 269 przypadków t. j. większą połowę wszystkich chorych. Po za 65 rokiem życia tyfus wysypkowy jest bardzo rzadki, mieliśmy go tylko 2 przypadki. Taki sam stosunek znaleźliśmy i w epidemii z r. 1889, w której opisio³⁾ sprawa ta bliżej jest rozpatrzona.

Podział chorych na tyfus wysypkowy podług miesięcy rozpada się, jak następuje:

(Patrz tabl. X. str. 863).

Jak to bywa, miesiące wiosenne i letnie sprzyjają rozwojowi tyfusu wysypkowego, chociaż zdawałoby się, że możliwość dłuższego przebywania na otwartym powietrzu zmniejsza skłonność do zachorowania. LEBERT też zauważył, że zajęci pracą w domach rzadziej zapadają, aniżeli pracujący pod odkrytym niebem.

Co się tyczy pochodzenia chorych tyfusowych, to podział ich podług cyrkulów miasta jest następujący:

(Patrz tabl. XI. str. 863).

Okazuje się, że najwięcej chorych na tyfus wysypkowy dostarczyły cyrkule: III (Mostowski), V (Powązkowski) i VII (Wolski); a mianowicie ulice: Wolska, Muranowska (po 11 przypadków), Pawia, Łoszu (po 10), Gęsia, Smocza, Miła (po 9),

²⁾ Śmierć kol. FRANKOWSKIEGO spowodowana była inną przyczyną.

³⁾ ZWAZCER. O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu Zapasowym w Warszawie w 1889 r. ską, 1892.

TABLICA IX.

Podział tyfusowych podług wieku.

Wiek	Męż.	Kobiet	Razem
Od 6—10	5	4	9
„ 11—15	21	30	51
„ 16—20	56	32	88
„ 21—25	57	34	91
„ 26—30	54	36	90
„ 31—35	23	19	42
„ 36—40	23	20	43
„ 41—45	12	7	19
„ 46—50	17	14	31
„ 51—55	6	7	13
„ 56—60	7	5	12
„ 61—65	2	2	4
„ 66—70	—	1	1
„ 71—75	—	1	1
Razem . .	283	212	495

TABLICA X.

Podział tyfusowych podług miesięcy.

Miesiąc	Męż.	Kobiet	Razem
Luty . . .	8	3	11
Marzec . .	33	32	65
Kwiecień .	55	38	93
Maj . . .	51	33	84
Czerwiec .	29	26	55
Lipiec . .	37	23	60
Sierpień .	19	15	34
Wrzesień .	17	9	26
Październik	8	7	15
Listopad .	12	9	21
Grudzień .	14	17	31

TABLICA XI.

Podział tyfusowych podług cyrkułów.

Cyrkuły	Męż.	Kobiet	Razem
I (Zamkowy) . .	17	13	30
II (Soborny) . .	20	10	30
III (Mostowski) .	52	18	70
IV (Bieleński) . .	10	18	28
V (Powązkowski) .	28	25	53
VI (Towarowy) . .	1	1	2
VII (Wolski) . .	27	22	49
VIII (Jerozolim.) .	16	27	43
IX (Łazienkow.) .	7	13	20
X (Nowo-Świecki) .	7	5	12
XI (Mokotowski) .	1	—	1
XI (Praski) . .	23	11	34

Chłodna, Dzielna (po 8), Nizka, Ostrowska, Rybaki i Twarda (po 7), oraz podmiejskie okolice: Wola (18 przypadków), Ochota, Czyste, Koło (po 7). Jak szeroko kręgi epidemia zataczała, pokazuje się z tego, że w szpitalu naszym mieliśmy chorych aż ze 100 przeszło różnych ulic Warszawy, z których znaczna część przeważnie przez ludność żydowską jest zamieszkała, oraz z 32 osad i wsi, 6 więzień i 5 szpitali.

Co się tyczy zatrudnienia, to najwięcej chorych przypada na rzemieślników 133 przypadki (mężczyzn 110, kobiet 23) i wyrobników 116 (mężczyzn 62, kobiet 54); następnie idą: służący 82 (mężczyzn 32, kobiet 50), handlujący 23 (mężczyzn 15, kobiet 8), rolnicy, umysłowo pracujący i różno inne zatrudnieni (szwaczki, praczki, mamki, stojkowi, stróże, flisacy i t. p.) 162 (mężczyzn 81, kobiet 81). Z ogólnej tej liczby chorych aresztantów było 71 (mężczyzn 46, kobiet 25). (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

123. ROUX, MARTIN i CHAILLOU. Leczenie błonicy surowicą swoistą (300 przypadków). W celu otrzymania surowicy antydyfterytycznej Roux uodparniał konie toksynami, otrzymywanymi z hodowli bulionowych błonicy. Hodowle te były rozprowadzane w kolbkach FARNBACH'a ze zwykłym bulionem i stawiane do termostatu przy 37° C. Z chwilą, gdy rozwój dostatecznie się uwydatnił, Roux przepuszczał przez hodowle wilgotne powietrze, przez co jadowitość hodowli wzrastała. Po 3 ch lub 4 ch tygodniach otrzymywane po przefiltrowaniu przez filtr CHAMBERLAND'a toksyny z tych hodowli były tak jadowite, że w dawce 0,1 ctm. sz. zabijały świnkę 500 grm. w przeciągu 48 godzin. Początkowo zastrzykiwano koniom w tkankę podskórną toksyny dyfterytyczne w połączeniu z płynem GRAM'a (1/3 objętości toksyn), ponieważ mieszanina ta okazała się mniej niebezpieczna dla zwierząt; następnie szczepiono toksyny czyste w przerwach jedno lub kilkodniowych, zaczynając od 1/4 ctm. sz., a dochodząc stopniowo do 250 ctm. sz. i więcej. Konie wybrano jedynie dla tego, że przenoszą one szczepionkę lepiej od innych zwierząt

i dostarczają dużej ilości surowicy, która, jak wykazały doświadczenia ROUX'a i VAILLARD'a nad tężcem, nawet w dawkach znacznych nie jest szkodliwa dla zwierząt laboratoryjnych i dla człowieka. Najkrótszy czas, jaki zużyto na uodpornienie konia w celu otrzymania surowicy leczniczej, wynosi około 3-ch miesięcy. Siła uodparniająca surowicy dochodzi od $\frac{1}{50000}$ do $\frac{1}{100000}$ wagi ciała.

Pierwsze próby leczenia błonicy surowicą rozpoczęto 1 lutego r. b. Nie zmieniając nic w ogólnym sposobie leczenia, szczepiono surowicę wszystkim bez wyjątku dzieciom, dotkniętym błonicą, aby tem łatwiej można było porównać odsetki śmiertelności i wyzdrowień dzieci, leczonych surowicą, z odsetkami dzieci nieleczonych. Obserwacje były prowadzone jednocześnie w dwóch szpitalach dzieciennych; w jednym z nich stosowano surowicę, w drugim nie. Od 1 lutego do 24 lipca r. b. dzieci leczonych surowicą było 448, z tej liczby zmarło 109, czyli odsetka śmiertelności wynosi 24,6%. Z nieleczonych surowicą 529 dzieci, w tymże czasie zmarło 316 t. j. około 60%; a zatem różnicę pomiędzy temi odsetkami należy zawdzięczać działaniu surowicy. Wykluczając jednakże przypadki, w których badanie bakteriologiczne nie wykryło laseczek KLEBS-LOEFFLER'a, jako nie błonnicowe, i te zejścia śmiertelne, które miały miejsce zaraz po przybyciu dzieci do szpitala, pozostaje tylko 300 przypadków rzeczywistej błonicy, co wynosi 26%. Ta cyfra zatem daje nam dokładne pojęcie o skuteczności działania surowicy.

W celach leczniczych używano surowicę o sile 1 na 50000 do 100000 t. j. świnka, która otrzymała surowicę w stosunku $\frac{1}{50000}$ wagi ciała, znosi po 12-godzinnem zakażeniu śmiertelną dawkę jadłowitej hodowli błonicy.

Wszystkim dzieciom, świeżo przybyłym do szpitala, wstrzykiwano w tkankę podskórną brzucha jednorazowo 20 ctm. sz. surowicy. Dzieciom, u których nie wykryto laseczek KLEBS-LOEFFLER'a, nie szczepiono jej więcej; dawka ta jednak nie wywoływała u nich żadnych zaburzeń, przeciwnie, można było zauważyć pewne polepszenie, przytem dzieci te nie zarażały się błonicą, pozostając przez czas dłuższy w szpitalu. Injekcja, zręcznie wykonana w tkankę podskórną, nie jest bolesna, po kilku chwilach surowica zostaje wchłonięta bez najmniejszych miejscowych objawów. Dzieciom, dotkniętym prawdziwą błonicą, w 24 godzin po pierwszym wstrzyknięciu wstrzykiwano jeszcze 10 do 20 ctm. sz. surowicy. Jeżeli nie występowało obniżenie ciepłoty ciała i tętno pozostawało szybkie, wprowadzano po raz trzeci surowicę w ilości 10 do 20 ctm. sz. Najmniejsza ilość surowicy, jaką zastrzykiwano dzieciom, wynosiła 20 ctm. sz., największa 125. Należy zauważyć, że dzieci leczone surowicą rzadziej podlegają powikłaniom, występującym dość często po błonicy.

Obserwując szczegółowo wpływ surowicy na przebieg choroby, R., M. i CH. dzielią chorych na dotkniętych błonicą i krupem.

W przypadkach błonicy czystej, w których badanie bakteriologiczne wykazuje przeważnie obecność laseczek KLEBS-LOEFFLER'a, wprowadzano surowicę w ilości 20 do 85 ctm. sz., nie biorąc pod uwagę okresu choroby, w którym dzieci przybywały do szpitala. Ogólny stan leczonych poprawia się bardzo szybko: dzieci nabierają cery, stają się znacznie żywsze i weselsze, apetyt im wraca, waga przybyska, pobyt w szpitalu skraca się znacznie.

Błony fałszywe już po 24 godzinach po pierwszym wstrzyknięciu nie powiększają się, odrywają się po 36—48 godzinach, laseczki KLEBS-LOEFFLER'a również znikają. Ciepłota ciała obniża się zwykle już po pierwszym wstrzyknięciu, w cięższych przypadkach po drugim lub trzecim. Tętno dłużej pozostaje szybkie. Oddech staje się łatwiejszy, białkomocz spotyka się rzadko u dzieci leczonych surowicą; jeżeli jest, to znika wkrótce. W bardzo ciężkich tylko przypadkach obecność białka w moczu daje się wykryć przez czas dłuższy. Wreszcie zaznaczyć należy, że o ile wcześniej surowica zostaje wprowadzona do ustroju, o tyle wyleczenie jest pewniejsze.

Przy zakażeniu mieszanem, w którym badanie bakteriologiczne wykazuje oprócz laseczek KLEBS-LOEFFLER'a jeszcze dużą ilość innych bakterii, jak koków, gronkowców i paciorkowców, ilość wprowadzanej surowicy zależna bywa od jakości bakterii, towarzyszących laseczkom KLEBS-LOEFFLER'a.

Przy zakażeniu, wywołanem przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a i koki, wystarcza 20 do 40 ctm. sz. surowicy, rzadko 60.

Przy zakażeniu, spowodowanem przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a i gronkowce, ilość użytej surowicy wynosi 30—50 ctm. sz.

Przy zakażeniu przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a i paciorkowce (przebieg najcięższy) stosowano surowicę w ilości 20—75 ctm. sz.

Wogóle przy zakażeniu mieszanem surowica działa w ten sam sposób, jak w przypadkach zakażenia czystego.

Z pomiędzy dzieci, dotkniętych krupem, autorowie ci odróżniają krup nieoperowany od operowanego. Pierwszy przebiega łagodnie, a pod wpływem surowicy dzieci powracają szybko do zdrowia.

Średnia dawka użytej surowicy w tych razach wynosi 35 ctm. sz. Z 10 przypadków jeden był śmiertelny.

Przebieg krupu operowanego jest daleko cięższy. W tych przypadkach zakażenie wywołane bywa, również jak przy błonicy, przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a same lub w połączeniu z kokami, gronkowcami i paciorkowcami.

Przy krupie, wywołanym przeważnie przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a, ilość zastrzykniętej surowicy wynosiła około 60 ctm. sz., w jednym tylko przypadku 205. Po zastrzyknięciu surowicy błony z tchawicy odrywają się dość szybko i zostają wykrztuszone, wskutek czego drożność poprawia się, wyjęcie rurki staje się możliwe już w 3 dni, przez co unika się powikłań ze strony płuc. Wpływ surowicy na ciepłotę ciała i tętno objawia się później, niż przy błonicy. Z 45 przypadków tej kategorii było 11 śmiertelnych czyli 24,4%.

Przy krupie operowanym, a wywołanym przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a z małym kokiem, ilość wprowadzonej surowicy wynosiła około 50 ctm. sz. Z 9-u przypadków — jeden śmiertelny.

Przy krupie operowanym, spowodowanym przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a z gronkowcami, działanie surowicy jest bardzo słabe. Powikłania ze strony płuc są częste i bardzo niebezpieczne. Surowicę zastrzykiwano w ilości 60 ctm. sz. Z 8-iu przypadków 4 śmiertelne czyli 50%.

Przy krupie operowanym, wywołanym przez laseczki KLEBS-LOEFFLER'a wraz z paciorkowcami, wstrzykiwano surowicę w ilości 75 — 100 ctm. sz. Przypadki te są bardzo ciężkie, powikłania ze strony innych narządów częste. Z 46 przypadków 26 zakończyły się niepomyślnie, a zatem odsetek śmiertelności wynosi 57%.

Wogóle ze 107 przypadków krupu operowanego, 42 zakończyły się śmiercią czyli 39,2%.

(*Annales de l'Institut Pasteur. N-r 9. 1894.*)

Wł. P.

124. D-r Bronisława DŁUSKA (SKŁODOWSKA). **Badania nad karmieniem dzieci.** Jedną z przyczyn zmniejszania się ludności we Francji jest rozpowszechnione bardzo sztuczne żywienie dzieci przy zmniejszającej się stale liczbie urodzeń. Pod wpływem prof. PINARD'a, nawołującego do powrotu do naturalnego karmienia dzieci piersią matki, autorka postanowiła przyczynić się do rozwinięcia myśli swego profesora. Przeprowadziła ona szereg badań klinicznych nad 500 kobietami w klinice imienia BAUDELOCQUE'a dla przekonania się, o ile karmienie przez matkę jest zawsze możliwe, jak często wydarzają się przeszkody, nie pozwalające istotnie matkom karmić własne dzieci i jak przy tym sposobie żywienia dzieci rozwijają się, przyczem brała pod uwagę stan kanału pokarmowego, zachowanie się ciemiaczek i szwów, wagę dziecka i t. p.

Jako wynik ogólny tych sumiennie i pracowicie przeprowadzonych badań okazało się, że karmienie piersią jest jedynie racjonalne, zarówno dla dziecka, jak i dla matki korzystne, i prawie zawsze może być przeprowadzone. Przeszkody do karmienia przez matkę są prawie jedynie natury społecznej. Wiadomo, jak wielki wpływ na śmiertelność niemowląt wywiera sposób ich żywienia. W krajach, w których matki karmią zwykle swoje dzieci piersią chociażby przez pierwsze kilka miesięcy, śmiertelność tych ostatnich jest nieznaczna (w Irlandyi 9%, w Rosyi 6,2%, w Szwecyi i Danii 13%, w Norwegii 10%), w Bawarii i Wirtembergii natomiast, gdzie żywienie dzieci sztuczne jest ogólnie przyjęte, śmiertelność dosięga cyfry 31—32%. Podobny stosunek wykazano w miastach wielkich dla dzieci karmionych piersią matki i karmionych sztucznie. Śmiertelność pierwszych w Strasburgu 19%, drugich 87%, w Paryżu 19% i 43%, w Monachium 10,6% i 89%. Autorka u badanych przez siebie kobiet przy ciążach poprzedzających znajdowała przy karmieniu 10,8%, przy żywieniu sztucznem 45,7% śmiertelności.

Położnice, nad którymi D. spostrzeżenia swoje w klinice odbywała, należały do najbiedniejszych warstw społecznych (wyróbnice, służące, kobiety bez zajęcia); niemniej już w ciągu krótkiego czasu trwania spostrzeżeń (10 dni) można było przekonać się, że wszystkie były w stanie karmić bardzo dobrze swoje dzieci.

Po wyłączeniu z pośród 500 matek 55, które nie karmiły dzieci swoich z różnych powodów (poronienie, dzieci nieżywo urodzone, albo zmarłe wkrótce po porodzie i t. p.), okazało się, że 82,2% były doskonałymi karmicielkami, dzieciom ich przybywało dziennie po 40 gramów przeciętnie, stan ciemiaczek i wypróżnienia prawidłowe; u 15% nie można było w ciągu 10 dni, przez które przebywały w szpitalu, wydać stanowczej opinii, albowiem dzieciom przybywało mniej, niż 20 gramów dziennie, ale przyczyna zależała od okoliczności, które w dalszym ciągu mogły z wielkim prawdopodobieństwem być usunięte, jak wadliwość brodawki, szczeliny, choroby przechodnie (zapalenie płuc, opłucnej, róża), a także od złej woli matki; na koniec tylko 2,7% matek okazało się złymi karmicielkami, którym z powodu złego stanu zdrowia (gruźlica, choroba serca), albo pokarmu niedostatecznego lub o wadliwym składzie, wreszcie z powodu nie dających się usunąć zboczeń brodawek, karmienie było wzbronione. Wiele matek, zaliczonych do dobrych karmielek, dotkniętych było chorobami poważnymi, jak przymiotem, białkomoczem, chorobami serca, a często nawet pęknięciami brodawek, zapaleniem gruczołów sutkowych i t. p., co nie stanowiło przeszkody do karmienia; dzieciom ich przybywało przeciętnie po 40 gramów dziennie i rozwijały się bardzo dobrze, nawet dzieci niedonoszone i słabo rozwinięte. Brak zupełny pokarmu nigdy się nie zdarzył, mała ilość pokarmu bardzo rzadko. Wieloródki okazały się w ogólności lepszymi karmicielkami, aniżeli karmiące po raz pierwszy, a powikłania ze strony brodawek i gruczołów piersiowych zdarzały się u nich znacznie rzadziej. Z badania spostrzeganych matek okazało się, że tylko 18% z nich karmiło wszystkie swoje dzieci, inne karmiły bardzo krótko, albo tylko niektóre dzieci, a połowa wcale żadnego dziecka nie karmiła, najczęściej z powodów społecznych, jak nędzy, wymagającej szukania zajęcia przez matkę, przyjęcia obowiązków mamki i t. p., rzadko bardzo (7%) z powodu niedostatecznej ilości pokarmu lub chorób wnikających. Autorka przypomina fakt, stwierdzony przez RANKE'go, ESCHERICH'a i innych, dotyczący kobiet w pewnych okolicach Bawarii i Wirtembergii, w których oddawna matki nie karmiły dzieci swoich piersią, że często bardzo spostrzega się u nich zanik gruczołów piersiowych i zupełny brak mleka. Obecnie kobiety tamtejsze, cierpiąc za błędy swoich poprzedniczek, nie mogą wypełniać swoich obowiązków macierzyńskich pomimo najlepszych chęci.

Spostrzeżenia D. wykazały, że jeżeli podczas ciąży ilość siary jest znaczna, to zawsze w następstwie i ilość mleka okazuje się obfitsza, mała ilość siary natomiast lub brak jej zupełny nie dowodzą bynajmniej, że ilość mleka nie będzie dostateczna. Mało rozwinięte gruczoły sutkowe dają zwykle małą ilość pokarmu, ale nadmiernie rozwinięte bynajmniej nie każą przewidywać wielkich bardzo ilości. Ilość pokarmu u wieloródek, a zwłaszcza u karmiących kilkakrotnie, jest większa, aniżeli u karmiących po raz pierwszy. Im znaczniejszy był przypływ pokarmu, który ma miejsce u karmiących po raz pierwszy w ciągu czwartego, u karmiących po raz drugi lub więcej w ciągu trzeciego dnia, tem i ilość pokarmu była większa w następstwie. Pęknięcia i szczeliny brodawek spostrzegała DŁUSKA u 44% swoich położnic; powstawały one najczęściej w ciągu pierwszych trzech dni po porodzie, rzadziej 4-go lub 5-go dnia, a wyjątkowo tylko później; zdarzały się one przeważnie u karmiących po raz pierwszy i u tych miały przebieg gorszy, aniżeli u tych, które już karmiły poprzednio, częściej przy brodawkach wadliwie zbudowanych, nieco częściej u blondynek i rudych, aniżeli u brunetek, co zależy, zdaniem autorki, od delikatniejszej u pierwszych budowy skóry. W $\frac{1}{3}$ części przypadków wydarzały się one u podstawy, w $\frac{2}{3}$ na wierzchołku brodawki; te ostatnie są znacznie mniej bolesne i goją się łatwiej, niż pierwsze, które jedynie przedstawiają pewną przeszkodę do karmienia. Tylko 20% dzieci karmionych przez matki, dotknięte szczelinami brodawek, nie osiągały normalnego przybytku na wadze. Leczenie szczelin polegało na ciągłych okładach gliceryno-alkoholowego roztworu dwujodku rtęci (1 na 5—10 tysięcy), co dało wyniki o tyle dobre, że w 54% dotkniętych tem cierpieniem wygojenie nastąpiło jeszcze w klinice przed upływem 10 dni po porodzie, zapalenie naczyń limfatycznych miało miejsce u 4,8% wszystkich karmiących, ro-

pień gruczołu piersiowego wydarzył się raz jeden. Wadliwa budowa brodawki rzadko bardzo przedstawia nieprzewyższoną przeszkodę do karmienia. Normalna utrata wagi w ciągu pierwszych 3—4 dni po urodzeniu, która zwykle u dzieci spostrzegać się daje, jest w stosunku prostym do wagi dziecka, ale nawet bardzo znaczna utrata wagi nie wywiera złego wpływu na zdrowie dziecka. Dzieci matek, karmiących po raz pierwszy, tracą więcej na wadze, aniżeli karmiących już poprzednio. Często dosyć w spostrzeżeniach D. zdarzały się przypadki, w których powiększanie wagi rozpoczynało się przed chwilą przybierania mleka w piersiach, co autorka objaśnia pożywną wartością siary, która w tych razach w znacznej się wydzielala ilości. Przed 10-ym dniem najczęściej waga dziecka wracała do wagi pierwotnej.

Odpadnięcie sznurka pępkowego u dzieci dobrze odżywianych spostrzegała D. wcześniej, niż u słabych. Toż samo stosuje się do dzieci matek, nie po raz pierwszy karmiących; przeciętnie następowało ono szóstego dnia.

Co do pojawiania się regularności podczas karmienia u kobiet, spostrzeganych przez autorkę (w poprzedzających porodach), bywało ono w $\frac{3}{5}$ wszystkich przypadków i to najczęściej przed szóstym miesiącem. Niekiedy pojawia się regularność przy każdym karmieniu, nie wywierając zwykle żadnego wpływu na zdrowie dzieci; czasem mleko staje się chwilowo rzadsze, mniej obfite, lub wywołuje lekkie zaburzenia żołądkowe. Również zajście w ciążę podczas karmienia, co miewa miejsce często bez pojawiania się regularności, nie wpływa źle na zdrowie dziecka, ale zwykle powoduje zmniejszanie się ilości pokarmu, a nawet zupełne jego zniknięcie.

(*Contribution a l'étude de l'allaitement maternel. Paris 1894.*) Jul. Kramsztyk.

125. LEWIN. O poprawianiu smaku leków i o saturacjach. Tak zwane *corrigentia* stanowią bardzo pospolite zakończenie recept, a przepisywane są w celu poprawienia smaku nieprzyjemnego wielu leków. Do najpospolitszych należą *sympus simplex* i *syr. rubi idaei*. Czy jednak można rzeczywiście poprawić smak naparstnicy i czy sole obojętne lub morfina smakują inaczej z takimi dodatkami, należy bardzo wątpić, a bodaj że często lekarstwo nabywa jeszcze nieprzyjemniejszego smaku. Ujemne jest dalej podwyższanie ceny lekarstwa, niepotrzebne nawet w zamóżnej praktyce. Takie *corrigentia*, jak *syr. papaveris*, *mannae*, *sennae* i t. d. nie powinny być zapisywane, choćby z tego względu, że podlegają bardzo łatwo fermentacji i spleśnieniu; aptekarze gotują je, co prawda, od czasu do czasu, ale to nie usuwa zmian chemicznych; jeszcze gorsze jest dodawanie do syropów kwasu salicylowego, zalecane przeciw fermentacji, bo wtedy przetwór taki już nie jest obojętny, a może być szkodliwy. Sacharyna i dulcyna już ze względu na swój skład chemiczny i silne działanie nie mogą być poprawkami w lekarstwach. Z czterech olejków i wód aromatycznych zasługuje jedynie na nazwę „*corrigens*” olejek miętowy do proszków i woda miętowa do roztworów. Na nieszczęście pierwszy jest zwykle zafałszowany lub pozbawiony swego składnika istotnego — mentolu, woda zaś miętowa przygotowuje się wbrew przepisom farmakopei przez dodanie wody do alkoholowego wyciągu mięty. Wszystkie te zresztą dodatki nie są w stanie zmienić smaku bardzo wielu nieprzyjemnych leków, dlatego też należy poszukiwać takich środków, które byłyby w stanie tego dokonać. Środki takie istnieją. Należy do nich pewna liczba roślin podzwrotnikowych, działających na sam zmysł smaku.

A więc owoce rośliny sudańskiej *Bumelia dulcifica* zamieniają smak gorzki, a nawet kwaśny na słodki. W zachodniej Afryce hodują koloniści w Sierra Leone roślinę *Phrynium Danielli*, posiadającą własności podobne do poprzedniej. Słuz zawarty w nasionach niszczy swą słodyczą wszelki smak inny.

Inaczej działa dokładnie zbadana indyjska, także i w Afryce rosnąca roślina — *Gymnema silvestre* — roślina wijąca z rodziny trojeściowatych (*Asclepiadeae*). Paraliżuje ona zmysł smaku gorzkiego i słodkiego. W słodkim pieczywie z dodatkiem imbiru uczuwa się tylko ostry smak ostatniego, najśłodsza pomarańcza wydaje się po użyciu liści z powyższej rośliny kwaśną; ginie również gorzki smak chininy.

Działającym składnikiem jest tu kwas gymnemowy, posiadający własności glukozydu, dobywany z liści i działający tak jak one. Jest to proszek krystaliczny, szarobrunatny, o cierpkim, kwaśnym smaku. Aby zniszczyć zmysł smaku gorzkie-

go, wystarcza wypłukać usta 0,5%-ym roztworem wodnym, zawierającym cokolwiek alkoholu.

Podobne własności posiada kwas eriodictyoninowy, otrzymywany z *Eriodictyon glutinosum* lub *extr. fluidum* z tej ostatniej. Niszczy on smak gorzki.

Oto są prawdziwe *corrigentia* i fabryki chemiczne winny się zająć dostarczaniem wymienionych składników, bo syropy, jako poprawki, nie mają żadnej wartości.

Co do saturacyi, jest to również postać nadzwyczaj często przepisywana przez lekarzy. Wprowadzona w wieku przeszłym, daje się łatwo przepisywać, o ile lekarz pamięta równoważniki. Ogromna jednak większość przepisuje albo *Potio Riveri* albo *Satur. citrica*. Lecz w jakim celu?

Jedni lekarze przepisują dlatego, że przez rozkład, np. węglanu potasu, tworzy się nowa sól np. octan potasu. Lecz ten ostatni jest gotowy w aptekach; jest to więc chyba sposób podniesienia ceny lekarstwa. Inni znów — i to większość — zalecają saturacye z powodu zawartości kwasu węglanego. Jest to iluzya, bo z utworzeniem butelki wszystek kwas się ulatnia i pozostaje wstrętne pospolicie mikstura. Dla chorego niewątpliwie jest przyjemniejsza dobra woda selcerska. Inną wreszcie grupę stanowią lekarze, przepisujący podobne lekarstwa, „*ut aliquid fiat*“, a raczej, „*ut aliquid fieri videatur*“. Jest to jednak grupa, stosująca świadomie machiawelizm lekarski, lub poprostu oszustwo. Bywają, co prawda, chorzy, potrzebujący lekarskiej sugestyi w postaci lekarstwa, ależ temu łatwo zadość uczynić, zapisując tanie proszki burzące, zamiast dziesięciokrotnie droższej saturacyi.

(Berl. kl. Woch. 1894, N-r 28).

A. Ż.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 Października r. b.

TRESĆ: 1) SAWICKI — przedstawienie noworodka z brakiem niektórych członków paznogiowych u rąk i nóg. 2) NEUGEBAUER — przedstawienie a) okazu anatomicznego, pochodzącego z ciąży zewnątrzmacicznej; b) chorej z wypadnięciem pochwy. 3) BIERNACKI — odczyt p. t. Leukocytoza w choleryce azjatyckiej.

1) Kol. SAWICKI przedstawił noworodka z brakiem częściowym członków paznogiowych. Matka tego dziecka podczas 6-ej ciąży w połowie 8-go miesiąca została uderzona balią. Oprócz tego w czasie ciąży była dotknięta obrzękiem twarzy i kończyn dolnych. Dziecko urodziło się w porę, z brakiem ostatnich (jednego lub dwóch) stawów palców u rąk i nóg; na miejscu tych stawów pozostały brodawki. Nadto dziecko to było dotknięte rozlanym rumieniem skóry. Obydwa te cierpienia S. uważa za trofonurozę.

2) Kol. NEUGEBAUER przedstawił: a) okaz anatomiczny, pochodzący z ciąży zewnątrzmacicznej. Chora 30-letnia, od 10 lat zamężna, raz jeden ronila, poczem urodziła 4 dzieci pomyślnie. W 3 tygodnie po ostatniej miesiączce dostała krwotoku; miało to być poronienie w 3-im tygodniu ciąży, jak twierdziła chora. Lekarz, który natenczas chorą miał w swej opiece, nie zauważył błony, która jakoby wówczas z macicy miała się wydalić, i nie mógł dostarczyć żadnych pewnych danych, czy w samej rzeczy miało miejsce poronienie. Prawdopodobne jest, że owa błona był to tylko skrzep krwi. Krwawienie od owej chwili trwało ciągle w ciągu 5 tygodni, co zmusiło chorą do zasięgnięcia porady u kol. N. Przy badaniu kol. N. znalazł macicę ruchomą, mało powiększoną, leżącą po prawej stronie linii pośrodkowej. Jajnik i więzadła z prawej strony prawidłowe, z lewej zaś znaleziono guz kulisty, powyżej którego guz podłużny, wałkowaty. Przy operacyi kol. N. wyjął przydatki lewostronne w całości. Miejsce pęknięcia trąbki znajdowało się mniej więcej na granicy pomiędzy średnią i zewnętrzną trzecią częścią trąbki. Krwistek po części otoczony był już błoną wrzecoką żółtawej barwy, bardzo kruchą, skrzepy krwi świeżej leżały dokoła krwisteku. Płodu nie znaleziono, również golem okiem dostrzedz nie można było śladów jaja. Drobnowidz da może wskazówki pewniejsze. Dla N. prawdopodobną przyczyną krwisteku i pęknięcia znacznie rozszerzonej w średniej części trąbki jest ciąża zewnątrzmaciczna (*graviditas tubaria*); za tem przemawia również długotrwałe krwawienie z macicy i jej powiększenie. Krwistek usunięto palcami, pozostałości błony rzekomej ze

ścian dołu DOUGLAS'a usunięto również. Stan operowanej pomyslny. Operacji dokonał N. w d. 13 b. m.

b) Następnie kol. N. przedstawił chorą 30-letnią, która po jedynym porodzie, przed 8 laty odbytym, dotknięta została wypadnięciem macicy tego rodzaju, że nastąpiło nierówno wynicowanie ścian pochwy, tak, że ujście macicy skierowane jest w bok. Przyczyną tej niezwyklej postaci opadnięcia pochwy jest blizna, sięgająca od lewego rogu ust macicznych aż do samego ujścia pochwy. Macica znacznie wydłużona, po doprowadzeniu do miednicy układa się w tyłozgięcie.

3) Kol. BIERNACKI w odczycie p. t. Leukocytoza w cholercie azyatyckiej, zaznacza, że badając krew w różnych okresach cholery u 38 chorych, stwierdził istnienie leukocytozy wysokiego stopnia. W okresie zamartwiczym wzmożenie liczby leukocytów do 25000—35000 i wyżej zamiast prawidłowych 6000—9000 obecnie było zawsze, w okresie zaś odczynu—zwykle. Leukocytoza w tym ostatnim razie była tem wybitniejsza i tem dłużej trwała, im cięższy przebieg okres ten przedstawiał. Nawet i w przypadku choleryny leukocytoza była wybitna (21,250 ciałek w 1 milim. sz.). Co do charakteru swego, to leukocytoza w cholercie jest neutrofilową; komórki wielojądrowe z przejściowemi stanowią 82—92% wszystkich białych ciałek. Natomiast liczba cozynofilów ulega zmniejszeniu. Chociaż tym sposobem leukocytoza choleryczna posiada te same cechy, co leukocytoza w zapaleniu płuc, jednak prognostycznie ma ona odwrotnie znaczenie, niż w tem ostatnim cierpieniu. Wszyscy bowiem chorzy, u których w okresie zamartwiczym stwierdzono bardzo wysokie cyfry leukocytów (40,000—60,000 w 1 milim. sz.), zmarli po krótkim trwaniu choroby. Jednakże B. spostrzegł także przypadek śmiertelny cholery z bardzo krótkim trwaniem (24 g.) bez tak wybitnej leukocytozy; a i inni chorzy, którzy zmarli po 4—6 dniowem trwaniu choroby, także nie mieli we krwi podczas okresu zamartwiczego tak dużo leukocytów, jak chorzy pierwszej kategorii.

Liczba ciałek czerwonych w cholercie ulega zwiększeniu, co dowodziłoby zgęszczenia krwi. Jednak zestawiając dane rozbiórów chemicznych C. A. SCHMIDT'a, B. przekonał się, że zubożenie krwi w wodę czyli zgęszczenie krwi wcale nie jest stałym zjawiskiem w cholercie; że, przeciwnie, krew cholerycznych może zawierać zupełnie tę samą ilość wody, co krew prawidłowa. Ten na oko paradoksalny fakt B. objaśnia tem, że przy cholercie prawdopodobnie przedewszystkiem i najwięcej ubożeją w wodę tkanki, a nie krew, która wyrównywa swe straty na koszt wody tkanek. W każdym razie nie należałoby wysuwać zbyt na pierwszy plan zgęszczenia krwi w patogenozie cholery. Z drugiej strony kliniczne spostrzeżenia wskazują, że w niektórych przypadkach cholery prawdopodobnie i zubożenie tkanek w wodę nie jest znaczące.

Daleko stałszemi, niż utrata wody, są zmiany co do zawartości części nieorganicznych we krwi cholerycznej, a przedewszystkiem zubożenie w chlor i w sód. Zmniejszeniem ilości sodu tlomaczy B. obniżenie alkaliczności krwi w cholercie, które autorowie (HAYEM, QUINCKE i inni) objaśniali obecnością wielkiej ilości kwasów w takiej krwi. Tymczasem ilość zasadniczego kwasu krwi (kwas fosforowy) niewiele lub nicraz zupełnie nie różni się od normy. Wszystkie te zmiany mogą odgrywać w patologii cholery daleko większą rolę, niż rzekomo zgęszczenie krwi, a może nicraz i również ważną, jak toksyny.

W dyskusyi kol. HEWELKE zaznacza, że leukocytoza, którą stwierdził mówca w okresie zamartwiczym cholery, zależy prawdopodobnie od oziębienia ciała. Za tem ma przemawiać jakoby ten fakt, że leukocytoza występuje u królików, przywiązanych do deski i przez to oziębionych; leukocytozy nie było jednak wtedy, kiedy takie zwierzęta ogrzewano.

Kol. STEINHAUS zwraca uwagę kol. H., że leukocytoza w przypadkach, cytowanych przez kol. H., jest cozynofilową, gdy tymczasem w przebiegu cholery kol. BIERNACKI widział zawsze leukocytozę neutrofilową.

Prof. BRODOWSKI jest zdania, że różnica w wynikach badań kol. B. i K. SCHMIDT'a jest w związku z różnicą charakteru epidemii z czasów K. SCHMIDT'a i epidemii ostatnich. Epidemia r. b. różniła się od epidemii dawniejszych, w których chorzy, pomimo znacznej utraty wody przez wypróżnienia i wymioty, miewali kiszkę wypełnioną znaczną ilością płynnej zawartości. W roku zaś bieżącym na sekeych trupów ludzi, zmarłych na cholere, brzuch przedstawiał się zapadnięty, kiszkę nie były wypełnione, lecz natomiast były w stanie silnego przekrwienia, które dochodziło niekiedy nawet do wylewów krwi.

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

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 13 (m. 6, k. 7); przybyło we wrześniu 7 (m. 3, k. 4); wypisało się chorych 15 (m. 8, k. 7); zmarło 5 (m. 1, k. 4).

Szpital i w tym jeszcze miesiącu przeznaczony był wyłącznie dla chorych cholerycznych, których do 18-go przybyło tylko 2 (m. 1, k. 1); a mianowicie jedna chora przyjeżdżna z Piotrkowa i jeden z Górczewskiej Drogi. Z pozostałych zaś 5, przysyłanych jakoby z podejrzanymi objawami cholery, 3 dotkniętych było ostrą niestrawnością, jedna przewlekłym nieżytem macicy oraz jeden z *alcoholismus chronicus*.

Nieznaczna ilość nowoprzybyłych chorych tłumaczy się przede wszystkim zupełnem wygaśnięciem epidemii w połowie miesiąca, a następnie tem, iż od tego czasu szpital, z powodu odświeżania sal po cholercie, do 3 b. m. wcale chorych nie przyjmował.

Wogóle przez cały czas od 11 (23) lipca w szpitalu Zapasowym mieliśmy chorych cholerycznych 183 (m. 79, k. 104), a mianowicie w lipcu (od 11—31) 83, w sierpniu 98, we wrześniu 2. Z ogólnej liczby chorych 183, wyzdrowiało 99 (m. 42, k. 57), zmarło zaś 84 (m. 37, k. 47), co wynosi przeszło 45%. Odsetka będzie mniejsza, gdy do liczby cholerycznych dodamy i przypadki tylko podejrzanę; dla chorych zaś bardzo ciężkich, przybyłych in *studio algido*, których było 145 (na 183), odsetka śmierci wynosi 55,8. U dzieci do lat 5, śmiertelność również była znaczna, gdyż na ogólną liczbę 13 (6 + 7) zmarło 8 (5 + 3). J. Szwajcer.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Al. ŻURAKOWSKI donosi nam z Paryża:

„Aczkolwiek piszę już z Paryża, winienem jednak zdać sprawę z reszty tego, com widział w Berlinie, mianowicie w pracowni ARONSON'a. Mieści się ona za miastem przy filii fabryki materiałów chemicznych towarzystwa akcyjnego (dawniej Schering'a). Pracownia ta jest urządzona kosztem pomienionego towarzystwa, a co za tem idzie, niczegoby jej brakować nie powinno. Tak też jest w rzeczywistości.

Właściwa pracownia bakteriologiczna mieści się w trzech niewielkich pokoikach, wystarczających jednak ku swemu celowi. Natomiast znaczną przestrzeń zajmują budynki dla zwierząt. Dość powiedzieć, że ARONSON ma do rozporządzenia około 60-ciu koni, ze 20 kóz, kilkanaście owiec, psów, trochę królików, a morskich świnek co nie miara. Nawet urządzony jest okólnik dla koni na świeżem powietrzu.

Zobaczyłem różne szczegóły w jego pracowni, opowiedział mi on również niektóre drobiazgi w sposobie uodparniania zwierząt. ARONSON zaczyna dostarczać surowicy w połowie listopada, ale w niewielkich ilościach. Obiecał mi i kol. SŁAPIE, sekundaryszowi ze szpitala Ludwika w Krakowie (byliśmy w fabryce razem), że uwzględni o ile możności nasze piśmienne zapotrzebowanie. W większych ilościach surowica będzie dostarczana z tego źródła dopiero w marcu. Teraz wogóle bardzo trudno dostać surowicy w Berlinie, ARONSON bowiem jej jeszcze niema, fabryka zaś w Höchst wypełnia jedynie zlecenia szpitalne, ponieważ materiału chwilo-

wo zabrakło. Nazajutrz po bytności u ARONSON'a wyjechałem do Paryża“.

— Na redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ wybrany został ponownie na lat trzy kol. M. JAKOWSKI.

— Lwowski Zjazd balneologów zebrał 30 uczestników, którym przewodniczyli d-r MERUNOWICZ i SCIBOROWSKI; postanowiono takie zjazdy odbywać corocznie, następny ma się zebrać w Krynicy.

— W końcu grudnia odbędzie się kongres lekarski w Kalkucie.

— Na zjeździe wszechnarodowym higienistów w Budapeszcie przyjęto jednomyślnie następującą rezolucję, dotyczącą kwestyi kremacji: najbezpieczniejszy i najtańszy sposób chowania zwłok stanowi kremacja; w czasach epidemii ma ona doniosłe znaczenie dla zdrowia publicznego. Należy przeto prosić rządy o uprawnienie palenia zwłok, aby tą drogą utworzyć wzorową profilaktykę przeciw epidemiom.

— Zainicyowana przez Figaro w Paryżu składka na zakup surowicy przeciwbłonicowej dała dotychczas 200,000 franków. Według wykazu paryskiego biura statystycznego, śmiertelność na błonicę w miesiącu wrześniu była niezwykle mała; w tygodniu od 23 do 29 września zdarzyły się tylko 2 przypadki śmierci na błonicę; tak małej śmiertelności na omawianą chorobę w przeciągu 15 lat istnienia „Bulletin de statistique municipale“ jeszcze nie notowano. W przeciągu całego miesiąca było 29 śmiertelnych przypadków błonicy, gdy w tymże miesiącu roku zeszłego było ich 68.