

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O padaczkę. Napisał M. Biro. (Ciąg dalszy). — przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej t. zw. podkosmówkowych krwawiaków. Podał Z. Endelman. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Żywienie i higiena niemowląt przedwzrostu urodzonych i normalnych. Stręcił Józef Budziński. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 22 października r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 9 listopada r. b. — ODCINEK. Kilka słów w sprawie nowej opłaty szpitalnej. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — L'épilepsie. 2) D-r Z. Endelman — Contribution à la casuistique des hemorrhagies rétrochorionaires sous le rapport pathologique et anatomique.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Biro — Ueber Epilepsie. 2) D-r Z. Endelman — Ein Beitrag zur pathologischen und anatomischen Casuistik der retrochorialen Haematome

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

OPADACZCE.

Napisał

MAKSYMILIAN BIRO.

(Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarz. Lek. Warsz. dnia 6 i 19 listopada 1901 r.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 47).

SYMPTOMATOLOGIA.

I otóż prawie niespodzianie zjawia się choroba napadowa, całozbiór pewnych objawów ze strony ruchu, czucia i zmysłów, ze strony narządów brzucha, przemiany materii i psychiki. Dotknięci nią chorzy, czyniąc po za napadami najczęściej wrażenie osób zdrowych, ustawicznie trapieni są myślą, że bezwzględnie do miejsca i czasu mogą dostać napadu, budzącego grozę w otoczeniu. Jeszcze względnie szczęśliwi są ci z nich, co mogą napad przewidzieć i odpowiednio wówczas przygotować warunki zewnętrzne, by napad

przeszedł bez wielkiego dla nich szwanku i nie wywołał zbiegowiska osób czasem litościwych, a niekiedy żadnych silnych wrażeń. Lecz, niestety, owo przewidywanie, owa aura zjawia się nie we wszystkich przypadkach, bo według BINSWANGER'a w 31,3% przypadków. Z moich spostrzeżeń wynika, że aura bywa tylko w 25%. Być może, że mniejsza względnie liczba osób, przeczuwających napady, w moich przypadkach wynika z niższego poziomu rozwoju umysłowego chorych poliklinicznych, bo aura czasem bywa tak niewyraźna, iż tylko osoby, mniej więcej inteligentne, są w stanie ją spostrzedz. Praktyczna wartość aury zmniejsza się jeszcze przez to, że aura nie zjawia się przed najcięższymi napadami, a przed względnie lżejszymi. Im gwałtowniejszy i burzliwszy bywa napad, tem rzadziej poprzedza go aura. Zapewne, że chorzy mogą z aury korzystać dla uniknięcia przykrych następstw podczas napadu o tyle, o ile aura zjawia się względnie wcześniej przed napadem. Lecz owo wczesne przeczuwanie napadu zjawia się rzadko, bo według BEAU w 17% przypadków, według GEORGET'a w 4%—5%, a z danych poliklinicznych wynika, że w 4%. Epileptycy, miewający aurę, nie mogą być jednak pewni, że stale każdy napad przeczują. Wprawdzie w większości przypadków bywa u takich osób aura stale, lecz w $\frac{1}{3}$ przypadków, w których aurę spostrzegalem, zjawia się ona tylko czasami, a nie przed każdym napadem. Korzystanie z aury praktyczne byłoby dla chorych, naturalnie, niemożliwe, o ileby ona się ukazywała w rozmaity sposób przed każdym prawie napadem danego epileptyka. Na szczęście zwiastuny u danego osobnika bywają najczęściej jednakie, i każdy epileptyk, przewidujący napad, przeczuwa to we właściwy jemu sposób. Najrzadziej odczuwa się zbliżenie napadu, jako podmuch, to właśnie wrażenie, któremu aura zawdzięcza swą nazwę. Daleko częstsze są inne jej formy. Jeden miewa jakieś nieokreślone przeczuwanie napadu, drugi bywa przed napadem roztargniony i rozgląda się dokoła siebie. Inni chorzy dostają przed napadem bicia serca, doznają w całym ciele uczucia gorąca i zimna, niektórzy uczucia omdlenia, pewni—uczucia palenia w dolku, znów inni ściskania w dolku, niektórzy bólu w górnej części brzucha, inni — krztuszenia w gardle; u niektórych zjawiał się przed napadem blask w oczach, z jednej strony przed nimi się przesuwający, u innych płamy świetlne przed oczami lub iskry w oczach. Takie aury miewali nasi chorzy i takie opisywane są również przez innych autorów; nie spotykałem natomiast opisu aury, jaką miała jedna z moich pacjentek, a aura ta polegała na tem, że chora w przeddzień napadu dużo mówiła i doznawała swędzenia narządów płciowych, ani też nie czytałem o zwiastunach, jakie miał jeden z pacjentów, któremu się przed każdym napadem wydawało, że do osoby niewidzialnej przemawia. Niepodobna tu wyliczać wszystkich wrażeń, jakich doznają epileptycy przed napadem, a którą, jako zwiastun, określamy. Wyróżniają, jak słusznie utrzymuje BREGMAN³²⁾, 2 główne postaci zwiastunów: wyładowanie, które sprowadza pobudzenie pewnej części kory, i wyładowanie hamujące. Wszystkie ich postaci można uogólnić w 5 rodzajów, a z tych jedne bywają w większości przypadków, w jakich się daje napad przewidzieć, inne się rzadziej spostrzega. Myślny widywali czuciowe w 30% przypadków, naczynioruchowe w 22%, zmysłowe w 20%, trzewiowo czuciowe w 10%, psychiczne w 12%. Owo przeczuwanie napadów przez chorych w odpowiedni,

³²⁾ BREGMAN. O padaczce. Patogeneza i etiologia. Kronika Lekarska. 1900. Nr. 19, 20, 21.

stale jednaki dla danego chorego sposób, nie mogło nie dawać do myślenia. Trudno było nie zauważyć, że istnieje związek pomiędzy pewną aurą a danym napadem. W moich dwóch przypadkach napad często polegał na tem, na czem w innych razach w tych samych przypadkach polegała tylko aura. W jednym z nich mężczyzna 23 letni, dotknięty od lat 6 padaczką, miewał przed napadami sztywność kończyny górnej prawej i uczucie ciemności przed oczami, a niekiedy cały napad ograniczał się na owem sztywnieniu tej kończyny. To też słusznie twierdzi NOTHNAGEL, że zwiastuny bezpośrednie należą do samego napadu, że stanowią już jego objawy i powstają w narządach ośrodkowych. Już owo pochodzenie zwiastunów uniemożliwia jakąkolwiek myśl o tem, by aura w niejednakowym stopniu zachodziła u obu płci. To też spostrzegałem ją u 30 mężczyzn i 29 kobiet. Nie zależy ona również od wieku, w którym padaczka się zaczęła, ani też od trwania choroby. Znajdowałem ją u osób, zapadłych na padaczkę w 2 roku życia, jako też w 44, zarówno u dotkniętych cierpieniem od roku niespełna, jako też u chorych od lat 19. Pochodzenie to daje nam również wskazówki, jak się zapatrywać na kwestyę możliwości przerwania napadu przez pewne oddziaływanie na chorego podczas zwiastunów. Niektórzy badacze twierdzą, że w pewnych przypadkach ze zwiastunami, dotyczącymi kończyn, można przerwać rozszerzenie napadu na głowę drogą mocnego przewiązania odnośnej kończyny. NOTHNAGEL ogłosił przypadek z aurą, wyrażoną, jako sensacya uniesienia się czegoś z okolicy żołądka, i w tym przypadku miało nie dochodzić do napadu po przeknięciu soli kuchennej. Według HASSE'go u chorego, u którego przed napadem przeciągała się głowa w tył, powstrzymywano niekiedy napad przez opieranie głowy i ramion o ścianę. U chorego PICK'a powstrzymywano skurcze przez drażnienie części ciała, która najwcześniej ulegała kurczom. Obserwowałem jeden przypadek tego rodzaju, co PICK, i nie ulega wątpliwości, że po pewnem oddziaływaniu na chorego podczas zwiastunów może napad nie wystąpić. I tylko ten wniosek można wyprowadzić, ale niema wcale pewności, czy napad nie występuje dzięki temu właśnie oddziaływaniu, zwłaszcza jeśli oddziaływanie nasze nie jest w możności często do napadu nie dopuścić. Wiadomo wszakże, że niekiedy po aurze do napadu nie dochodzi, że czasem napad się urywa na aurze bez wszelkiego z naszej strony współdziałania, skąd więc ta pewność, że gdy po naszym oddziaływaniu napadu nie bywa, mamy to do zawdzięczenia naszemu oddziaływaniu? Z innego punktu widzenia nie można oponować przeciw twierdzeniu, iż drogą oddziaływania na część ciała obwodową można powstrzymać pewne sprawy w częściach ośrodkowych, gdyż takie wpływy nie ulegają wątpliwości. I oto w mniejszości, bo jak z powyższego widać w 25%—30% przypadków, chory może napad przewidzieć, nie zostać zaskoczonym znienacka przez napad i odpowiednio się urządzić, by po nim jaknajmniejsze pozostały ślady. Dobrze jeszcze, gdy napad jest lekki³⁹⁾, gdy polega tylko na tem, jak to było między innymi z 23-letnią kobietą, że na chwilę bladła, że jej w oczach ściemniało, że traciła na krótko przytomność i po przerwie dalej prowadziła rozpoczętą rozmowę lub z rąk przedmiot trzymany opuściła, a po chwili się dziwiła, że przedmiotu w rękę nie ma, i dalej swe czynności prowadziła, jakby nic nie zaszło. Nie mogła, naturalnie, ponieść również szwanku kobieta 23-letnia, która niezupel-

³⁹⁾ WESTPHAL. Eigentümliche, mit Einschlafou verbundene Anfälle. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1876. VII. str. 631.

nie nawet przytomność traciła, lecz na chwilę przestawała mówić i czerwieniała. Może mniej groziło jeszcze na razie mężczyźnie 42-letniemu, który od 8 lat miewał niekiedy napady niejasności umysłu i nie mógł kilka chwil mówić, a porozumiewał się wówczas mimiką. Więcej nieco była narażana na szwank kobieta 32-letnia, dotknięta padaczką od 15 roku życia, której czasem, jak to jej się zdarzało podczas kołysania dziecka, na chwilę opadała głowa, i tylko po przejściu napadu świadczył o nim ból i siniec na czole, które sobie o kołyskę rozbijała. Lecz, niestety, wśród epileptyków mało jest takich szczęśliwych, którzyby mieli napady, wyłącznie lekkie (*petit mal*). Tacy stanowią według ALTHAUS'a 16%, a na zasadzie danych poliklinicznych zaledwie 3%. Zresztą może jest ich więcej, bo nie wszyscy, mający napady lekkie, zasięgają porady lekarskiej. O wiele więcej ich być jednak nie może, jeśli uwzględnimy przy obliczaniu jedynie wiek do lat 13, to jest ten wiek, w którym o poradę dla dzieci zwracają się ich opiekunowie, zawsze dbali o ich zdrowie bezwzględnie do natężenia choroby. Otóż w stosunku do chorych tego wieku przypada również około 3% dzieci, mających *petit mal*. Zapewne, że nie wolno korzystać bez żadnych zastrzeżeń z danych, dotyczących dzieci, gdyż nie ma pewności, czy dzieci, mające napady lekkie, nie będą miały napadów cięższych (*grand mal*) w wieku bardziej posuniętym. Pewne prawo dają nam do tego jednak dane, świadczące, że natężenie napadów nie zależy od wieku, że nie różni się ono wcale, czy napady zaczęły się w dzieciństwie, czy w wieku podeszłym, czy w 7 roku życia, jak wynika z naszych spostrzeżeń, czy w 64. Aby wyciągnąć wniosek powyższy z danych o dzieciach, musimy być pewni, że w wieku późniejszym zachorowań na padaczkę bywa stosunkowo nie więcej, niż w dzieciństwie. Ponieważ ten fakt został już powyżej stwierdzony, pozwalamy sobie właśnie z danych, dotyczących dzieci, korzystać do oznaczenia, jaka płeć ma przeważnie ulegać napadom lekkim. Dorosłe osoby, zwłaszcza zarobkujące, a dotknięte napadami lekkimi wyłącznie, rzadko zwracają się chyba do lekarzy, i temu, przypuszczam, przypisać należy fakt, jakoby mężczyzn z *petit mal* było mniej, niż kobiet (1 : 2). Jeśli brać pod uwagę dane co do płci, dotyczące dzieci, to okaże się, że płeć męska w równym stopniu ulega napadom wyłącznie lekkim, jak płeć żeńska. Obie płci, bezwzględnie do wieku, jak nas uczą dane powyższe, mogą mieć napady lekkie. Można byłoby z pewnem zastrzeżeniem wyciągnąć przez analogię wniosek o względnej mniejszości osób, mających napady wyłącznie lekkie, jeszcze z danych, świadczących, że mniej jest osób o napadach z przewagą lekkich, niż epileptyków o napadach w równej mierze lekkich i ciężkich, a najwięcej chorych o napadach wyłącznie ciężkich. Otóż okazuje się, że stan niecałych 2% epileptyków jest o tyle znośny, że przynajmniej większość ich napadów bywa lekka, około 8% miewa napady w równej mniej więcej mierze słabe i ciężkie, a najwięcej, bo około 87% ma napady wyłącznie ciężkie. Większość tedy nieszczęśliwych, i jak to już wykazaliśmy, bez możliwości przewidzenia napadu podlega owym okrutnym męczarniom, które miały być zesłane chyba za ciężkie grzechy z niełaskawego nieba, skoro choroba przezwana została „*morbis sacer, morbis divinus*“, a której słuszniej odpowiada nazwa „*mal de caduc*“. Człowiek na pozór zdrowy, bądź to wśród wesołego koła osób, bądź podczas zajęcia, w mieszkaniu lub wśród ruchu ulicznego pada całym swym ciężarem, blednie, po kilku chwilach sinieje, oczy krwią nabiegają, nie widząc nic, co chorego otacza, odmawiając posłuszeństwa, jak inne jego zmysły, przyczem źrenice się zwężają, a później rozszerzają, twarz i ca-

łe zresztą ciało pasowieje i sineje, głowa, tułów i kończyny sztywnieją o tyle, że ich kilka sekund zgiąć niepodobna, ani ust otworzyć, później kończyny zaczynają się rzucać, jakby się chory pasował z niewidzialną potęgą, język, przesuwał się w ustach, często między zęby wpada i obrażeniom ulega, śliny nie przelknięte zamienione wraz z powietrzem w pianę, przez usta co kilka chwil się wylewają, często z krwią ze zbroczonego języka pomieszane i na różowo zabarwione, wreszcie po jakichś 30 sekundach lub kilku minutach ruchy kończyn coraz bardziej się zmniejszają, i chory, nieco głowę unosząc, jakby napół przytomnie dokoła się rozgląda, później wstaje, dziwiąc się wszystkiemu, co mu o napadzie opowiadają, sam najczęściej niepomny niczego, co z nim zaszło. Lecz nie jest nieodzownem, by każdy taki napad zachodził z zupełną utratą przytomności. Wprawdzie MAGNAN⁴⁰⁾ akcentuje utratę przytomności i charakteryzuje padaczkę, jako „névrose à paroxysmes avec perte de connaissance“, lecz DELASIAUVE⁴¹⁾ twierdzi nieco ostrożniej, że „la suspension de fonctions cérébrales est ordinaire, sinon constante“. W tym samym mniej więcej duchu przemawiają LEIDESDORF⁴²⁾, le GRAND du SAULLE⁴³⁾, ROSENTHAL, INGELS, SAMT⁴⁴⁾. Według SCHROEDER'a van der KOLKA⁴⁵⁾, FALRET'a⁴⁶⁾, CLARKE'a⁴⁷⁾, HUGUES'a⁴⁸⁾, BOMBARDY⁴⁹⁾, BANNISTER'a⁵⁰⁾ niekiedy podczas napadów lekkich przytomność zostaje zachowana, a według BANNISTER'a, LEMOINE'a i ciężkie napady przebiegają czasami tylko z zamroczeniem świadomości. KUNZE⁵¹⁾ opisał przypadek, dotyczący 25-letniego mężczyzny, który podczas niektórych napadów ciężkich był przytomny. Zapewne, że zachowanie przytomności podczas napadów, zwłaszcza lekkich, może być pozorne i zależne od krótkiego trwania danego okresu, lecz rzeczą jest, zdaje się, zrozumiałą, że przytomności nie musimy być bezwarunkowo pozbawieni podczas napadu epileptycznego. Utrata przytomności nie jest zjawiskiem podstawowem, lecz jednoimiennem w stosunku do innych objawów napadu. Ma ona być analogiczna do zaburzeń muskulatury dowolnej i niedowolnej, i, jak te, zależeć od jednej przyczyny ogólnej, dotyczącej kory. Czy zależy ona, jak twierdzą BORISCHPOLSKY i OSSIPOW⁵²⁾ od anemii mózgu, czy też, jak chce BECHTEREW, od przekrwienia, zrozumiałą jest rzeczą, że, nie będąc podstawą innych objawów padaczki, lecz zjawiskiem jednoimiennem, może, jak i inne objawy, czasem występować, innym zaś razem wcale się nie

40) MAGNAN. Leçons cliniques sur l'épilepsie. Paris. 1882.

41) DELASIAUVE. Traité de l'épilepsie. Histoire. Traitement. Médecine légale. 1854.

42) LEIDESDORF. Psychiatrische Studien aus der Klinik. Wien. 1871.

43) le GRAND du SAULLE. Étude médico-légale sur les épileptiques. 1877.

44) SAMT. Epileptische Anfallsformen. Arch. f. Psych. und Nervenkrank. T. V. str. 403, T. VI. Str. 110.

45) SCHROEDER van der KOLK. Bau u. Functionen der Medulla spinalis u. oblongata u. nächste Ursache u. rationelle Behandlung der Epilepsie. Thom. medicatio. Braunschweig. 1859, str. 196.

46) FALRET. De l'état mental des épileptiques. Arch. gener. de médecine. 1860—1861.

47) CLARKE. Alienist and Neurologist. 1881.

48) HUGUES. Weekly med. Review. 1877.

49) BOMBARDA. La conscience dans les crises épileptiques. Revue neurologique. 1894. Nr. 23 Str. 673.

50) BANNISTER. American Journal of insanity. 1897.

51) KUNZE. Epilepsia gravior mit Erhaltung des Bewusstseins während der Anfälle. Allgem. Wien. med. Zeit. 1852. Nr. 43.

52) BORISCHPOLSKY u. OSSIPOW. Ueber die Abhängigkeit der vasomotorischen Erscheinungen während der epileptischen Anfälle von der motorischen Region der Gehirnrinde. Posiedz. tow. lek. petersb. klin. chor. nerv. i umysl. 24. IX. 1898. Ref. Neurol. Centralbl. 1899, str. 766.

ukazywać. Z tego punktu widzenia trudno zrozumieć, czemu tworzą grupę padaczki rdzeniowej (Spinalpilepsie) dla przypadków w rodzaju dwóch, podanych przez BRESLER'a⁵³⁾, a która polegała na bezustannych prawie drgawkach u osób, miewających po za tem napady z utratą przytomności. Z powyższego wynika, że nie wolno wyłączyć padaczki, jeśli w spostrzeganym przypadku przytomność podczas napadów była zachowana. Dla pewności należy wówczas kierować się innemi danymi, a jeśli bywają objawy drgawkowe, bacznie zwracać uwagę na szeregowanie się drgawek, zaczynających się od tonicznych, a przechodzących w kloniczne. O ile wśród napadów niektóre przebiegały z utratą przytomności, przemawia to bardzo za padaczką. Gdybyśmy nie mogli się dowiedzieć, czy dany chory miał zwiastuny padaczki, albo, jak to się dzieje w większości (70%—75%) przypadków, nie było zwiastunów, jeśli niema pewności, czy chory tracił przytomność podczas napadu, pomimo że ten zachodził w naszej obecności, to jedną z rzeczy pierwszorzędnej wagi będzie obserwowanie oddziaływania źrenic podczas napadu. Kilka chwil źrenice wówczas nie oddziałują i to tylko kilka chwil podczas największego natężenia napadu. Było to dla nas o tyle pewne, że w miarę, jak źrenice coraz gorzej w danym napadzie oddziaływały, przekonywało to, że zbliża się najwyższy szczyt ataku, a w miarę poprawiania się owego oddziaływania wiedzieliśmy, że napad ma się ku końcowi. To też słusznie utrzymuje FÉRE, że oddziaływanie źrenic na światło nie jest równomierne podczas całego trwania napadu. STEFFENS utrzymuje, że podczas napadu padaczki oddziaływanie źrenic może pozostać prawidłowem, a po za tem kilka już opisano przypadków histeryi z brakiem oddziaływania źrenic podczas napadu [KARPLUS⁵⁴⁾, A. WESTPHAL⁵⁵⁾], a nawet niekiedy po za napadem. W licznych napadach, jakiem obserwowałem, nic podobnego nie widziałem, wolno więc przynajmniej taki postawić wniosek, że przy innych danych, przemawiających za padaczką, źrenice, nie oddziałujące podczas napadu, w wysokim stopniu uzasadniają przypuszczenie, że mamy do czynienia z epileptykiem. Takie lub owo zachowanie się źrenic podczas napadu będzie dla nas zrozumiałe, jeśli pojmiemy, że stan źrenic jest zjawiskiem jednoimiennem w stosunku do drgawek mięśni kończyn, a więc, jak i one, mogą i mięśnie źrenic ulegać lub nie ulegać skurczowi, zjawisku, jak chce KARPLUS, pochodzenia korowego.

(C. d. n.).

⁵³⁾ BRESLER. Ueber Spinalpilepsie. Neurolog. Centralbl. 1896, str. 1015—1025.

⁵⁴⁾ KARPLUS. Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle nebst weiteren Bemerkungen zur Symptomatologie u. Differentialdiagnose hyster. u. epilept. Anfalle. Jahrbücher f. Psych. u. Neurologie. 1898, str. 1—53.

⁵⁵⁾ A. WESTPHAL. Ueber Pupillenerseintogen bei Hysterie. Berlin. Klin. Wochenschr. 1897 Nr. 47 i 48.

Z ODDZIAŁU AKUSZERYJNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
(ORD. D-R MED. JUROWSKI) I Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ
D-RA J. STEINHAUSA.

Przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej

t. zw. PODKOSMÓWKOWYCH KRWAWIAKÓW

Podał

Z. ENDELMAN.

asystent oddziału akuszeryjnego.

(Dokończenie—Zob. Nr. 47).

Przechodzę teraz do opisu przypadków własnych.

Dnia 19 listopada 1900 r. przybyła do oddziału akuszeryjnego 40-letnia Ryfka B., stała mieszkanka Warszawy. Pierwsza miesiączka zjawiała się u niej w 15 roku życia; od tego czasu powtarzała się co miesiąc i trwała za każdym razem 4—5 dni. W 25 roku życia wyszła za mąż. W 4 miesiące po zamążpójściu poroniła w 3-im miesiącu ciąży; po poronieniu tem przez trzy tygodnie bezustannie krwawiła. W rok później po raz pierwszy urodziła na czasie żywego chłopca bez pomocy sztuki. Od tego czasu odbyła jeszcze 6 porodów czesnych. Wszystkie te porody ukończone zostały siłami natury. Okresy położowe przebiegały zupełnie prawidłowo. Po ostatnim porodzie, który miał miejsce 2½ roku temu, cierpiała na obfite upławy. Ostatnie prawidłowe miesiączkowanie 8½ mies. temu; od tego czasu chora uważa się za ciężarną. W 6-ym tygodniu ciąży przeszła tyfus wysypkowy w oddziale kol. RAPPLA. Podczas tyfusu, trwającego dwa tygodnie, od czasu do czasu pokazywały się na bieliźnie nieliczne zresztą krwawe plamy. Po wypisaniu się z oddziału dla chorych zakaźnych żadnych dolegliwości nie doznawała. Nawet nudności i wymioty, które nawiedzały ją stale podczas ciąży poprzednich i trwały do chwili pojawienia się ruchów płodu, tym razem się nie zjawiały. Ruchów płodu także nie odczuwała. 17 listopada przy dość silnym krwotoku wypadły z pochwy dwa duże skrzepy krwi. Od tego czasu doznawać zaczęła dość silnych bólów w dolnej części brzucha. Bóle owe zniewoliły ją do zapisania się dnia 19 listopada do oddziału akuszeryjnego.

Badanie chorej wykazało, co następuje. Szatynka, średniego wzrostu, o silnej budowie ciała. Piersi niewielkich rozmiarów, wiotkie; brodawki — płaskie; obwódki niezbyt ciemno zabarwione. Gruczoły piersiowe przy naciśku stary nie wydzielają. Brzuch umiarkowanie wzdęty, w dolnej części — nieco bolesny. Przez dość grube powłoki brzuszne wyczuwa się dno macicy na palec powyżej spojenia łonowego. Części rodne zewnętrzne nie przedstawiają nic osobliwego. Krwawienia niema. Przy badaniu wewnętrznym znalazłem duży guz, szczelnie wypełniający kanał pochwoy; guz ten można było przyjąć za rodzący się włókniak macicy. Gdy w celu dokładniejszego zbadania unięściłem chorą na stole operacyjnym, guz wypadł z pochwy.

Posiadał on kształt i wielkość dużej pomarańczy o spoistości niezbyt znacznej. Powierzchnia jego — w części gładka, w niektórych zaś miejscach chropawa, strzępiasta. Na przecięciu w środku guza znajdujemy jamę wielkości małej śliwki, zawierającą nieco skrzepów, trochę płynnej krwi i pofalowaną błonę, miejscami luźno spojona z wewnętrzną powierzchnią jaja. Płodów w jaju nie było. Po usunięciu błony i wypłukaniu skrzepów widać, że wewnętrzna powierzchnia jaja płodowego nie jest równa, lecz dają się na niej spostrzegać zrazikowate lub półkuliste wzniesienia, a pomiędzy nimi różnej głębokości zakłębienia. Barwa owych guzowatości — ciemno czerwona, wklęśnięcia zaś są bardziej szarawe.

Na poprzecznych przekrojach widzimy, że grubość ścian jaja płodowego była rozmaita: w miejscach, odpowiadających wyżej wspomnianym wzniesieniom, dochodziła do 4 ctm., pomiędzy zaś nimi zmniejszała się do jednego, a nawet do $\frac{1}{3}$ ctm. Poprzeczne przekroje przekonały nas nadto, że owe, widziane na wewnętrznej powierzchni wyniosłości, zależne są od obecności mniej lub bardziej prawidłowo kulistych, różnej wielkości (od poziomki do małej śliwki) guzów, siedzących w mięszu jaja płodowego i wyraźnie odgraniczonych od reszty tkanki. Barwa przekroju owych guzów była tak samo jak i powierzchni — ciemnoczerwona, reszta zaś mięszu była przeważnie szarawa, aczkolwiek miejscami występowało mniej lub bardziej silne czerwone zabarwienie.

Co się tyczy błony, to była ona cienka i po rozprostowaniu jej nie mogliśmy dostrzedz opisywanych przez BREUS'a woreczkowatych uchyłków.

Badanie mikroskopowe dało wynik następujący.

Błona, która znajdowała się w jamie jaja płodowego, przedstawiała typową budowę kosmówki. Nabłonek *chori* był zachowany prawie na całej przestrzeni i składał się z warstwy syncytii, pod którą komórek LANGHANS'a było wogóle nie wiele. Śladów owodni nigdzie nie znaleźliśmy.

Badanie drobnowidzowe samych ścian jaja płodowego wykazało na całej przestrzeni jednakową budowę, a mianowicie: skrzepy krwi, miejscami bardzo zbite, w innych natomiast miejscach — luźniejsze, a pośród nich tu i owdzie, niekiedy nawet gęściej ułożone kosmki z częstokroć bardzo dobrze zachowanym nabłonkiem.

Czerwone krążki krwi w niektórych częściach skrzepów były zupełnie dobrze zachowane, w innych — mniej lub bardziej wylugowane. Siatka włóknikowa wszędzie występowała wyraźnie. W skrzepach, zarówno jak i w kosmkach zauważyliśmy w wielu miejscach złogi wapienne. Naczyń w kosmkach nigdzie nie było.

Z błony doczesnej znaleźliśmy bardzo skąpe resztki na kilku skrawkach.

Drugi, przeze mnie spostrzegany przypadek dotyczył 30-letniej kobiety, która poprzednio odbyła 7 prawidłowych porołów. Ostatnie miesiączkowanie — w pierwszych dniach sierpnia 1900 r.; od tego czasu uważała się za ciężarną. Dziwiło ją tylko, że odpowiednio do okresu ciąży brzuch się nie powiększał. W połowie grudnia zauważyła czerwone plamy na bieliźnie, które jednak wkrótce przestały się pokazywać. Miesiąc później zjawił się dość znaczny krwotok, i od tego czasu chora bezustannie prawie krwawiła. 17 marca 1901 r. krwawienie przybrało tak wielkie rozmiary, że wezwany lekarz po wytamponowaniu pochwy wata skierował chorą do szpitala. Po wyjęciu tamponów znalazłem część pochwową macicy zgrubiałą i *laceratio cervicalis duplex*; szyja maciczna nie przepuszczała palca. Macica — w przodo-

zgięciu, powiększona odpowiednio do 3 miesiąca ciąży; spoistość jej była jednak większa, niż to zwykle w ciąży bywa; macica była również nieco spłaszczona w kierunku przednio-tylnym. Krwawienia nie było, wobec czego wstrzymałem się od wszelkiej interwencji czynnej. Dała 20 marca 1901 roku przy bardzo słabym krwotoku i słabych bólach wypadło z pochwy jajo płodowe*). Kształt miało owalny. Długość jego wynosiła $9\frac{1}{2}$ ctm., największa zaś szerokość — 6 ctm. Jedna połowa jaja była wypukła i na powierzchni chropawa, druga — spłaszczona i bardziej gładka. Wypukła połowa odpowiadała łożysku, spłaszczona zaś błonom płodowym. Po rozcięciu błon wylało się z jaja około 10 ctm. sz. krwawo zabarwionego płynu. W jamie płodowej znalazłem dobrze zachowany płód długości 3 ctm. (Steissnakenlänge — od barków do końca kości ogonowej), który za pomocą pępowiny połączony był z łożyskiem. Długość pępowiny wynosiła 2 ctm. Łożysko miało formę okrągłąwą o średnicy 9 ctm. i grubości 4 ctm.

Na całej wewnętrznej powierzchni łożyska znajdowały się guzy różnej wielkości (od orzecha laskowego do dużej śliwki), w części gładkie, w części zaś pokryte drobnymi ziarnkami żółtawego koloru, znajdującymi się również na powierzchni płodu. Pomiędzy owymi guzowatościami przez przezroczystą owodnię widać mniej lub więcej głębokie zakłębienia.

Na przekroju łożyska spostrzegamy odpowiednio do opisanych wypukleń i zakłębień ciemnoczerwone masy, z boków oddzielone od siebie wąskimi smugami tkankowymi, które bliżej powierzchni rozdławiają się, tworząc w ten sposób szczeliny, odpowiadające wspomnianym wyżej zakłębieniom; smugi owe przechodzą bezpośrednio w *membrana chorii*, pokrywającą wraz z owodnią powierzchnię guzów. W głębi guzy zlewają się z ogólną masą ciemno-czerwonego skrzepu.

Owodnia daje się łatwo przesunąć nad wypukleniami i nieznacznie tylko zagłębia się we wklęsłości pomiędzy nimi, wskutek czego pod owodnią tworzą się pomiędzy guzami (na przekrojach) trójkątne przestwory.

W błonach płodowych, na miejscach, blisko łożyska położonych, znajdują się również analogiczne guzy, tylko bardzo małych rozmiarów (co najwyżej wielkości grochu).

Badanie drobnowidzowe łożyska wykazało, co następuje.

Amnion posiada dobrze zachowany nabłonek; w utkaniu jego nie znajdujemy żadnych zmian patologicznych oprócz owych ziarenek, wyżej już wspomnianych. Ziarenka te leżą na powierzchni owodni, najczęściej pozbawionej w tych miejscach nabłonka. Same ziarna składają się z drobnoziarnistego rozpadu, często otoczonego tkanką łączną, wrastającą w głąb masy ziarnistej. W niektórych miejscach rozrost tkanki łącznej jest tak znaczny, że powstaje twór bliznowaty. Wśród takich blizn znajdujemy jeszcze większe lub mniejsze ilości ziarnistego rozpadu, a nabłonek *amnii* przechodzi nad nimi prawidłowo.

Co się tyczy *membranae chorii*, to jej część łączno-tkankowa jest dobrze zachowana, nabłonek zaś nie znajdujemy.

Pasma tkankowe, w które bezpośrednio przechodzi *membrana chorii*, i o których wyżej wspominaliśmy, okazały się pod drobnowidzem kosmkami podstawowymi (Stammzotten), rozerwanymi w części osiowej wskutek parcia

*) Demonstrowałem je na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek. w d. 26 marca 1901 r.

guzów. Same guzy składają się z włókniaka i czerwonych krążków krwi, wśród których gdzieś spostrzegamy resztki kosmków, pozbawionych tutaj, jak i w całym wogóle łożysku, zarówno nabłonka, jak i naczyń.

Na zewnętrznej powierzchni jaja płodowego znajdujemy bardzo skąpe resztki błony doczesnej, nie przedstawiającej żadnych zmian patologicznych.

Już przebieg kliniczny powyższych przypadków uderza swoją odrębnością.

U obu chorych ciąża przez pewien czas miała najzupełniej prawidłowy przebieg. Wkrótce jednak wskutek obumarcia płodów wstrzymany został rozrost jaj płodowych. W pierwszym przypadku śmierć płodu nastąpiła prawdopodobnie w 6 tygodniu ciąży, w tym bowiem czasie chora przechodziła tyfus wysypkowy; na to wskazuje również brak rozwiniętego łożyska. W drugim przypadku wielkość płodu odpowiadała końcowi drugiego miesiąca ciąży, nie ulega jednak wątpliwości, że obumarł on później, a mianowicie, w końcu trzeciego, na to bowiem wskazuje wielkość łożyska. Spotrzymanie to zupełnie się zgadza ze zdaniem BREUS'a i KÜSTNER'a, którzy przypuszczają, że w pewnych okolicznościach, przyczyniających się ostatecznie do śmierci płodu, rozwija się on wolniej, jest więc krótszy, aniżeli być powinien.

Powracając jednak do obrazów klinicznych, zaznaczyć należy, iż mimo wczesnego obumarcia płodów, ciąża nie została natychmiast przerwana. W pierwszym przypadku wydalenie jaja nastąpiło w 8 $\frac{1}{2}$ miesięcy, w drugim w 7 miesięcy od chwili utraty miesiączkowania.

Na uwagę również zasługuje i ten fakt, że po śmierci płodów przez długi czas nie było krwotoków, które pokazały się w pierwszym przypadku dopiero na dwa dni przed wypadnięciem jaja, w drugim zaś — w 7 miesiącu ciąży.

Jaja płodowe w obu przypadkach zostały wydalone bez pomocy sztuki. W macicy żadne resztki nie pozostały. Okresy połogowe przebiegały zupełnie prawidłowo.

Przejdźmy z kolei do kwestyi, która wywołała tak gorącą polemikę pomiędzy BREUS'em i NEUMANN'em, a mianowicie, do sprawy powstawania t. zw. podkosmówkowych krwawiaków. Zasadnicza różnica zdań tych autorów polega na tem, że BREUS przemawia za pierwotnem wytwarzaniem się w błonach płodowych fałd, *resp.* uchyłków, do których wylewa się krew z naczyń błony doczesnej lub z przestrzeni międzykosmkowych, NEUMANN zaś sądzi, że pierwotnie powstają krwawiaki, które następnie tylko wypuklają błony płodowe ku wewnątrz.

W pierwszym z naszych przypadków błony płodowe leżały prawie w całości swobodnie w jamie płodowej, w niektórych tylko miejscach luźno spojone z podścieliskiem. Wskutek tego nie byliśmy w stanie dokładnie zbadać stosunku ich do guzów. Zaznaczyć jednak należy, że nie zauważyliśmy na nich jakichkolwiek wypukleń.

Drugi przypadek przedstawiał natomiast kilka interesujących szczegółów. Przedewszystkiem przekonaliśmy się, że kosmówka wszędzie ściśle przylegała do wewnętrznej powierzchni guzów, podczas gdy owodnia pokrywała je tylko w miejscach wypukłych, do wklęsłości zaś zagłębiała się bardzo nieznacznie, tworząc nad nimi coś w rodzaju sklepienia. Następnie widzieliśmy na przekroju guzów, że oddzielone są one kosmkami podstawowymi, i że kosmki te w częściach, bliżej powierzchni położonych, rozszczeniają się.

Fakty te rzucają duży snop światła na sprawę powstawania t. zw. podkosmówkowych krwawiaków. Gdyby one powstawały po pierwotnym wytworzeniu się uchyłków w błonach płodowych, jak tego chce BREUS, to *amnion* i *chorion* wszędzie pokrywałyby krwawiaki, wchodząc również i w zagłębienia pomiędzy nimi. Tymczasem owodnia, jak już zaznaczyliśmy, częściowo tylko guzy pokrywa. Następnie — wytworzenie się szczelin w kosmkach podstawowych jest drugim faktem, przemawiającym przeciwko zdaniu BREUS'a, bo niewątpliwie szczeliny owe pochodzenie swe zawdzięczają mechanicznemu parciu narastających skrzepów.

I jeszcze jedna uwaga. Z opisu preparatów naszych, tak samo jak ze wszystkich, poprzednio przez innych przedstawionych, widać, że krwawiaki, czyli skrzepy krwi, wypełniają przestrzenie okołokosmkowe, czyli te przestrzenie, które w każdym normalnym łożysku wypełnione są płynną krwią. Mamy więc tu do czynienia z nagromadzeniem się skrzepów krwi w takich miejscach, gdzie stale krew się znajduje. Wobec tego dziwnem się wydaje, że wszyscy dotychczasowi autorowie mówią przy opisywaniu podkosmówkowych krwawiaków o wybroczynach krwi i szukają źródła krwawienia. Jedni widzą to źródło krwotoków w naczyniach błony doczesnej, inni — w przestrzeniach międzykosmkowych. Zdaje nam się, że anatomiczna charakterystyka umiejscowienia krwawiaków wystarcza, aby raz na zawsze przestać mówić o wybroczynach tam, gdzie mamy wyłącznie do czynienia z krzepnięciem krwi i nagromadzeniem się skrzepów w przestrzeniach okołokosmkowych. Brak krwawień zewnętrznych w ciągu powstawania krwawiaków stoi w zupełnej zgodzie z powyższym poglądem.

A teraz — kilka słów o etiologii omawianego cierpienia. Na etiologię krwawiaków autorowie dotychczas zwracali bardzo mało uwagi. WALTHER przypuszcza, że sprawy zapalne w błonie doczesnej przyczyniają się do powstawania krwawiaków. Inni autorowie nie spostrzegali żadnych zmian w błonie doczesnej.

GOTSCHALK, przyjmując pod uwagę brak naczyń w kosmkach, stawia fakt ten w zależności od niedostatecznego rozwoju pierwotnego zaczątku serca płodowego. Zdaje nam się jednak, że zdanie GOTSCHALK'a pozostanie tylko hipotezą. Brak naczyń w kosmkach nie przedstawia nic charakterystycznego dla podkosmówkowych krwawiaków. Spostrzegamy go przecież dość często w zwykłych wyskrobinach *post abortum*. Brak naczyń łatwo objaśnić się daje obliteracją ich, *resp.* zanikiem po śmierci płodu, czyli po ustaniu krwiobiegu łożyskowego, tembardziej, że od śmierci płodu do chwili wydalania jaja w obu naszych przypadkach upłynęło kilka miesięcy.

Zdaniem naszym, w etiologii krwawiaków odgrywają prawdopodobnie rolę nie miejscowe, lecz ogólne cierpienia ustroju. Ze wspomnę dla przykładu choroby zakaźne, przy których powstają znaczne zmiany w naczyniach i w składzie krwi (powiększa się jej krzepliwość). W pierwszym z naszych przypadków chora podczas ciąży przechodziła tyfus wysypkowy, być przeto może, że choroba ta wpłynęła na wytworzenie się krwawiaków. Dla drugiego przypadku nie możemy podać podobnego momentu etiologicznego, nie znaczy to jednak, żeby go nie było. Dopiero dalsze badania, w tym kierunku podjęte, wyjaśnić mogą, o ile przypuszczenie nasze, dotyczące etiologii krwawiaków, jest słuszne.

Pozostaje jeszcze do omówienia lokalizacja krwawiaków. Była ona w naszych przypadkach rozmaita. W pierwszym — guzy zajmowały całą

wewnętrzna powierzchnię jaja, w drugim natomiast umieszczone były tylko w łożysku. Przeglądając opisy dawniej spostrzeganych przypadków, przekonujemy się, że w jajach, w których łożysko było już zupełnie uformowane, nigdy nie znajdowano krwawiaków pod obwodowymi częściami kosmówki, lecz tylko na powierzchni łożyskowej. Z tego wynika, że umiejscowienie guzów najprawdopodobniej zależy od chwili, w której nastąpiło wytworzenie się skrzepów w naczyniach, *resp.* lakunach łożyskowych. Jeżeli występuje ono w bardzo wczesnym okresie ciąży (np. w pierwszych tygodniach), kiedy nie mamy jeszcze wyraźnego podziału kosmówki na *chorion laeve* i *frondosum*, t. j. kiedy zaczątek łożyska zajmuje całą powierzchnię jaja płodowego, wtedy krwawiaki znajdować się mogą wszędzie. Jeżeli zaś krwawiaki powstają w tym czasie, kiedy łożysko jest już zupełnie ukształtowane, np. po 3 miesiącu ciąży, wtedy spotykamy je tylko w samym łożysku.

Nasze przypadki nie stanowią pod tym względem wyjątku. W pierwszym — krwawiaki wytworzyły się w pierwszych tygodniach ciąży w przebiegu tyfusu, to też znajdujemy je na całej wewnętrznej powierzchni jaja płodowego. W drugim natomiast — w trzecim, *resp.* w czwartym miesiącu ciąży, wskutek czego zajmowały jedynie część łożyskową.

Wnioski:

1) Przypadki, w których znajdujemy t. zw. podkosmówkowe krwawiaki, mają typowy przebieg kliniczny.

2) Krwawiaki powstają po śmierci płodu w pierwszych miesiącach ciąży.

3) Teorya BREUS'a, dotycząca ich powstawania, nie znalazła potwierdzenia w naszych przypadkach. Przeciwnie, jesteśmy zdania, że t. zw. krwawiaki powstają pierwotnie, a wypuklenie błon jest zjawiskiem wtórnym.

4) Umiejscowienie krwawiaków zależne jest od okresu ciąży, w którym się pojawiają.

5) W etiologii krwawiaków prawdopodobnie odgrywają rolę cierpienia ogólne ustroju.

Na tem miejscu poczytuję sobie za miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie d-rowsi JUROWSKIEMU za pozwolenie użytkowania materiału szpitalnego i d-rowsi J. STEINHAUSOWI za zachętę i okazaną mi pomoc przy pisaniu pracy niniejszej.

WYKŁADY KLINICZNE.

PROF. BUDIN.

ŻYWIENIE I HIGIENA NIEMOWLĄT PRZEDWCZEŚNIE URODZONYCH I NORMALNYCH.

(w 10 wykładach klinicznych str. 314).

Strościł

JÓZEF BRUZIŃSKI.

„*Au debut l'enfant n'est qu'un tube digestif.*”

Pierwsze cztery wykłady poświęca autor dzieciom przedwcześnie urodzonym, zwłaszcza dotkniętym słabością wrodzoną (*debilitas vitae*), za takie uważa się dzieci z wagą pomiędzy 1 kilo a 2500 gr. (normalnie 3 kilo do 3500 gr.), z ciepłotą niższą, niż normalna.

Przy pielęgnowaniu niemowląt z nieudolnością życiową zwracać należy uwagę na trzy czynniki: ciepłotę, żywienie i zapobieganie możliwym chorobom.

Jako pierwsze zadanie uważać należy dążenie do zabezpieczenia takich niemowląt od utraty ciepła, co byłoby dla nich zabójcze wobec niższej ciepłoty ich ciała. Autor radzi niemowlęta takie pielęgnować w ciepłarkach (*couveruses*). W Maternité paryskiej prof. BUDIN używa obecnie ciepłarek systemu TARNIER, ulepszonych. W ciepłarce BUDIN utrzymuje zwykle temperaturę 25 — 26° C., gdy dziecko osiąga wagi 2280 — 2300 gr. obniża się temperaturę do 24°, 23° — stopniowo do 20° i następnie wyjmuje się już z ciepłarki. Oprócz umieszczenia w ciepłarce ważnym czynnikiem w pielęgnowaniu niemowląt są kąpiele i odpowiednie żywienie. Przeciętnie niemowlę powinno dostawać na raz ilość mleka, równającą się co do wagi $\frac{1}{5}$ wagi jego ciała lub nieco ponad to. Stosuje się to do dzieci nie wyżej 2800 gr. Niektóre dzieci piją znacznie więcej, niż się przeciętnie wymaga, inne znowu piją mniej, niż wskazana norma wymaga, a pomimo to przybywa im na wadze, odgrywa tu rolę jakość mleka (mowa tu o mleku kobicem) — w mniejszej objętości zawiera więcej składników pożywnych.

Mamy więc tu do rozstrzygnięcia dylemat — z jednej strony uważać należy, by niemowlę dostawało dostateczną ilość mleka pod groźą wyniszczenia i sinyicy, z drugiej strony by nie dostawało za dużo pod groźą wywołania zaburzeń przewodnictwa pokarmowego.

Wyłączny pokarm niemowląt z nieudolnością życiową powinno stanowić mleko kobiece. Autor przekonał się na wielu przykładach w Maternité i na zewnątrz, że ilość mleka mamki wzrasta w miarę zapotrzebowania przez ssącą ją niemowlęta, z drugiej strony, gdy niemowlę ssi za słabo, mleko zanika, autor z naciskiem więc radzi zwracać uwagę przy żywieniu dzieci z nieudolnością życiową na to, by nie zostawiać ich samych przy piersi, lecz albo pozostawiać jednocześnie dziecko mamki lub dodawać mamce inne dziecko normalnie rozwinięte do czasu, aż niemowlę słabe zacznie ssać z normalną siłą.

W niektórych przypadkach niemowlęta z nieudolnością życiową, pomimo wszystkich, zda się, zachowanych warunków, nie przybierają na wadze; autor doszedł, na zasadzie doświadczenia, do przekonania, iż winien tu jest niedorozwój narządów takich niemowląt: wydzieliny żołądka, trzustki są jeszcze niedostateczne jakościowo lub ilościowo.

BUDIN podawał w takich przypadkach pepsynę przed karmieniem, w innych podawał mleko częściowo przetrawione z przetworami trzustki i otrzymywał bardzo dobre wyniki (autor przytacza na poparcie cztery dokładne spostrzeżenia).

Jeżeli niemowlę z nieudolnością życiową nie ma siły zupełnie do ssania, należy wlewać pokarm specjalną łyżeczką przez otwór nosowy lub nawet przez sondę (*gavage*) aż do czasu, gdy dziecko nabierze odpowiednich sił, przez ten czas matka czy mamka powinny dawać pierś innemu dziecku, by nie stracić pokarmu.

W odczycie czwartym BUDIN zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, na jakie są narażone dzieci z nieudolnością życiową, gdy do oddziału zakradnie się epidemia — (*bronchitis, varicella, conjunctiv. blenorrh.* i t. d.). Śmiertelność wśród tych niemowląt staje się wtedy nieporównanie większą, niż wśród niemowląt normalnych. Prof. BUDIN zaproponował w tym celu w Maternité takie urządzenie, by niemowlęta z nieudolnością życiową były zupełnie oddzielone od normalnych, a swoją drogą jeszcze podzielone na 3 nie komunikujące się oddziały — zdro-

wych, podejrzanych i chorych. Autor podaje dokładny plan takiego urządzenia, które wkrótce zaprowadzono będzie w Maternité, w Service des débiles (str. 111 fig. 42). Autor przytacza wyniki, otrzymane przy pielęgnowaniu niemowląt z nieudolnością życiową. Dzieli je na 4 kategorie.

1) niżej 1200 gr. śmiertelność 95%, 2) 1200 — 1500 — 85%, 3) 1500 — 2000 śmiertelność 61,34%, 4) 2000 i wyżej — 32,5%. (Wśród tych dzieci było, naturalnie, dużo chorych). BUDIN wyraża nadzieję, że po zaprowadzeniu nowych urządzeń, wyniki będą daleko lepsze, jako dowód przytacza wyniki, otrzymane w Clinique TARNIER, gdzie podobne urządzenia istnieją.

Autor przeprowadził ankietę w kwestyi dalszego losu niemowląt z nieudolnością życiową od chwili opuszczenia przez nie Maternité i przekonał się, że ogólna śmiertelność wynosi 30%, zaś wśród niemowląt, które stosownie do zalecenia były rzeczywiście karmione piersią, śmiertelność wynosiła 15%. Z pośród dzieci normalnych, wydanych z Maternité na wychowanie do matek, umierało 17%.

Autor, przytaczając liczne dane ze swej praktyki prywatnej i szpitalnej, twierdzi, że zdanie, iż dzieci z nieudolnością życiową pozostają zawsze upośledzonymi, mało inteligentnymi i usposobionymi do choroby LITTLE'a, jest nieuzasadnione, należy więc dokładać wszelkich starań, by ratować niemowlęta z nieudolnością życiową.

Wykład piąty i następne poświęca autor pielęgnowaniu niemowląt normalnych, powstaje przeciwko kilkodniowemu głodzeniu niemowlęcia lub karmieniu go herbatką czystą lub ze śmietanką — w kilka godzin po urodzeniu przystawić należy niemowlę do piersi i powtarzać to co 2 godziny, pozostawiać 10 minut, najwyżej 15.

Ze specjalnym naciskiem podnosi autor kwestyę systematycznego ważenia niemowląt — waga jedynie pozwala nam stwierdzić, czy dziecko przyjmuje dość pokarmu, czy też za dużo. BUDIN przytacza fakty, gdzie dzieci z dobrą wagą początkową, otrzymując za mało pokarmu, przestają krzyczeć, wpadają w stan apatyi, dużo śpią — otaczający uważają je za idealnie grzeczne dzieci, tembardziej, że mają wypróżnienia rzadko i przy ssaniu wykonywają ruchy ssania. Przy dokładniejszym badaniu okazuje się jednak, że przy ssaniu nie polykają nic. Waga wykrywa ubytek znaczny. Jeżeli się w porę nie zaradzi złemu, dzieci przestają ssać zupełnie i marnieją. Autor podaje barwną historycę choroby takiego dziecka wraz z dokładnymi krzywami wagi — matka dostarczała 100 gr. mleka dziennie, dodano mamkę — żadnej poprawy, przy wadze okazało się, iż mamka dostarczała również 100 gr. dziennie, dopiero zmiana mamki uratowała dziecko od śmierci głodowej.

W niektórych przypadkach niemowlęta, otrzymując dostateczną ilość pokarmu, nie przybierają na wadze, gdyż nie zużytkowują dostatecznie części składowych mleka (dodawać pepsyny). Jeżeli waga wykaże, iż matka ma za mało pokarmu, należy dokarmiać, pokarm często wyrabia się. Autor na poparcie przytacza sporą wiązanke danych, układając je w sposób graficzny, co ułatwia znakomicie oryentowanie się i utrwała te dane w pamięci.

Jeżeli matka kilka dni pierwszych nie ma pokarmu, nie należy rąk opuszczać, lecz przystawiać dziecko stale do piersi i dokarmiać, nieraz pokarm przybiera dopiero po 10 dniach i później, matki takie są doskonałymi karmicielkami.

W innych przypadkach zbytńia obfitość mleka u matki szkodzi dziecku. Z początku przybiera ono gwałtownie na wadze, wreszcie wskutek przekarmienia dostaje zaburzeń w trawieniu i traci na wadze. Należy wtedy zmniejszyć

porcyje jednorazowe i częstość karmienia. Niekiedy wydzielanie mleka zmniejsza się wskutek choroby matki (*angina*, *influenza* i t. d.), dziecko nie przybiera na wadze — dodawać należy przez czas choroby matki mleka. Pleśniawki bywają również przyczyną utraty wagi, prawdopodobnie przez ból, jaki sprawiają przy ssaniu, to samo dzieje się przy *coryza*, gdy dziecko nie jest w stanie wykonywać ruchów ssania — należy wtedy karmić łyżeczką lub nawet przez sondę.

Wogóle podczas choroby dzieci tracą, lecz bywają i takie, które nawet podczas ciężkiej choroby przybierają na wadze (*bronchopneum.* krzywa 56), wynika ztąd, iż danym wagi przypisywać należy duże znaczenie, lecz nie absolutne. Autor zwraca uwagę, że nieraz niemowlęta przed śmiercią gwałtownie przybierają na wadze (zatrzymanie uryny, *oedema*); gdy się stwierdzi taki niespodziewany przyrost wagi u niemowlęcia chorego, można prawie z pewnością wróżyć z tego rychły zgon.

„W praktyce swej, posiłkujcie się wciąż wagą, panowie, kończy ten wykład BUBIN, i zalecajcie jej używanie, jedynie bowiem systematyczne ważenie pozwala ocenić prawidłowy rozwój dziecka“. Autor podaje schemat tablicy do notowania wagi o skali ruchomej — nader praktyczny.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 22 października r. b.

TREŚĆ: 1) F. NEUGEBAUER — a) przedstawienie jaja, poronionego w 6 tygodniu ciąży, b) przedstawienie zbioru wianków macicznych i ich surrogatów, c) przedstawienie cieniopisu Roentgenowskiego przypadku złamania miednicy wskutek przejechania. 2) W. Męczkowski — a) przedstawienie chorego z wylewem krwawym w stożku rdzeniowym, b) przedstawienie chorego z licznymi wylewaniami krwawymi do rdzenia. 3) J. BORZYMOWSKI — przedstawienie dwóch chorych: a) po wycięciu torbieli prawego jajnika i b) po wycięciu raka sutki, operowanych z uwzględnieniem nowych metod aseptycznych. 4) Czesław STANKIEWICZ — a) przedstawienie preparatu macicy po dokonaniem efektu cesarskim sposobem Piatcu'a, b) przedstawienie kośćca płodu, zatrzymywanego przez lat osiemnaście w jamie brzusznej w przypadku ciąży jajowodowej śródwężowej. 5) St. Korczyński — przedstawienie chorego z uszkodzeniem urazowym nerwu współczulnego 6) J. Brudziński — „Stosunek wzajemny żółtów i gruźlicy“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił:

a) jajo, poronione w szóstym tygodniu ciąży. Po otwarciu worka płodowego znaleziono w jamie kosmówki prócz płodu pęcherzyk żółtkowy wielkości małego groszka oraz zachowany w całości *ductus omphalo-mesaraicus*. Długość tego przewodu wynosiła aż 22 milimetry. Jego persystencja, jak wiadomo, wpływa na powstawanie przepuklin pępowinowych. Kol. N. podnosi rzadkość podobnego preparatu.

b) Kol. N. przedstawił zbiór wianków macicznych, źle wybranych, zaniedbanych, z nieodpowiedniego materiału zrobionych, np. wianki ze skóry, na czarno lakierowanej, szerścią lub włosiem wypełnione, wianki cynowe, ołowiane, kółka drewniane, krążki z drutu, owinięte konopiem i t. p. Kol. N. ostrzega przed nazbyt gorliwym stosowaniem zwłaszcza nieodpowiednich wianków.

c) Kol. N. przedstawił cieniopis Roentgenowski przypadku złamania miednicy wskutek przejechania. Wylamana została średnia część przedniej ściany obrączki miedniczej, a w miejscu złamania rozeszły się odłamki kostne na szerokość pięści. Zdjęcia bardzo udatnego dokonał kol. Barszczeński.

2) Kol. Męczkowski przedstawił dwóch chorych z oddziału d-ra CIELECHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus:

a) 24-letni robotnik wiejski spadł 1. IV. 1901 r. z drzewa z wysokości 6 — 7 lokci głową naprzód. Odrazu poczuł ból w krzyżu. Z początku *retentio* później

incontinentia urinae i *retentio alvi*, trwające do obecnej chwili. Kręgi 12-ty grzbietowy i 1-szy lędźwiowy wystają. Zaburzenia wszystkich rodzajów czucia w obrębie nerwów *pudendohaemorrhoidalis*, *coccygeus*, *cutaneus femoris post.* Sfera ruchowa bez zmian. Odruchy ścięgniste z kończyn dolnych, z *m. m. cremasteres* zachowane. Ze względu na brak podrażnienia korzeni nerwowych M. wyłącza zajęcie ogona końskiego i przyjmuje wylew krwi w trzecim, czwartym i piątym odcinku krzyżowym.

b) 57-letni wyrobnik spadł w lipcu r. b. z drzewa z wysokości 7 — 8 łokci. Przytomności nie stracił. Natychmiast zupełne porażenie kończyn górnych i dolnych, bardzo silne bóle w grzbiecie, *incontinentia alvi et urinae*. Obecnie chodzi z wielką trudnością. Na kończynach górnych osłabienie siły mięśniowej i zanik w różnych mięśniach zwłaszcza po stronie prawej. W kończynach dolnych siła mięśniowa wogóle osłabiona, zwłaszcza w stanie zaniku mięśnie prawego uda. Czucie dotyku wszędzie zachowane, czucie bólu i ciepła, zwłaszcza po całej stronie prawej z wyjątkiem twarzy, wybitnie osłabione, w wielu miejscach zniesione. Wielkie odleżyny na krzyżu. Odruchy ścięgniste kończyn górnych i dolnych żywe, odruchów brzusznych brak, lewy podeszwowy zachowany, prawego brak. Ucisk na środkowe kręgi grzbietowe bardzo bolesny. M. przyjmuje w danym przypadku liczne wylewy krwawe do szarej substancji rdzenia, głównie po stronie prawej t. zw. „Röhrenblutung“ rdzenia kręgowego.

3) Kol. Jan BORZYMOWSKI, przedstawiając dwie chore, zauważył najpierw, że ostatnie badania chirurgów i bakterjologów wykazały niemożność odkażenia skóry człowieka pomimo wszelkich prób. Obecnie chirurdzy starają się odosobnić podczas operacji ranę od skóry operatora i od skóry chorego.

U pierwszej chorej kol. B. przed 14 dniami wyciął guz i torbiel lewego jajnika. Podczas operacji starał się odosobnić skórę od rany w ten sposób, że po kilkunastominutowem odkażaniu rąk mocno wtarł wazelinę w skórę obydwóch rąk. Zamiast szwu skór nego B. zastosował szew podskórny. Po operacji żadnych objawów podrażnienia otrzewny nie było; chora zaczęła chodzić 8-go dnia, na 14-ty dzień blizna jest prawie niewidoczna. U drugiej chorej kol. B. przed 12-tu dniami wyciął raka lewego gruczołu piersiowego i gruczołów chłonnych. Przytem usunął całą masę tłuszczu podskór nego, opóźniającego gojenie. Gojenie odbywało się niezwykle szybko, na 6-ty dzień szwy zdjęto, rana zagoiła się przez rychłozrost.

4) Kol. Czesław STANKIEWICZ a) przedstawił preparat macicy po dokonaniem w czerwcu r. 1898 cięciu cesarskiem sposobem FRITSCH'a. (Gaz. lek. 1899 Nr. 1). Operacja w ósmym miesiącu księżycowym z powodu raka w lewej połowie próżni miednicy. Zejście śmiertelne na ósmy dzień wskutek wyniszczenia. Rana macicy zagojona doraźnie. Dziecko żywe, zdrowe. S. zaznacza, że było to pierwsze w kraju cięcie cesarskie poprzeczne. b) Kol. S. przedstawił kośćiec płodu, zatrzymanego przez lat 18 w przypadku ciąży jajowodowej śródwężowej. (Czas. lek. T. I zes. 10). Płód prawie donoszony z biegiem lat uległ zupełnej maceracyi. Mimo to pacjentka odbyła 6 porodów na czasie. Operacyi wyjęcia owego kośćca dokonano z powodu zaburzeń pęcherzowych.

5) Kol. Stanisław KOPCZYŃSKI przedstawił 8-letniego chłopca, który przed rokiem podczas zabawy zranił sobie zlaną żelazną rączką od parasolki szyję po stronie lewej. Wkrótce (po godzinie?) otoczenie zauważyło, że lewe oko chłopca zmniejszyło się. K. widział chłopca 1-szy raz w kwietniu. Obecnie stan pozostał prawie bez zmiany, a mianowicie. Na szyi, w połowie wewnętrznego brzegu lewego *m. sternocleidomastoidei* mała blizna długości 1 ctm., szerokości

z mm. Lewa szpara oczna i lewa źrenica blisko o połowę mniejsze po stronie lewej, niż po prawej. Lewa gałka oczna mocno zapadnięta (*Enophthalmus*). Lewa połowa twarzy stale cieplejsza, często, jak twierdzi matka, mniej się poci, niż prawa. W październiku na lewej połowie twarzy zauważono lekki obrzęk. Na dnie lewego oka (kol. KNAPPE) znaleziono: tarcza mniejsza, żyły znacznie węższe, niż z prawej. Ostrość widzenia prawie normalna. K. przypomina o podkładzie anatomicznym tej sprawy; podnosi niestalość objawów naczynioruchowych w przypadku uszkodzenia nerwu współczulnego i różniczuje pomiędzy uszkodzeniami urazowymi nerwu współczulnego a zajęciem t. zw. *antri cilio-spinalis*. Wyłączenie w danym przypadku było konieczne ze względu na bolesność kręgów szyjowych, skrzywienie kręgosłupa, obciążenie gruźlicze małego pacjenta. (Przypadek ten został opisany również przez kol. ZIEMIŃSKIEGO w Kronice Lekarskiej w maju r. b.).

6) Kol. J. BRUDZIŃSKI odczytał rzecz p. t. „Stosunek wzajemny zolżów i gruźlicy“. Rzecz ta była drukowana w całości na szpaltach „Medycyny“.

W dyskusyi Sekretarz Stały przedstawił zarys historyczny poglądu na stosunek anatomiczno-patologiczny zolżów do gruźlicy: pogląd BAYL'a, LAENNECK'a, VIRCHOW'a, KOCIR'a i w końcu wypowiedział zdanie, że jeśli się bliżej przyjrzeć kwestyi t. zw. skrofulozy, to się przychodzi do tego wniosku, że niepodobna znaleźć ani anatomicznej, ani chemicznej, ani klinicznej podstawy do przyjęcia odrębności stanu chorobowego, do którego dałaby się zastosować powyższa nazwa.

Prof. KOSIŃSKI zaznaczył, że niezupełnie podziela zdanie Sekretarza Stałego. Praktyka i obserwacja każdego z lekarzy poucza, że rozróżnianie zolżów i gruźlicy robić należy, przemawia za tem zwłaszcza różnorodność postaci rozbieżnej choroby, a przede wszystkim to, że zolży należą do cierpień uleczalnych.

Mówca w odpowiedzi Sekretarzowi Stałemu zaznacza, że wyłączać zolżów z nomenklatury klinicznej żadną miarą nie możemy. Odpowiedzi na różne zarzuty przytoczył w odczycie.

St. Kopezyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 9 listopada r. b.

Na posiedzeniu d-r Władysław ZAWADZKI odczytał rzecz o „szkodliwościach zawodowych w jubilerstwie“. Pracownia najczęściej mieści się w samym mieszkaniu jubilera lub z niem się łączy i zatrzuwa w niem powietrze szkodliwymi gazami i pyłami. Jubiler siedzi nad robotą niemal nieruchomo zgarbiony z nogami zgiętymi *ad maximum* w stawach biodro-udowych na niskim stołku w wąskim wcięciu niskiego stołu. Pociąga to za sobą cały szereg zaburzeń w czynnościach ustroju. Praca jubilera wymaga wyężdżania wzroku. Przedewszystkiem jednak naraża go na szkodliwości chemiczne. Ołów, rtęć, cyanek potasu, arsenik, kwasy siarczany, solny, azotny — oto ciała, z którymi jubiler ubocznie ma do czynienia przy preparowaniu aliażów, farbowaniu złota, złoceniu w ogniu, złoceniu galwanicznym i t. d. Obok tego musi on wdechać produkty niedokładnego spalania z lampy i węgla, wciąż przez siebie używanych. Bardzo szkodliwa w tym względzie jest praca z dmuchawką: po długim wyężdżonym wydechu musi bowiem nastąpić głębszy wdech, podczas którego jubiler wciąga do płuc produkty spala-

nia z lampy oraz gazy często trujące, powstałe przy topieniu przeróżnych metalowych mieszanin. Przy szlifowaniu, polerowaniu i czyszczeniu przedmiotów metalowych powstaje pył metalowy. To też na 100 zmarłych jubilerów 71 ginie z suchot. Najbardziej narażeni na wymienione szkodliwości są jubilerzy drobni, nie znający jeszcze specjalizacji.

Ze względu na zdrowie rodziny jubilera pracownia jego winna być oddzielona od mieszkania. Ze względu zaś na konieczność dobrego oświetlenia — winna się mieścić na najwyższych piętrach, co pozwoliłoby nadto korzystać z wyższych stołów i stołków do pracy. Każde piętro wyżej pozwala na znaczne podwyższenie i powiększenie stołu warsztatowego, a tem samem i na większe wycięcia w tym stole, w którym siedzą pracujący. Dla wielu jubilerów konieczne byłoby dobrze dobrane okulary, których niesłusznie się obawiają nasi rzemieślnicy. Z. sądzi, że dmuchawki mechaniczne z mieszkaniem najzupełniej dałyby się zastosować w pracowniach jubilerskich. Lampa kerozynowa, którą dziś jubiler wciąż, to zapala, to zadmuchuje, powinna być zarzucona. Płomień gazowy, automatycznie zapalający się za pokręceniem krana, byłby najodpowiedniejszy. Dla wentylacji pracownia powinna posiadać kapę wyciągową — szafę oszkloną z rurą odprowadzającą w rodzaju kominu i z płomieniem gazowym dla zwiększenia ciągu — gdzie należałoby wykonywać czynności, połączone ze szkodliwymi wyziewami. Wobec możliwości zatrucia konieczne są: bluza do pracy, zapięta pod szyję i przy dłoniach, dbałość o czystość rąk, twarzy, ust, częste kąpiele. W wolnych chwilach od pracy — świeże powietrze i ruch.

W rozprawach p. Makowski żąda stołków, wysuwanych na szrubie, które można by dowolnie stosować do wzrostu pracujących; rurę od kapy radzi łączyć z kominem. P. Szrajber zaleca w pracowni dolną wentylację wodną.

W „zegarmistrzostwie“ (d-r B. GEPNER syn) powtarzają się te same szkodliwości, co i w jubilerstwie, dotyczące pomieszczenia pracowni przy mieszkaniu, postawy ciała siedzącej nieruchomej, zgarbionej przy pracy, konieczności wyężdżania wzroku. Niema tu wspomnianych gazów trujących, a i pył metalowy rzadziej się zdarza (przy użyciu pilnika, tokarni). W skutek ciągłej a jednostajnej pracy palców może w nich powstać kurcz bolesny, pociągający niekiedy za sobą (przy zaniedbaniu dłuższego wypoczynku) niezdolność do pracy zawodowej. Od możliwych uszkodzeń oczu cząsteczkami obrabianego lub toczonego metalu ochronią okulary. Troskliwie należy chronić oczy od wyczerpania mięśnia rzęskowego, wypoczywając przy zmęczeniu oczu. Dobre oświetlenie, usuwanie promieni, padających wprost w oczy, odpowiednią zasłoną na okno są konieczne. Z różnych rodzajów światła sztucznego najlepsze byłoby elektryczne żarowe. Lampa naftowa, byleby nie błyskawiczna, lepsza jest od gazowej, która zbyt grzeje. Lampa winna mieć na kloszu osłonkę tekturową. Zegarmistrzostwo wymaga zdrowych oczu.

Przy „retuszeryi“ (d-r SZYMAŃSKI) najwięcej pracuje oko, narażone na przekrwienie, krótkowzroczność, wyczerpanie wrażliwości siatkówki. Nie należy wcale pracować przy sztucznym świetle, nie nachylać zbyt głowę, tułowia; pracować trzeba przy pulpicie wysokim i ruchomym, przerywać zajęcia przy każdym znużeniu wzroku, poddawać się co pewien czas zbadaniu przez okulistę.

ODCINEK.

Kilka słów w sprawie nowej opłaty szpitalnej.

Warszawską Radę Miejską Dobroczyńności Publicznej oddawna trapi smutny stan szpitalnictwa miejskiego, które na barkach swoich dźwigać musi. Smutny stan szpitalnictwa jest bezpośredni następstwem braku odpowiednich funduszków. Brak ten powoduje, że liczba łóżek w szpitalach warszawskich stale jest zamała, jak to już niejednokrotnie wykazały zarówno zawodowe pisma lekarskie, jak i pozostała prasa. Ten-że sam brak funduszków sprawia, że pożywienie chorych, pozostających w szpitalach, wcale nie odpowiada wymaganym przez naukę normom; że liczba służących na salach chorych jest za mała, przez co chorzy są bardzo licho obsługiwani; że służba, nędznie płatna i nędznie żywiona, natomiast przeciążona pracą, zmienia się ustawicznie, na skutek czego niepodobna jest mieć służbę należycie wyrobioną; przez to samo liczba siostr miłosierdzia, lekarzy miejscowych jest zamała, oddziały szpitalne nie są zaopatrzone w niezbędne narzędzia i przyrządy i t. d., i t. d.

Jest tedy rzeczą bardzo naturalną, że Rada Miejska D. P., nie posiadając odpowiednich funduszków do należytego prowadzenia szpitali, stara się wyszukać nowe źródła dochodów. W tym celu przed kilkoma laty został wprowadzony w życie podatek rublowy, pobierany od pewnych warstw mieszkańców miasta Warszawy; w tym samym celu opracowała R. M. D. P. projekt i przesała tenże do zatwierdzenia odpowiednich władz, by chorzy mieszkańcy m. Warszawy, nie opłacający wymienionego wyżej podatku rublowego, oraz wszyscy chorzy, z poza Warszawy do szpitali warszawskich na leczenie przybywający, płacili w oddziałach wewnętrznych 50 kop., zaś w chirurgicznych 1 rs. dziennie. Ministerjum Spraw Wewnętrznych, po przejrzeniu projektu, orzekło, że nie znajduje przeszkód do wprowadzenia tegoż w życie, i oto od d. 14 listopada r. b. na mocy odezwy R. M. D. P. podwyższona w wymieniony wyżej sposób opłata stała się obowiązującą.

Fakt ten, pozornie tak drobny, odbija się echem bolesnem na życiu społecznem ludności wszystkich gubernii Królestwa, sprawa bowiem możliwości ratowania zdrowia i życia do pierwszorzędných zaliczona być musi. Nie mamy, niestety, pod ręką dokładnych cyfr, któreby wykazały, jak duża odsetka chorych, leczonych w szpitalach warszawskich, przypada na ludność pozawarszawską. Jak widać ze sprawozdania Rady Miejskiej D. P. (Warszawskija Obszczyja Bolnicy r. 1893), w roku 1891 z pośród 19,300 chorych, leczonych w szpitalach warszawskich, mieszkańców prowincyi było 4,881, co stanowi przeszło 25%. Od owego czasu, wobec zwiększającego się zaufania ludności wiejskiej do szpitali warszawskich, wobec znacznie ułatwionej komunikacyi, odsetka prawdopodobnie przekracza 30. Napływ ten, tak gromadny, nie jest rzeczą przypadku lub wybryku, lecz, niestety, następstwem smutnej konieczności. Najrozmaitsze warunki, których wyliczanie zajęłoby nam zbyt dużo czasu, sprawiły, że tylko warszawskie szpitale są dziś zaopatrzone w należycie wyrobionych specjalistów nieomal wszystkich gałęzi medycyny; zaledwie parę miast prowincjonalnych posiada w szpitalach swych daleko nie wystarczającą zresztą liczbę chirurgów, laryngologów i t. d. Cały pozostały obszar gubernii Królestwa obsługiwany jest przez

lekarzy, niewątpliwie najlepszych chęci i dążeń, lecz wobec dzisiejszego stanu szpitalnictwa prowincjonalnego pozbawionych wszelkiej możności doskonalenia się wyłącznie w tej lub owej specjalności. Tak liczna ludność gubernii Królestwa, nie znajdując na miejscu należytej pomocy lekarzy-specjalistów, widzi się zmuszoną odbywać wędrowkę, częstokroć z największymi ofiarami połączoną, do szpitali warszawskich.

Zastanówmy się teraz, czego właściwie możemy spodziewać się od wprowadzenia wymienionej wyżej zwiększonej opłaty. Nie będziemy brali w rachubę tych mieszkańców m. Warszawy, którzy, nie opłacając podatku rublowego, zechcą być leczeni w oddziałach szpitalnych; będą to oczywiście ludzie takiej zarobkowości, że zwiększona opłata zbytnio kieszeni ich nie nadweręży. Zupełnie inaczej przedstawi się sprawa, skoro zwrócimy się do tak licznych zastępów biednej ludności włościańskiej i niezamożnych warstw ludności miast prowincjonalnych, z taką ufnością szukających dotychczas ratunku w szpitalach warszawskich. Tu dałyby się przewidzieć dwie możliwości. Oto przypuścimy, pierwsze, co zdaje się nam zresztą rzeczą wprost nieprawdopodobną, że liczba włościan, przybywających na leczenie do szpitali warszawskich, pozostanie bez zmiany. Czy istotnie stan dochodów Rady Miejskiej D. P. uległby wówczas tak pożądanej zmianie na lepsze? Ośmielamy się odpowiedzieć przecząco. Wieleletnie doświadczenie aż nadto wykazało, z ilu trudnościami jest połączone odbieranie od włościan należności za pobyt w szpitalach warszawskich. Pomimo współdziałania odpowiednich władz miejscowych, częstokroć bardzo energicznego, zaległości gromadzą się z roku na rok, zaś znaczna odsetka tychże wreszcie umorzona być musi. Skąd powstają owe zaległości? Czy są one następstwem złej woli lub lekkomyślności dłużników, czy też faktycznej niemożności zapłacenia należności? Odpowiedzieć na to mogą ci, co bliżej znają warunki ekonomiczne włościan; co mogliby nam powiedzieć, że jedna część tychże, bezrolna, zarabia tyle, ile wystarcza za ledwie na najskromniejsze wegetowanie, druga, posiadająca przeważnie małe działki gruntów, wobec ciężkich stosunków, w jakich rolnictwo powszechnie w dobie obecnej znajduje się, pod względem warunków egzystencji nie wiele różni się od tej pierwszej. Odpowiedzieć na to mogą i ci, co mają codziennie możność obserwowania włościan podczas pobytu tychże w szpitalach. Jakże często, pomimo najbardziej wymownych perswazyj, jaknajskuteczniejsze leczenie właśnie w chwili najbardziej pożądanej przerwaniem zostaje, gdyż chory czuje się w obowiązku powrócić pod strzechę rodzinną, z obawy, by dalszy pobyt w szpitalu nie przyczynił się do ostatecznego zrujnowania całej jego rodziny! Jakże często daje się podpatrzeć gorzką łzę pod powieką, ukrywaną troskę na twarzy ojca lub matki rodziny, których dzieci przymierają głodem podczas pobytu ich w szpitalu, gdyż na wyjazd chorego do Warszawy został wydany ostatni grosz, krwawym potem zroszony. . . . I nie tylko osobiście włościanin bardzo często nie jest w fizycznej możności uiszczenia się z należności za pobyt w szpitalu; dla bardzo wielu gmin jest to wypadek przewyższający rozporządalne zasoby. Tak działo się dotychczas, gdy opłata dzienna wynosiła 30 kop. O ile zmieniają się stosunki po wprowadzeniu opłaty zwiększonej? Nędzny stan materialny, a więc i wypłacalność włościan na długo pozostaną jeszcze bez zmiany. Gdybyśmy tedy raz jeszcze przypuścili, że włościanie również licznie, jak dotychczas, do szpitali warszawskich napływać będą, wówczas bezpośrednim i jedynym tego wynikiem byłoby znakomite powiększenie się sumy trudnych do zrealizowania długów, zaś bardzo problematycznym wydawałoby się nam powiększenie dochodów.

Lecz bardziej prawdopodobnem wydaje nam się przypuszczenie drugie, że opłata, tak nagle, bez przygotowania, bez stopniowania zwiększona wpłynie na włościan i biedniejsze warstwy ludności miast prowincjonalnych odstrasżająco, że nie wielka tylko liczba jednostek bardziej zamożnych będzie mogła nadal udawać się na leczenie do szpitali warszawskich. W taki sposób liczba łóżek dla mieszkańców m. Warszawy zwiększy się znakomicie i odpowie zapotrzebowaniu, zaś dochody szpitali względnie powiększą się, albowiem przybywający z poza Warszawy chorzy będą przeważnie wypłacalni. Zdawaćby się mogło, że zawiła sprawa w znacznym stopniu należycie załatwioną zostanie? Czy jest to jednak właściwe rozwiązanie ciężkiego zadania? Bynajmniej. Nikt chyba nie odważy się twierdzić, że szpitale warszawskie mają obowiązek dbać jedynie i wyłącznie o chorych mieszkańców m. Warszawy. Po pierwsze, place, na których stoją szpitale, kupione są, zaś same szpitale zbudowane bynajmniej nie kosztem miasta, lecz za pieniądze specjalne, przez rozmaitych dobroczyńców na ten cel zaofiarowane. Powtóre, szpitale utrzymywane są również tylko w drobnej części przez miasto *), zaś podstawowe fundusze powstają już to z odsetek od sum, na szpitale warszawskie przez obywateli całego Królestwa legowanych, już to z czynszu od gruntów, będących własnością szpitali — również przez dobrodziejów z całego Królestwa na szpitale warszawskie zapisanych. Warszawskimi, miejskimi mogą nazywać się szpitale jedynie ze względu na to, że stoją w obrębie m. Warszawy. Z powyższego widzimy, że żadną miarą szpitale warszawskie wyłącznie dla chorych mieszkańców m. Warszawy przeznaczone być nie mogą, że w imię sprawiedliwości winny one być w tym samym stopniu dostępne i dla mieszkańców całego Królestwa. Jest to wzgląd, o którym zapominać nie wolno, jak nie wolno zapominać i o drugiej, równej wagi okoliczności, o której wspominaliśmy wyżej, o braku lekarzy-specjalistów na całym niemal obszarze Królestwa.

Z tego, co dotychczas w sprawie zwiększonej opłaty za pobyt w szpitalach powiedzieliśmy, wnioskujemy, że wprowadzenie tejże nie rozwiąże bynajmniej kwestyi powiększenia funduszy Rady Miejskiej D. P., natomiast pokrzywdzi całe zastępy biedaków, pozbawiając tychże możności znalezienia należytego ratunku w cierpieniach, że więc sam pomysł wprowadzenia w życie owej opłaty za poroniony uważany być musi. Nie wątpimy, że Rada Miejska D. P., której nie chodzi o zmniejszenie sobie kłopotów, lecz raczej o zadośćuczynienie w jaknajszerszym zakresie żywotnym interesom społeczeństwa miejscowego, zechce łaskawie przyjąć do wiadomości ową garstkę naszych nieśmiałyh uwag. Nie wątpimy również, że Rada Miejska Dobr. Publicz. w celu podniesienia szpitalnictwa będzie się miała i innych sposobów. Sposoby te mogą być nader rozmaite. Nie posiadając dotychczas wszechstronnie opracowanego odnośnego projektu, pozwolimy sobie jednak rzucić kilka najbardziej ogólnikowych myśli, dotyczących omawianej sprawy. Oto uważalibyśmy za konieczne, by miasto, skoro $\frac{3}{4}$ chorych szpitalnych stanowią mieszkańcy tegoż, już to w odpowiedni sposób przyczyniało się do wydatków szpitalnych, już to swoim kosztem wybudowało na swój wyłączny użytek szpital lub szpitale; to ostatnie uważamy za bardziej słuszne. Należałoby następnie, by takie instytucye, jak towarzystwa kolejowe, fabryki i t. p., pobudowały szpitale dla swoich pracowników, którzy dziś stano-

*) Ze sprawozdania Rady Miejskiej D. P. z r. 1899 (Odczet o sostożanii Obszczestwianuogo Prizrenija w g. Warszawie za g. 1899) widzimy, że z kasy miejskiej na utrzymanie wszystkich 8 szpitali wpłynęło tylko 47,111 r., gdy budżet roczny tychże szpitali przekraczał 900 tysięcy rubli:

wią znaczną odsetkę chorych szpitalnych. Bardzo pożytecznym byłoby niewątpliwie zainteresować szerokie masy społeczeństwa sprawami szpitalnictwa, ułatwiając np. uzyskanie od odpowiednich władz pozwolenia na otwieranie szpitali prywatnych dla ludności biednej, dając możność bezpośredniego wpływania na bieg spraw szpitalnych i t. p., nie zaś ograniczając współdziałanie społeczeństwa tylko do czynienia zapisów. Wreszcie, aczkolwiek losy szpitalnictwa prowincjonalnego do Warszawskiej Rady Miejskiej D. P. nie należą, to jednak na mocy swojego tyloletniego doświadczenia mogłaby ona wpłynąć na szpitalnictwo prowincjonalne wypracowaniem odnośnego memoriału, któryby wykazał, że próby, poczynione dotychczas np. w gubernii płockiej, niesienia pomocy lekarskiej ludności niezamożnej, zupełnie mijają się z celem, że tylko ogólny podatek mógłby dostarczyć funduszków do zakładania odpowiedniej liczby szpitali i do zaopatrzenia tychże w należycie wykwalifikowanych lekarzy-specjalistów.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— LÖFFLER, lekarz w Zenicy w Bośni, opisuje nader rzadki przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego przez rodzącą na samej sobie. 42-letnia kobieta z powodu bólu nóg przeleżała 8 miesięcy w łóżku, a, obawiając się śmierci jeszcze przed rozwiązaniem, postanowiła pomóc sobie sama. Scyzorykiem rozcięła sobie brzuch, zobaczyła, iż z brucha wypadło dziecko, i omdlała. Po jakimś czasie oprzytomniawszy, zawołała swą 13-letnią córkę, której kazała zaszyć ranę brzuszną, co też ta spełniła. Córka przewiązała też popowinę, a jakieś ciało (zapewne łożysko) wrzuciła do rzeki. Autor widział chorą w 2 dni później. Znalazł wzdłuż linii białej nierówne cięcie, 16 cm. długie, zszyte szwem ciągłym i zrosłe *per primam*. Dziecko ważyło 3000 grm., było 49 cm. długie. Po 2 miesiącach matka czuła się zupełnie dobrze. Nóż i igła, użyte do operacji, były zardzewiałe. Autor po przybyciu znalazł ranę pokrytą mchem i brudnymi szmatami. Z opowiadania córki można było się domyś-

leć, iż zaszyła ona tylko ranę skórną. Odchody połogowe były zupełnie normalne. (Wien. med. Woch. 9. 3. 1901).

— Zdaniem FURONET'a, lekarze, mając do czynienia z gorączkami o charakterze niewyraźnym, zbyt mało zwracają uwagi na fakt, że mogą one zależeć od przymiotu. Gorączkę taką zazwyczaj przypisuje się jakiejś chorobie zakaźnej ostrej. Tymczasem, przy dokładniejszym badaniu znajdziemy niekiedy zgrubienie obojczyków lub gołeni albo też oznaki przymiotu narządów wewnętrznych, a leczenie swoiste wkrótce gorączkę usuwa. Zjawiać się ona może w rozmaitych okresach choroby: 1) rzadko występuje na 3—4 tygodnie przed wysypką wtórną; 2) może zjawiać się jednocześnie z tą wysypką; 3) może występować nawet w okresie trzeciorzędym. Typ gorączki bywa zwalniająca lub przepuszczająca; daje powód do mylnego przypuszczenia zimnicy, tyfusu, gruźlicy i nawet gośdca. (N. Y. med. Jour. 22. 6. 1901).

P.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1902 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава 15 Октября 1901 г. Druk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYŃOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barcza, Cepousza, Filleborna, Filanowicza, Habiolskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Kozłowski, Kozłowski, Lilpopa, Malinowski, Mieszczaka, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rózyckiego, Strużyńskiego i Fricke, Sypniewskiego i Surzyńskiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofska.

Składy główne: Karmelicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie Wł. Magierskiego. W Kaliszu: w aptece K. Rybickiego. w Kielcach w aptece A. Wierzbickiej.

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego
Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 2—5. Ambulatoryjum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

MERAN

D-r ROMUALD BINDER,

Polak, praktykuje jak w 7-miu poprzednich latach od wszeźnia do czerwca

Willi Gotensitz Habsburgerstrasse.

Dr. Plessner, Wiesbaden

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego. Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, chron. chorych wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebujących wypoczynku (też przy umysłowo wykluczeniu). Fizj. i diet. leczenie. Kuracja walerianami i kuracja odzyskująca.

Wody Mineralne **ŹRÓDŁA RZĄDOWE**

VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Zwracać uwagę na etykiety na oznaczenie źródła.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thieme, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzymanie, leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dytteryticznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH
oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

E. CH. SZEDROWICZA

Warszawa, ulica Żelazna Nr. 6.

Towar wyborowy.

CENY UMIARKOWANE.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny
PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH

D-ra Reichsteina

Warszawa—Leszno 31.

Heiman D-r Teodor:

Choroby Narządu Słuchowego

Podręcznik dla lekarzy i studentów z 161 rysunkami w tekście.

Cena rb. 3.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka, Warszawa.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD 1893.

NAGRODA
1896r.

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzewa

Warszawskie Hygieniczne Laboratorium Miejskie,
stałemi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków.

Zaszczycony złotym medalem na wszechświatowej
wystawie w Paryżu w 1900 r. „Prawit. Wiest. № 10.

Agentami w kantorze są pp. Szwarec i Sznocki.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidmühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon
1894 r.

1900 nagrodzony medalem
i listem pochwalnym.

Bordeau
1895 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus
i różne naturalne wina.



1897 r.

E. REJDELA w Kiszyniowie.

Naturalny koniak E. REJDELA wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) wina, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonej piwnicach na sposób francuzki. Zaktami swymi nie ustępuje w pićsem oryginalnym koniakom francuzkim. Z zamówieniami prosimy zwracać się WARSZAWA, OLUGA 55.

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.