

# MEDYCZYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie .....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25				

TREŚĆ: O niektórych właściwościach mózgu idyotów wogólności, i nowy przypadek idyotyzmu. Przez dra med. Jana MIERZEJEWSKIEGO, docenta chorób nerwowych i umysłowych w Petersburgu. — Kazyistyka. Przypadek otrucia w skutek okadzania się rtęcią. Przez J. S., z gubernii Smoleńskiej. Przypadek dowolnego poknięcia jajnika. Podal dr. Nowodworski, z Krasnojarska. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O opatrunkach przeciwnięlnych. Według źródeł angielskich i francuzkich. Streścił Dr. Wł. JABŁONOWSKI. (Ciąg dalszy) — Medycyna społeczna. W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy. Skreślił Dr. St. MARKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Krotkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O aspiracyi przy przepukniach zaciętnych. Przyczynek do nauki o powstawaniu krztuśca. — Kronika miejscowa. Choroby panujące w m. Styczniu r. b. — Ogłoszenia.

## O niektórych właściwościach mózgu idyotów wogólności, i nowy przypadek idyotyzmu.

Przez Dr. Med. Jana MIERZEJEWSKIEGO, Docenta chorób nerwowych i umysłowych w Akademii Med. Chirurg. w Petersburgu i czł. towarz. antropologicznego paryzkiego.

Pod nazwą idyotyzmu wogólności, rozumiemy wstrzymanie rozwoju mózgu, któremu towarzyszą różne postacie wrodzonego upośledzenia władz umysłowych. Ale na czem polega właściwie owo wstrzymanie rozwoju, jakie towarzyszą warunki jego powstawaniu, wszystko to należy jeszcze do zadań nierozwiązanych, rozstrzygnięciem których obecnie właśnie zajmuje się nauka. Zbadanie tych zadań jest wielkiej wagi tak ze stanowiska nauki jak i praktyki, one bowiem mogą być uważane za wstęp do rozwiązania przedmiotów, należących do tak ciemnego jeszcze działu psychiatrii o obłąkaniu dziedzicznym. Fakt to sprawdzony, że wady organiczne przodków przenoszą się na ich potomków, i skutkiem podobnego dziedzictwa powstają całe chorobliwe gatunki i rasy.

BLUMENBACH i OTTO opisali szczególne potwory kur (*gallus cristatus*, *cog huppé*), u których na głowie znajduje się zawsze przepuklina mózgowa, a HAGENBACH wykazał, że wada ta powstaje w bardzo jeszcze wczesnych okresach życia płodowego. Zboczenie to przechodzi z rodziców na dzieci, i tym sposobem powstała osobna patologiczna rasa kur, pół-idyotek, którą szczegółowo DARWIN <sup>1)</sup> opisał. Baron MALTZAN <sup>2)</sup> napotkał w południowej Arabii panującą dynastję Fodli-Sultane, posiadającą po sześć palców

<sup>1)</sup> DARWIN. *Das Variiren der Thiere und Pflanzen im Zustande der Domestication.* Deutsch von CARUS I, 325.

<sup>2)</sup> MALTZAN. *Zeitschrift für Ethnologie* 1873 V. p. 64.

u nóg i rąk, co stanowi właśnie rozpoznawczy objaw krwi księżęcej, i to zboczenie, równie jak wspomniana przepuklina mózgowa u kur, przechodzi z pokolenia na pokolenie. Lecz nie tylko zboczenia fizyczne, ale i moralne podlegają prawu dziedziczności. Rzecz oczywista, że przy zboczeniach moralnych przypuszczać należy i wrodzone zboczenia mózgu, które są od nich nierozdzielne i również otrzymywane bywają w spadku. Podobnie wrodzonych wad organicznych mózgu domyslać się należy u osób, które otrzymały w dzieciństwie usposobienie do chorób umysłowych, lecz wady te mogą pozostać w ukryciu, i tylko przy warunkach sprzyjających na jaw występują. Ponieważ wszystkie nasze wiadomości naukowe o podobnego rodzaju wadach, opierają się jedynie na przypuszczeniu, na wywodach logicznego prawdopodobieństwa, a przyroda ich fizyczna i chemiczna nie jest dotychczas badaniu dostępna; to, bacząc na to wszystko, jesteśmy obowiązani wystudjować takie wady organiczne mózgu, które, przy obecnych sposobach naszego badania, dostępne są dla bezpośrednich spostrzeżeń. Można mieć nadzieję, że nauczwszy się dokładnie badać ściśle w obecnej chwili oznaczone wielkości, znajdziemy podstawę do badania wielkości dotychczas jeszcze nie poznanych. Jesteśmy zatem przekonani, że zbadanie mózgu idyotów posłuży za kamień węgielny do wzniesienia gmachu nauki o obłąkaniu dziedzicznym.

Przy badaniach nad mózgami idyotów, pierwsze pytanie, które winien zadać sobie badacz, zawiera się w tem: w jaki sposób powinniśmy pojmować wstrzymanie rozwoju ich mózgu? Kwestya ta, według nas, niedostatecznie jest opracowaną, i dla tego zajmiemy się obszerniejszym jej rozbiorem.

Mózg zarodka, rozwijając się, podlega różnym przemianom, a przemiany te następują po sobie w wiadomym kierunku; zatem, istotne wstrzymanie rozwoju mózgu należy pojmować w ten sposób, że mózg, doszedłszy do pewnego stopnia rozwoju, zatrzymuje się na nim i nie rozwija się dalej, czyli że tak powiemy, nie odbywa dalszych przemian, spotykanych w prawidłowym jego rozwoju. Jeżeli w takim znaczeniu zapatrywać się będziemy na idyotyzm, to mózg każdego idyoty, znajdzie swego przedstawiciela w rozwijającym się prawidłowo mózgu płodu. Ale czy tak jest w rzeczywistości? Znajdujemy w piśmiennictwie opisy mózgow idyotów, które bezwątpienia, odnośnie do wewnętrznej budowy zawojów, podobne są do mózgu zarodkowego, ale przy ich badaniu, poszukiwań drobnowidzowych (histologicznych) nie przeprowadzono; zatem istnieje jeszcze wątpliwość, czy pierwociny mózgowe, znajdowały się w stopniu nierozwinięcia, odpowiednim nierozwinięciu zawojów? W jednym przezemnie opisanym przypadku <sup>1)</sup> drobnowidzowe badanie pierwocin mózgowych, dało wyniki godne uwagi: niektóre zawoje miały kształty zewnętrzne i ułożenie zupełnie odpowiadające kształtom i ułożeniu mózgu płodowego, a jednak pierwociny mózgowe były w zu-

<sup>1)</sup> *Zeitschrift für Ethnologie* 1872. *Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte. Sitzungsgeschichte von 9 März 1872. Bulletin de la Société d'Anthropologie* 1875, str. 164.

pełności wykształcone, jak w mózgu dorosłego człowieka, chociaż wielkość ich była mniejsza. W przypadku wspomnianym, morfologiczne wstrzymanie rozwoju zawojów towarzyszyło zupełnemu rozwojowi pierwocin, a zewnętrzny kształt odpowiadał delikatności budowy samej tkaniny. Zatem nie istniało tu wstrzymanie rozwoju, w ścisłym znaczeniu tego wyrazu (wstrzymania tak morfologicznego jak histologicznego), a było raczej tylko zwichnięcie prawidłowego rozwoju. Nie znam dotychczas opisu mózgu idyoty, w którymby pierwociny tkaniny mózgowej posiadały zarodkowe kształty, t. j. nie znam mi jest w piśmiennictwie opis mózgu idyoty, w którymby i budowa morfologiczna zawojów i drobnowidzowa budowa pierwocin nerwowych im odpowiadających, posiadały zarodkowe kształty <sup>1)</sup>. Wstrzymanie morfologiczne rozwoju mózgu może być ogólne, t. j. może się odnosić do obu jego półkul, albo się ograniczać do pewnych tylko części. Przy czym zawoje wstrzymane w swym rozwoju, bywają nierównie szersze i więcej płaskie aniżeli prawidłowe (tak zwane zawoje przerosłe), lub też istnieją wszystkie podstawowe zawoje, ale składa je niezliczone mnóstwo małych wysepkowatych wyniosłości. Do pierwszego działu należy większość mózgów małogłowych (mikrocefalów); do drugiego zaś jedyny w nauce okaz mózgu, do mego zbioru należący <sup>2)</sup>. Wszystkie podobne przypadki w dziedzinie teratologii, należą, ściśle rzecz biorąc, do potworów. Do kategorii idyotyizmu, nie mogą być zaliczone np. brak mózgowia (*anencephalen*) i inne potworności mózgu, przy obecności których życie nie jest możliwym, bo nauka o idyotyzmie, zajmuje się tylko takimi zniepodobnieniami (potwornościami) mózgu, przy których życie jest jeszcze możliwym. Nie we wszystkich bynajmniej przypadkach mózg idyotów należy do rzędu zniepodobnień (potworności); wiele z nich przedstawia patologiczne typy, t. j. takie, w których ma miejsce niezwykle wstrzymanie prawidłowego rozwoju, lecz w których skutkiem rozlicznych spraw chorobliwych, powstających w czasie życia płodowego albo we wczesnym dziecięctwie, tkanina mózgowa utraciła swoje prawidłowe własności i zastąpioną została inną, obcą jej zupełnie. Trzeba mieć nadzieję, że w miarę postępu nauki o rozwoju (embriologii) wyjaśnią się i warunki zwykłego wstrzymania rozwoju, wiele się z nich bezwątpienia połączy w jedno z przypadkami czysto patologicznymi, a obszar przypadków ostatniej kategorii znacznie się rozszerzy.

<sup>1)</sup> Mózg w ostatnich czasach opisany przez STARK'A przedstawia w tym względzie jedyny wyjątek. Zobacz STARK'A. *Mikrocephalie, fetale Encephalitis. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie* 1875. XXXII. Bd. III i V Heft. str. 260.

<sup>2)</sup> Mózg ten, jedyny w swoim rodzaju, którego opisem obecnie się zajmuję, waży 221 gramów, przedstawia połączenie oddzielnych przestrzeni czyli miejscowości, ostro pooddzielanych od siebie, w postaci wyniosłości, odgraniczonych mniej lub więcej wyraźnymi zagłębieniami. W najwyższym stopniu zajmującym jest w tym przypadku fakt, że rozmaite przestrzenie, którym fizjologija i patologija usiłują przypisać mniej lub więcej różne czynności, tutaj ostro są rozgraniczone od siebie, przez samą przyrodę. Niektóre podstawowe brózdy nie istnieją wcale, ale za to pojedyncze przestrzenie występują tu bezporównania wyraziściej, aniżeli przy obecności podstawowych bródz i prawidłowo rozwiniętych zawojów mózgowych.

Do kategorii mózgu idyjotów, powinny być zaliczone okazy mózgu, które co do swych kształtów zewnętrznych i rozkładu zawojów prawie są podobne do mózgu osób w zupełności rozwiniętych; ale zawoje w tych okazach mózgu są albo przerosłe, albo, przeciwnie, z powodu swej szczupłości, podobne do zawojów płodowych, chociaż od tych ostatnich różnią się znowu bogactwem zawojów drugorzędnych <sup>1)</sup>. U niektórych idyjotów morfologiczna budowa zawojów przedstawia niekiedy nieprawidłowości, których wytłomaczyć niepodobna zwykłym wstrzymaniem rozwoju, a które, bezwątpienia, należą do nieprawidłowości typu zwrotnego (Pozzi nazwał je *anomalies reversives par deviation du developpement*); w tych przypadkach niektóre części powierzchni mózgowia ze swego zewnętrznego wyglądu i budowy przypominają budowę odpowiednich części niższych rass ludzkich, a nawet pewnych gatunków małp (*antropoides*). Nieprawidłowości podobne w ostatnich czasach opisał Samuel POZZI <sup>2)</sup>, Wilhelm SANDER <sup>3)</sup> i Franciszek FISCHER <sup>4)</sup>. Najpospolitsza z tych nieprawidłowości zwrotu do niższego typu, polega na nadmiernem rozwinięciu się szczeliny pionowej zewnętrznej (*fissura perpendicularis externa*), skutkiem czego z tylnych zrazów powstaje istotna przykrywka (t. z. potylicowa). Przy nadzwyczajnie słabem rozwinięciu pierwszego przejściowego zawoju (*premier pli de passage*, GRATIOLET), przy nadzwyczajnie silnem nachyleniu ku wewnątrz, drugiego przejściowego zawoju, tylne części u takich osobników tracą przymioty właściwe rodzajowi człowieczemu i przypominają wewnętrznym swym wyglądem tylne części półkul mózgowych orangutanga. Rozmaite te nieprawidłowości, któreśmy opisali powyżej, a spotykane w mózgu idyjotów, mogą występować nietylko współcześnie ze zmianami chorobowymi, ale mogą się też łączyć z sobą, tak, że w jednym i tym samym mózgu możemy napotykać nietylko różne rodzaje istotnego wstrzymania rozwoju, ale i nieprawidłowości zwrotu do niższego typu i ściśle chorobowe zmiany. Fakt ten osobistemi spostrzeżeniami mieliśmy sposobność sprawdzić.

Niejednokrotnie spostrzegano, że jedne i też same części mózgu, u różnych idyjotów, niejednakowo bywały rozwinięte. Fakt ten, dokładnie zbądany i poparty spostrzeżeniami klinicznymi, może rzucić nowe światło na pewne zjawiska życia idyjotów, które szczególnie zwracały uwagę badaczyw Lekarzy, zajmujący się szczegółowo badaniem życia idyjotów, zwracali uwagę na istnienie idyjotów obdarzonych od natury pewnymi zdolnościami (*les idiots savants*) <sup>5)</sup>. Są to idyjoci, u których bez względu na ogół-

<sup>1)</sup> Podobny mózg opisał w ostatnich czasach Franciszek FISCHER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1875. T. V. Z. III).

<sup>2)</sup> S. POZZI. *Note sur le cerveau d'une imbecile. Revue d'Anthropologie* 1875. LIV. N. 2 str. 193 i dalsze.

<sup>3)</sup> W. SANDER. *Ueber einige offenartige Bildung am Hinterhauptslappen eines menschlichen Gehirns* *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1875 V. Band 3 Heft. 842 i nast.

<sup>4)</sup> *Beschreibung einer Hemmungsbildung des Gehirns. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1855. V Bd. III Heft. str. 850.

<sup>5)</sup> Edw. SEQUIN. *New Facts and Remarks concerning Idiocy. New-York. 1870.* George GRABHAM. *Remarks on the Origine varieties of Idiocy. British medical Journal* 1875 str. 733.

ne osłabienie zdolności umysłowych, naśladownictwo w pewnym kierunku rozwinięte jest w zadziwiających rozmiarach. Jest to naśladownictwo niewolnicze, wyuczone automatycznie, pozbawione wszelkiej oryginalności, mimo to jednak zadziwia swą machinalnością i właściwościami np. u pewnych idyjtów okazują się zdolności naśladownicze do śpiewania, u innych do rysunku, u niektórych pamięć wyrazów wysoce jest rozwiniętą. Ale wszystkie te zdolności odznaczają się nadzwyczajną samorodnością, że tak powiem, dziwacznością, nieprzystępną dla wykształcenia zwyczajnego. Idyjoci tacy z łatwością naśladowują jedne przedmioty, a nie są zdolni naśladować innych, podobnych do nich, chociaż naśladownictwo ostatnich w ogólności może być łatwiejszem. U pewnych idyjtów nawet te zdolności naśladownictwa w różnych rozwijają się kierunkach; a ponieważ różnym zdolnościom, jak i pewnym czynnościom mózgu, powinny odpowiadać różnorodne anatomiczne podścieliska (*substratum*), przeto należałoby się spodziewać, że u pewnych idyjtów pewne części mózgu, powinny być więcej rozwinięte niż inne. Nadzwyczajne budziłoby zajęcie odszukanie związku, jeżeli takowy istnieje, między objawami pewnych zdolności naśladowniczych u idyjtów, a silniejszym rozwojem pewnych części mózgu. Na nieszczęście nauka nie posiada żadnych w tym względzie poszukiwań.

Zbadanie mózgu idyjtów, w którym pewne części półkul są stosunkowo więcej rozwinięte od innych, ważnem jest jeszcze pod innym względem. Mózg taki należy uważać jako subtelne doświadczenie przyrody, które pozwala wysledzić, o ile, przy słabszym lub silniejszym rozwoju pewnych części półkul mózgowych, rozwijają się mniej lub silniej przewodniki z niemi połączone, i z tego wnosić, ku którym zrazom półkul kierują się pewne części pnia mózgowego (*Hirnstamm*).

Opisywany w niniejszym artykule mózg idyjoty, ważnym jest ze względu na dotknięte powyżej kwestyje, jest to bowiem prawie jedyny okaz w piśmiennictwie, na którym można zbadać: istotne wstrzymanie w rozwoju, przewrót w prawidłowym rozwoju i przewagę w rozwoju jednych części nad drugimi. Materiał do obecnego poszukiwania zawdzięczam uprzejmości przyjaciela mego D-ra BOUCHERAU (lekarza w zakładzie S-tej Anny w Paryżu), który oddał mi do mego rozporządzenia mózg idyjtki. Oprócz tego udzielił mi opisu objawów, spostrzeganych za życia tejże chorej. Mózg ten przedstawiałem na posiedzeniu Towarzystwa anatomicznego w Paryżu w Maju 1875 roku <sup>1)</sup>. (d. c. n.)

## K A Z U I S T Y K A.

### Przypadek otrucia skutkiem okadzania się rtęcią.

Żona kupca L. 40 lat mająca, ciała składu prawidłowego, uskarżała się na dokuczający jej oddawna ból w dołku sercowym. Dla przyniesienia ulgi w tem cierpieniu, ciotka chorej poradziła jej okadzania się rtęcią, co też chora L. wyko-

<sup>1)</sup> Zobacz: *Le Progrés médical*. 1875 r. 27 Listopada Nr. 48.

nała w następujący sposób: posadzono ją na stolku, zakryto z głową kołdrą i prześcieradłami, pod stółek położono rozpalony kamień, a na nim żarzący się węgiel drzewny, na który nalano jeden zolotnik (przeszło dwa skrupuły) rtęci. Ł. zaraz prawie poczuła się niedobrze i zemdląła, co właśnie przerwało to postępowanie, które zresztą nie trwało dłużej nad trzy minuty; rtęć wszakże zdołała się wszystka ulotnić. Tegoż dnia Ł. dwa razy jeszcze mdlała i nie była w stanie ruszyć się z łóżka, choć przed okadzeniem była prawie zdrową i tylko wzmiankowany ból w dolku spowodował takie leczenie. Gdy po trzech dniach stan zdrowia Ł. się nie poprawił, a przeciwnie przyłączyły się jeszcze wymioty krwawe i także stolce; wtedy właśnie wezwany zostałem do chorej, przyczem opowiedziano mi o uprzednim leczeniu dla tego tylko, że dopytywałem się czy czego nie robiono. Chorą zastałem w następującym stanie: osłabienie dochodzące do bezwładności, ciepłota ciała prawidłowa, tętno 100 na minutę, dość słabe; chora ciągle drzemiała i uskarżała się na ból i ciężar głowy, dotykanie jakiegokolwiek części ciała wywoływało mocny ból; skóra twarzy była tak drażliwą, że dotknięcie się jej sprawiało drgawkowe drganie mięśni; na dziąsłach i języku znaczne owrzodzenia rtęciowe; oczy bezmyślne, zwrócone wprost przed siebie. Chora na pytania odpowiadała z wielką trudną ością i niechęcią, głosem ledwie słyszalnym; silne bólesci w brzuchu i częste stolce wodniste; wymioty krwawe ustały; w moczu znalazłem cokolwiek białka. Ani użycie do wewnątrz jodku potasu, ani ciepłe kąpiele siarczane nie przynosiły ulgi. Zapalenie rtęciowe dziąsła i języka zmniejszyło się przy użyciu płókania z chloranu potażu. Następnie coraz większa rozwijała się bezwładność we wszystkich członkach, zupełny brak łaknienia, śpiączka, i dziesiątego dnia po okadzeniu nastąpiła śmierć przy objawach obrzęku płuc. Ciekawy ten wypadek dowodzący możebności silnego pochłaniania pary rtęciowej przez płuca i przemiany, tą drogą wprowadzonej rtęci do ustroju, na sól rtęciową, która sprawiła otrucie, postanowiłem podać do wiadomości kolegów, jako okoliczność wymagającą zawsze wielkiej ostrożności przy stosowaniu okadzeń rtęciowych.

J. S.; z gub. Smoleńskiej.

**Przypadek dowolnego pęknięcia jajnika** (*ruptura spontanea ovarii*) u pewnej młodej osoby, silnie zbudowanej, dobrze odżywianej, matki jednego zdrowego dziecka. Śmierć nastąpiła wśród objawów gwałtownego zapalenia otrzewni (*peritonitis acutissima*).

Przy rozbiorze zwłok, wykonanem w 30 godzin po śmierci znaleziono: Obfity, brudno żółty wysięk ropny w jamie brzusznej, kiszki wzdęte, obydwa listki otrzewni mocno krwią nastrzyknięte. Wątrobę małą, bladą; powiększoną znacznie macicę (*hypertrophia*), bladą. Prawy jajnik wielkości sporego kurzego jaja, u wewnętrznego (zwróconego ku macicy) końca jego sporą szczeliną, w której tkwił dosyć znaczny skrzep krwi. W innych narządach brzucha nie szczególnego nie znaleziono. Badanie pozostałych narządów było wzbronionem. Po śmierci dowiedziano się, że nieboszczka na długo przed śmiercią miewała obfite, dość częste krwotoki z części rodnych.

Na 6 tygodni przed śmiercią przeleżała się, co jednak nie wywarło żadnego wpływu; wkrótce potem mocno się posliznęła, przyczem zaraz poczuła ból w prawej pachwinie. Leczenie z początku przedstawiało nadzieję zupełnego wyzdrowienia. Wzmiankowane zapalenie wystąpiło nagle i gwałtownie, bez udziału wiadomych przyczyn.

Uszkodzony jajnik był nadmiernie miękkim i bladym.

Przypadek ten wydarzony w praktyce prywatnej jednego z moich kolegów, zasługuje na uwagę z powodu swej rzadkości.

Z. Nowodworski, z Krasnojarska.

## PRZEGLĄD PISMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

### O opatrunkach przeciwniepalnych.

Podług źródeł angielskich i francuzkich

streścił Dr. Wł. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 5).

#### § I. Sposób zastosowania opatrunku watowego.

Niechcąc zbyt znacznie uwydatniać trudności dobrego zastosowania opatrunku watowego, powiem tylko, że mylonoby się bardzo wierząc w wielką jego prostotę. Stosownem więc będzie uprzedzić, że nicinaczej nabywa się wprawy ku łatwemu zastosowaniu w mowie będącego opatrunku, jak tylko przez bardzo częste jego wykonywanie; wtedy to właśnie posiada się, nazywany dość dziwnie, *ruch ręki*, bez posiadania czego nie można się spodziewać otrzymania ze sposobu tego prawdziwych korzyści. Dla lepszego uwydatnienia i zapoznania się z porządkiem opatrywania, przypuścimy że mamy do opatrzenia kończynę, tylko co amputowaną.

a) Operacyja została dokonana w miejscu najzupełniej stosownem, krwotok powstrzymany i pieńek poamputacyjny starannie zwilżony płynem przeciwniepalnym: wyskokiem lub kwasem karbolowym (1:10) dla zniszczenia na miejscu zarodków jakie mogły pokryć powierzchnię rany podczas samego rękoczynu; potem przystępuje się do nałożenia waty. W tem celu wybiera się wata jaknajlepsza, pozbawiona swej powłoki gumowej, i która nie pozostawiała w miejscach zapowietrzonych. PASTEUR wymagał, i to z wielką słusznością, ażeby wata przed jej zastosowaniem była jeszcze poddana działaniu 200° ciepła, dostatecznych do zniszczenia zarodków jakie może zawierać. Dla większej pewności wybiera się piękne arkusze waty, układa się je jeden na drugim na ranę i okolice jej poblizkie, zajmując jak można największą przestrzeń skóry zdrowej. W ten sposób otacza się ranę pewną liczbą arkuszy waty (od 1 -- 4. BLANCHARD) t. j. od  $\frac{1}{2}$  — 1 kilogramma. HERVEY, któremu winniśmy wyborną pracę o sposobie GEURIN'A, występuje przeciwko określeniu tego rodzaju, mówiąc, że należy użyć znacznej ilości waty, ażeby ta okazała się wystarczającą i rozwijając dalej swe zdanie, zaleca ująć w dwie dłonie użytą masę waty i jedną jej część poddać bardzo silnemu uciskowi, który wywarty w okolicy samej rany, jeżeli nie wywołuje bólu i chory nie doświadcza żadnego dotkliwego uczucia, wtedy więc, i tylko wtedy, można być przekonanym, że użyta ilość waty jest wystarczająca, i że jeden z najgłówniejszych warunków opatrunku został dokonany. Ważnem jest także,

nała w następujący sposób: posadzono ją na stołku, zakryto z głową kołdrą i prześcirałkami, pod stołek położono rozpalony kamień, a na nim żarzący się węgiel drzewny, na który nalano jeden zolotnik (przeszło dwa skrupuły) rtęci. Ł. zaraz prawie poczuła się niedobrze i zemdląła, co własnie przerwało to postępowanie, które zresztą nie trwało dłużej nad trzy minuty; rtęć wszakże zdołała się wszystka ulotnić. Tegoż dnia Ł. dwa razy jeszcze mdlała i nie była w stanie ruszyć się z łóżka, choć przed okadzeniem była prawie zdrową i tylko wzmiankowany ból w dołku spowodował takie leczenie. Gdy po trzech dniach stan zdrowia Ł. się nie poprawił, a przeciwnie przyłączyły się jeszcze wymioty krwawe i także stolec; wtedy właśnie wezwany zostałem do chorej, przyczem opowiedziano mi o uprzednim leczeniu dla tego tylko, że dopytywałem się czy czego nie robiono. Chorą zastałem w następującym stanie: osłabienie dochodzące do bezwładności, ciepłota ciała prawidłowa, tętno 100 na minutę, dość słabe; chora ciągle drzemała i uskarżała się na ból i ciężar głowy, dotykanie jakiegokolwiek części ciała wywoływało mocny ból; skóra twarzy była tak drażliwą, że dotknięcie się jej sprawiało drgawkowe drganie mięśni; na dziąsłach i języku znaczne owrzodzenia rtęciowe; oczy bezmyślne, zwrócone wprost przed siebie. Chora na pytania odpowiadała z wielką trudną ością i niechęcią, głosem ledwie słyszalnym; silne boleści w brzuchu i częste stolec wodniste; wymioty krwawe ustały; w moczu znalazłem cokolwiek białka. Ani użycie do wewnątrz jodku potasu, ani ciepłe kąpiele siarczane nie przynosiły ulgi. Zapalenie rtęciowe dziąsła i języka zmniejszyło się przy użyciu płókania z chloranu potażu. Następnie coraz większa rozwijała się bezwładność we wszystkich członkach, zupełny brak łaknienia, śpiączka; i dziesiątego dnia po okadzeniu nastąpiła śmierć przy objawach obrzęku płuc. Ciekawy ten wypadek dowodzący możebności silnego pochłaniania pary rtęciowej przez płuca i przemiany, tą drogą wprowadzonej rtęci do ustroju, na sól rtęciową, która sprawiła otrucie, postanowiłem podać do wiadomości kolegów, jako okoliczność wymagającą zawsze wielkiej ostrożności przy stosowaniu okadzeń rtęciowych.

J. S.; z gub. Smoleńskiej.

**Przypadek dowolnego pęknięcia jajnika** (*ruptura spontanea ovarii*) u pewnej młodej osoby, silnie zbudowanej, dobrze odżywianej, matki jednego zdrowego dziecka. Śmierć nastąpiła wśród objawów gwałtownego zapalenia otrzewni (*peritonitis acutissima*).

Przy rozbiórce zwłok, wykonanem w 30 godzin po śmierci znaleziono: Obfity, brudno żółty wysięk ropny w jamie brzusznej, kiszki wzdęte, obydwie listki otrzewni mocno krwią nastrzyknięte. Wątrobę małą, bladą; powiększoną znacznie macicę (*hypertrophia*), bladą. Prawy jajnik wielkości sporego kurzego jaja, u wewnętrznego (zwróconego ku macicy) końca jego sporą szczeliną, w której tkwił dosyć znaczny skrzep krwi. W innych narządach brzucha nie szczególnego nie znaleziono. Badanie pozostałych narządów było wzbronionem. Po śmierci dowiedziano się, że nieboszczka na długo przed śmiercią miewała obfite, dość częste krwotoki z części rodnych.



Na 6 tygodni przed śmiercią przeleżała się, co jednak nie wywarło żadnego wpływu; wkrótce potem mocno się pośliznęła, przyczem zaraz poczuła ból w prawej pachwinie. Leczenie z początku przedstawiało nadzieję zupełnego wyzdrowienia. Wzmiankowane zapalenie wystąpiło nagle i gwałtownie, bez udziału wiadomych przyczyn.

Uszkodzony jajnik był nadmiernie miękkim i bladym.

Przypadek ten wydarzony w praktyce prywatnej jednego z moich kollegów, zasługuje na uwagę z powodu swej rzadkości.

*Z. Nowodworski, z Krasnojarska.*

## PRZEGLĄD PISMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

### O opatrunkach przeciwgnilnych.

Podług źródeł angielskich i francuzkich

streścił Dr. Wł. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 5).

#### § I. Sposób zastosowania opatrunku watowego.

Niechcąc zbyt znacznie uwydatniać trudności dobrego zastosowania opatrunku watowego, powiem tylko, że mylonoby się bardzo wierząc w wielką jego prostotę. Stosownem więc będzie uprzedzić, że nieinaczej nabywa się wprawdy ku łatwemu zastosowaniu w mowie będącego opatrunku, jak tylko przez bardzo częste jego wykonywanie; wtedy to właśnie posiada się, nazywany dość dziwnie, ruch ręki, bez posiadania czego nie można się spodziewać otrzymania ze sposobu tego prawdziwych korzyści. Dla lepszego uwydatnienia i zapoznania się z porządkiem opatrywania, przypuścmy że mamy do opatrzenia kończynę, tylko co amputowaną.

a) Operacyja została dokonana w miejscu najzupełniej stosownem, krwotok powstrzymany i pieńek poamputacyjny starannie zwilżony płynem przeciwgnilnym: wyskokiem lub kwasem karbolowym (1:10) dla zniszczenia na miejscu zarodków jakie mogły pokryć powierzchnię rany podczas samego rękoczynu; potem przystępuje się do nałożenia waty. W ten celu wybiera się wata jaknajlepsza, pozbawiona swej powłoki gumowej, i która nie pozostawiała w miejscach zapowietrzonych. PASTEUR wymagał, i to z wielką słusznością, ażeby wata przed jej zastosowaniem była jeszcze poddana działaniu 200° ciepła, dostatecznych do zniszczenia zarodków jakie może zawierać. Dla większej pewności wybiera się piękne arkusze waty, układa się je jeden na drugim na ranę i okolice jej pobliskie, zajmując jak można największą przestrzeń skóry zdrowej. W ten sposób otacza się ranę pewną liczbą arkuszy waty (od 1 -- 4. BLANCHARD) t. j. od  $\frac{1}{2}$  — 1 kilogramma. HERVEY, któremu winniśmy wyborną pracą o sposobie GEURIN'A, występuje przeciwko określeniu tego rodzaju, mówiąc, że należy użyć znacznej ilości waty, ażeby ta okazała się wystarczającą i rozwijając dalej swe zdanie, zaleca ująć w dwie dłonie użytą masę waty i jedną jej część poddać bardzo silnemu uciskowi, który wywartu w okolicy samej rany, jeżeli nie wywołuje bólu i chory nie doświadcza żadnego dotkliwego uczucia, wtedy więc, i tylko wtedy, można być przekonanym, że użyta ilość waty jest wystarczającą, i że jeden z najgłówniejszych warunków opatrunku został dokonany. Ważnem jest także,

i to, że opatrunek GEURIN'A nie tylko ma na celu zabezpieczenie rany, ale jeszcze i wywieranie na nią ucisku. Tu więc powłoka watowa powinna zawsze, dopóki pozostaje w zetknięciu z raną, posiadać pewną podatność, a to wtedy jest tylko możebnem, gdy do opatrunku użyjemy kilku arkuszy waty, niemogących się zbić i pozostających w ciągu kilku tygodni w stanie ciągłej podatności. Ztąd więc wynika i pierwsze prawidło, że opatrunek watowy winien być w ten zbudowany sposób, ażeby mógł stanowić zarazem opaskę zabezpieczającą i uciskającą. Dalej—watę na kończyźnie należy ułożyć w ten sposób, ażeby ucisk na wszystkich punktach był jednakowym, nie przyczyniał choremu żadnego bólu i trudności w poruszaniach. Po dobrem warstwowem obłożeniu kończyny watą pozostaje tylko umocnić opatrunek za pomocą opaski. Jest to jednak rękoczyn dość trudny do wykonania i wymaga wielkiej cierpliwości i wprawy. Wtedy więc gdy pomocnicy utrzymują okład watowy, narzuca się nań szybko kilka kręgów opaski ściśle przylegających, i po otrzymaniu punktu oporu, pokrywa się watę znaczną liczbą kolistych otoczeń opaski, która ją uciska i utrzymuje na miejscu. Opaska powinna być nowa, mocna i długa na 150 — 200 metrów. W końcu, głównym celem ku któremu winny zdążać wszystkie usiłowania operatora, jest ustalenie na kończyźnie dobrego, silnego i wszędzie jednostajnego ucisku; wreszcie nadaje się całemu opatrunkowi piękny kształt, pokrywając go świeżą opaską, co również bywa uważanem za coś korzystnego.

Niektórzy chirurdzy dla nadania większej stałości w utrzymaniu warstw watowych, i w celu uzupełnienia samego opatrunku proponowali pokryć go powłoką szkła wodnego (OLLIER z Lyonu). Jednak przeciwko temu postępowaniu wystąpili HARVEY i GUERIN, zarzucając mu utrudnianie samego opatrunku i niemożebność łatwej jego poprawy, wraże przedstawiającej się potrzeby. W istocie bowiem gdy wata przez swe ułożenie stanie się zbitą w jedną masę, wtedy ucisk staje się niedostatecznym, i natychmiast potrzeba się starać o przywrócenie mu dawnej energii, czemu właśnie warstwa krzemianu potażu staje na przeszkodzie. Z tego to powodu HARVEY jest zdania, że opatrunek watowy z krzemianem potażu nie daje tak dobrych wyników, jak opatrunek z samej tylko waty, i radzi unikać zastosowywania go w praktyce, popierając jeszcze swe twierdzenie wynikami jakie otrzymał w Lyonie. OLLIER zaś, broniąc swego projektu przed Akademią Nauk w Paryżu, poparł nie tylko trzema przypadkami wyleczenia amputowanych, co jak widzimy jest niewystarczającym do przyznania projektowi OLLIER'A zalecanej wartości.

Takim jest właściwy sposób GUERIN'A. Poznajmy jednak i niektóre szczegóły, również zasługujące na uwagę.

Gdy po odjęciu kończyny ma nastąpić zabliźnienie „*per primam intentionem*” wtedy nie należy nic zmieniać w opisanym opatrunku. Jeżeli zaś usiłujemy przeprowadzić zabliźnienie „*per secundam*”, wtedy między płyty rany zachodzi potrzeba wprowadzenia zwitków watowych, lub też otoczenia nią całego pieńka. Obecnie to ciało nie sprzeciwia się wcale zabliźnianiu się, gdyż jest wydalaniem z rany w miarę tworzenia się blizny. Co do powierzchni jaka powinna być pokryta watą, to powiedziałem już, że ta winna szeroko otaczać ranę. Naprzykład: po odjęciu przedudzia, opatrunek winien sięgać wyżej kolana, po odjęciu uda, opatrunek obejmie okolicę biodrową, zarówno jak i udo, i t. d. Dodać mi jeszcze wypada kilka innych ulepszeń w opatrunku watowym, które mają tylko drugorzędną wartość. HARVEY, dla ściślejszego przylegania waty do powłok, radził pokryć dolną jej powierzchnię rozcynem z gummy arabskiej. Wtedy opatrzenie będzie szczelniejsze i zupełniejsze. BOULOUMIÉ zaś podawał

ulepszenie, które uważał za bardzo korzystne i niezbędne do wprowadzenia w opatrunku GUERIN'A. Po obmyciu pieńka wyskokiem, pokrywa się go płótnem zmazanem w glicerinie, mającej za zadanie zniszczyć wytwory gnilne mogące się rozwinąć na powierzchni rany. Glicerina pochłaniająca bardzo gwałtownie wodę ustrojową zarodków, czyni je bezsilnemi. Zdaje się jednak, że dla praktyków chcących stosować to ulepszenie d-ra BOULOUMIÉ, stosowniejszemy było uciec się do „wody glicerinowej” prof. GUBLER'A, z powodu swych przeciwnych własności działającej potężnie przeciwko zarodkom rozwijającym się pod opatrunkiem. Widocznem jest, że gdy się tylko wejdzie na tę drogę zmian proponowanych do wprowadzenia w opatrunku watowym, można będzie się spotkać ze wszystkimi prawie środkami przeciwnilnemi, gwałtem niejako wciskającemi się pod opatrunki watowe. Wiemy jednak, że wielka ich liczba działa szkodliwie tak na tkanki ustrojowe, jak również i na zarodki gnilne. Nie widzę więc potrzeby ażeby wprowadzać je do sposobu GUERIN'A, dostatecznie zabezpieczającego tkaniny obrażone od działania zarodków gnilnych, nie oddziaływającego jednak szkodliwie na powstawanie młodych anatomicznych pierwoicin, sprzyjających zablźnieniu rany. W każdym więc razie, zamiast sposobów mieszanych, praktyczniej jest pozostać przy zastosowaniu czystem i pojedynczym opatrunku watowego, podług prawideł nakreślonych przez jego wynalazcę. Dla uzupełnienia wreszcie wskazań praktycznych dodam tylko, że zamiast umieszczania kończyny amputowanej na poduszkach podług zwykłego sposobu, lepiej jest ułożyć ją na woreczku wypełnionym sianem, które codziennie należy zmieniać.

Prócz przypadków poamputacyjnych, opatrunek watowy znajduje jeszcze swe zastosowanie i w innych razach. Wypada więc nam zapoznać się szczegółowo i z innymi jego zastosowaniami, z uwzględnieniem ulepszeń, jakie zostają wprowadzonymi w każdym pojedynczym przypadku.

b) Złamania z powikłaniami. HARVEY w cennej swej rozprawie: „*Les applications de l'ouate à la conservation des membres et des blessés*”, daje nam scisły opis leczenia tego rodzaju złamań. Najprzód należy się zapewnić co do krwotoków i przekonać się, czy naczynia (tętnice) kończyny są przernikalne; w przypadku gdy krążenie jest nieprawidłowem należy się obawiać zgorzeli, i wtedy doraźne odjęcie kończyny daje największą pewność ocalenia życia chorego. Następnie ranę należy obmyć, uwolnić ją od szkodliwych odłamków i zastosować okłady przeciwnilne. Po dobrem i dokładnem ułożeniu części złamanych, z wielką ostrożnością wprowadza się w ranę mały zwitek waty. W ten to sposób wytwarza się rodzaj poduszeczki, bardzo podatnej i elastycznej, przez którą ucisk staje się bardziej jednostajnym i rozdzielonym na całą okolicę części chorobowo zajętej. Dalej okolicę okłada się ostrożnie arkuszami waty, rozszerzając je jak można najdalej. W tych to razach HARVEY zawsze otrzymywał bardzo dobre wyniki, napajając pierwszy arkusz waty rozczynem gummy arabskiej, w ten bowiem sposób z pewnością przeskadza się przedostawaniu wypływów z rany na zewnątrz. Jeżeli mamy do czynienia ze złamaniem przedudzia, należy okryć wata część dolną uda i jedną część stopy, pozostawiając palce zupełnie niepokrytemi. Dobrze nałożony opatrunek watowy wystarcza do ustalenia złamań z powikłaniami, i w ogóle zastosowywanie leśzczotek w celu unieruchomienia odłamków kostnych okazuje się niepotrzebnem. Jednak professor VERNEIL radzi zawsze dodawać do opatrunku watowego przyrząd z drutu żelaznego, a dr. TILLAUX nakłada najprzód na kończynę opatrunek gipsowy a następnie dopiero wate.

c) Rany zwykłe i inne rękoczynny. Zdaje się, że w powyżej

opisanych przypadkach zastosowanie opatrunku watowego należy do najszczęśliwszych. W istocie bowiem opatrunek z łatwością daje się zastosować na kończynę amputowanej lub złamanej; nie sędzę jednak ażeby po za obrębem tych przypadków, można się było spodziewać od opatrunku watowego oddania większych jeszcze usług. Bez wątpienia, przy wielkiej wprawie, można użyć opatrunku watowego po odjęciu sutki lub nowotru z innej okolicy, nie sędzę jednak, żeby chory zgodził się na długie pozostawianie z nałożonym opatrunkiem, ponieważ po odjęciu np. sutki, należy otoczyć wata całą klatkę piersiową chorej „od szyi aż do pępka” i kończynę górną po stronie operowanej. Takie postępowanie jest nagannem, ponieważ oprócz męki na jaką są wystawieni operowani, naraża się ich jeszcze na możebne przypadłości ciężkiej i nieznosnej duszności. Należy więc pozostać przy wskazaniach podanych przez HARVEY'Ą i zastosowywać opatrunek watowy tylko w przypadkach leczonych „*per primam*”. Przeciwnie w wielu innych razach, np. przy ranach kończyn wypadkowych lub pooperacyjnych, przy wrzodach długotrwałych kończyn dolnych, lub po innych rękoczynach, jak wycięcia, wydobycia ciał obcych ze stawów, opatrunek watowy jest bardzo niewielką pomocą. (*d. c. n.*)

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

### W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy <sup>1)</sup>.

#### II.

Dzisiaj już z pewnością wyrzec można, że zamierzone przez komitet sanitarny warszawski zbieranie dat do statystyki śmiertelności, nie będzie bynajmniej szło w parze ze spodziewanemi a tak potrzebnemi oględzinami pośmiertnemi.

Świadcstwo lekarza leczącego lub miejskiego będzie wymaganem li tylko w celu zebrania wiadomości o przyczynach śmierci.

Czy lekarze miejscy mający poświadczać przyczynę śmierci w tych razach, w których nieboszczyk za życia leczonym nie był, obowiązani będą do schodzenia na miejsce i do oglądania trupa, nie wiemy, ale z ogłoszenia poliejnego wnosimy, że zobowiązani do tego nie są.

W takich warunkach i w takim zakresie projektowane urządzenie statystyki śmiertelności w Warszawie, uważanem być musi jako w znacznej części chybione.

Z tego co poniżej przytoczyć zamierzam o sposobach zbierania danych statystyczno-lekarskich w rozmaitych krajach, przekonają się czytelnicy, że urządzenie statystyki śmiertelności, idące najczęściej w parze z ustanowieniem oględzin pośmiertnych, w niektórych krajach i miastach jest całkiem od tych oględzin niezależnem. W Anglii np. gdzie urządzenie statystyki śmiertelności dawniej niż w innych krajach istnieje i bardzo ważnych danych dla sprawy assenizacyi dostarcza, sposób zbierania dat do tej statystyki bynajmniej nie jest połączonym z przymusowemi oględzinami pośmiertnemi.

Prawodawca angielski uważał gromadzenie dat statystyki śmiertelności za tak ważną sprawę publiczną, iż nie wahał się w interesie tej sprawy obarczyć tak osoby pogrzebem się zajmujące, jak i duchowienstwo pewnemi przepisami, mającemi na celu wykrycie przyczyny zgonu (choroby zgon powodującej), od spełnienia których to przepisów uczynił zależnem wydanie pozwolenia na pogrzeb.

<sup>1)</sup> Zob. Nr. 4 MEDYCYNY z r. b. (*Red.*).

Istotnie interes państwa i interes ludności tak ściśle są związane z urządzeniem statystyki wogólności, a szczególności z urządzeniem statystyki lekarskiej, że śmieszno by było, gdyby władza, dla oszczędzenia publiczności drobnego zachodu, miała się pozbywać możności przeprowadzenia tej organizacyi. Ukształcona część ludności prędzej lub później zrozumie dobroczynny cel rzeczonyj organizacyi a nieukształcona narzekać na nią będzie zawsze tak samo, jak narzeka na wszystkie instytucyje i urzędzenia państwowe, społeczne czy korporacyjne.

Oddzielenie wreszcie sprawy oględzin pośmiertnych od sprawy statystyki lekarskiej przez niektórych, wprawdzie bardzo nielicznych higienistów i statystyków, jest uważanem za pożądane. Tak np. S. II. EULENBERG, będący powagą na tem polu, w swym projekcie statystyki śmiertelności w Niemczech (1871. *Vierteljahrchrift gerichtliche Medicin. October* str. 272) sądzi, że zbieranie dat statystyczno-lekarskich przez organa przeznaczone do wykonywania oględzin pośmiertnych nie doprowadza do celu, co naturalnie nie dowodzi, by autor ten lub higieniści angielscy uważali sprawę oględzin pośmiertnych jako będącą małej wagi.

Pragnąłem powyższemi przytoczeniami wykazać, że zaprowadzenie statystyki śmiertelności w Warszawie, całkiem niezależne od oględzin pośmiertnych, bynajmniej nie wystarcza do uznania sposobu warszawskiego za chybiony. Co się tyczy oględzin pośmiertnych, te oczywiście, jak można najprędzej winny być wprowadzonymi, w związku z już istniejącem urządzeniem statystyki śmiertelności lub niezależnie od niej.

Jeżeli więc na wstępie pozwoliłem sobie wyrazić zdanie, że urządzenie warszawskie w znacznej części jest chybionem, to miałem do tego inne powody.

1<sup>o</sup> Według tego com powiedział w N. 4 MEDYCYNY, dobre urządzenie oględzin pośmiertnych wymaga stałych, biegłych oglądaczy. Gdzie zbieranie danych do statystyki śmiertelności idzie w parze z oględzinami pośmiertnymi, jak to ma miejsce prawie wszędzie, tam owi biegli oglądacze są jednocześnie zbieraczami owych danych i oni odbierają, w ten lub ów sposób, poświadczenia lekarzy leczących w ostatniej chorobie. Gdzie zaś zbieranie danych do statystyki śmiertelności niema iść w parze z oględzinami pośmiertnymi, jak np. w Anglii i oto w Warszawie, tam oczywiście dobre urządzenie tej statystyki wymaga stałych, w odpowiedniej liczbie, zaufanych i biegłych zbieraczy statystycznych. Takich zbieraczy ma Anglija w swoich 2195 „Registrar” i 627 „Superintendent — Registrar”. Każdy „Registrar” zbiera dane w swoim okręgu. W Warszawie tę czynność mają, jak się zdaje, pełnić komisarze cyrkulowi, czy dla wszystkich klas i wyznań, — nie wiem. W każdym razie będzie to czynność dodatkowa, i wielka jest obawa, aby przy obciążeniu licznymi innymi czynnościami czysto policyjnymi, równie jak i z innych przyczyn, czynność ta nie była uważaną istotnie jako poboczna i dodatkowa, jako formalność kłopotliwa a niepotrzebna. Nie sądzę aby takie dane jakie zbierze i jakich dostarcze policja warszawska, mogły być z pożytkiem opracowywane przez komitet sanitarny. Szczerze pragnę, by mnie przyszłość przekonała, iż byłem w błędzie.

2<sup>o</sup> Co się tyczy poświadczeń o przyczynie choroby, wydawanych przez lekarzy leczących, to oprócz pożądanego, zdaniem mojem, rozporządzenia zwierzchności lekarskiej i określenia granic i warunków, w których lekarze do wydawania podobnych świadectw byłiby obowiązani, wielce potrzebnem a nawet koniecznem jest przyjęcie stałych form, według których świadectwa te, równie jak i poświadczenia lekarzy miejskich mają być wydawane. Ogłoszenie policji warszawskiej mówi, że świadectwa lekarskie mają być pisane na zwyczajnym papierze, czyli że każdy lekarz leczą-

cy lub lekarz miejski pisać może świadectwo swoje w takiej postaci, jaka mu się podoba. Szanownym kolegom moim, czytelnikom MEDYCZYNY, nie potrzebuje wykazywać, jaki chaos w skutek takiej dowolności powstać musi, ile do komitetu sanitarnego dojdzie świadectwo, których weale spożytkować nie będzie można i jak trudnym będzie dla tegoż komitetu opracowywanie materiału zbieranego w całkiem niejednolity sposób. Wszędzie gdzie tylko istnieje jakie urządzenie statystyki śmiertelności i gdzie świadectwa o przyczynie śmierci przez lekarzy leczących lub przez sprawdzaczy są wymagane; zwierzchność policyjna, czy też biuro statystyczne, w porozumieniu z miejscową zwierzchnością lekarską, zobowiązuje lekarzy do posługiwania się ułożonemi przez władzę szematami, a nadto wymaga, by lekarze w oznaczaniu przyczyny śmierci i rodzaju choroby trzymali się jednakowego podziału i słownictwa, a przez zwierzchność lekarską w tym celu ułożonych i do wiadomości wszystkich lekarzy podanych. Przyjęcie jednakowych szematów i jednostajnego słownictwa jest dla lekarzy wiele pożądanem ułatwieniem a dla biura statystycznego, opracowującego surowy materiał, leżący w świadectwach lekarskich, jest wielkiem skróceniem pracy i usunięciem wszelkiej wątpliwości. W dalszym ciągu mych uwag podam wzory, według których w różnych krajach i miastach lekarze są obowiązani wydawać świadectwa o przyczynie śmierci. Bardzo pożytecznym jest urządzenie brukselskie, w którym na odwrotnej stronie szematu, przeznaczonemu na świadectwo lekarskie, umieszczone jest całe obowiązujące słownictwo i podział przyczyn śmierci i chorób śmierć powodujących. O takim obowiązującym podziale obszernie też mówić później będę, tu zaś tylko nadmienię, iż zdaniem mojem najpraktyczniejszym a przytem wzorowo naukowym jest podział podany przez profesora BENEKE'GO w jego dziele: *Vorlagen zur Organisation der Mortalitäts-Statistik in Deutschland*. (Marburg, 1875, stronnice 240). Trzeba nadto iżby lekarze jak najłatwiej wspomniane wzory do rąk dostawać mogli. W tym celu np. magistrat miasta Krakowa <sup>1)</sup> donosi lekarzom, iż wzory takie do użytku ich złożone są w biurze sekretarza prezydyałnego, fizyka miejskiego, w biurach komisarzy obwodowych i lekarzy miejskich, tudzież we wszystkich aptekach, a wreszcie w redakcyjach pism peryjodycznych lekarskich. To, że komitet sanitarny warszawski, przyjąwszy na siebie obowiązek opracowywania statystyki śmiertelności, nie obmyślił przed tem obowiązującego dla lekarzy wzoru i obowiązującego podziału przyczyn śmierci, zle daje wyobrażenie o zapatrywaniu się tegoż komitetu na sposób zbierania dat do statystyki śmiertelności. Sądzę, że wobec tego bardzo ważnego zaniedbania ze strony komitetu sanitarnego i przy niewielkiej nadziei zaradzenia wkrótce, wynikającym ząd niedostatkom, powinni sami lekarze a mianowicie Towarzystwo lekarskie Warszawskie, w interesie nauki i miejscowej statystyki, zaradzić złemu, jak można najprędzej, przez dobrowolne wzajemne zobowiązanie się do posługiwania się wyłącznie, przy udzielaniu świadectw o przyczynie śmierci, wzorami i klasyfikacyją które przez Towarzystwo lekarskie Warszawskie obmyślanemi i do użytku lekarzom oddanemi być winny. Z pomiędzy rozmaitych wzorów do świadectw lekarskich pozwalam sobie uwadze kolegów zalecić wzór pieszteński i krakowski z pomiędzy zaś podziałów, wspomniany już podział BENEKE'GO.

<sup>30</sup> Ogłoszenie policyi warszawskiej nie wspomina o sposobie wydawania świadectw dotyczących osób zmarłych w szpitalach i innych zakładach publicznych. Dla zmarłych tego rodzaju świadectwo winno by

być wydawane zupełnie według tego samego wzoru i t. d. co i dla wszystkich innych, ale koniecznym jest z oznaczeniem miejsca zamieszkania zmarłego w mieście czy za miastem. W raportach i buletynach statystycznych jak już wspominałem, umierający w szpitalach muszą osobną rubrykę stanowić a w tej rubryce nadto odróżnieni być muszą ci, którzy z po za miasta jako chorzy do szpitala przybyli i tu zmarli. W przeciwnym razie w statystyce śmiertelności Warszawy spotkamy się np. ze znaczną liczbą śmierci w skutek okaleczenia i t. p., które się w rzeczywistości weale do Warszawy i do stosunków warszawskich odnosić nie będą.

4<sup>o</sup> Dalej ogłoszenie Gazety policyjnej nie mówi o tem, kto ma świadectwo o przyczynie śmierci wydawać i w jakiej postaci w przypadkach nagłej śmierci i w wypadkach w których trupa znaleziono w wodzie, na ulicy i t. p. Zdaje się, że świadczyć tu będzie lekarz miejski. Otóż przy dobrze urządzonej statystyce śmiertelności przyjęte są osobne wzory do wydawania świadectwa o przyczynie śmierci w tych obu wypadkach, co przy opracowywaniu materiału statystycznego wielce jest przydatnem.

5<sup>o</sup> Kto i jak ma świadczyć o dzieciach nieżywo urodzonych, czasowych lub nieczasowych, także niewiadomo. Wprawdzie są kraje, np. Anglija, gdzie dzieci te ani w spisach urodzeń ani w spisach zgonów całkiem nie są zapisywane. Zważywszy jednak że liczba dzieci nieżywo urodzonych stanowi średnio 5% wszystkich nowo-urodzonych i że stosunek ten w miarę różnych warunków higienicznych i ekonomicznych pewnych grup ludności bardzo różnym bywa; koniecznym jest wciągnięcie tego rodzaju przypadków do statystyki ruchu ludności miejscowej. Świadczenie w tych przypadkach należyć powinno do akuszerki, ewentualnie zaś do lekarza akuszera lub do lekarza miejskiego, a świadectwo winno być wydawane na osobnych, do tego wyłącznie obmyślanych wzorach, jak to ma miejsce w wielu miastach; wzory do świadectw w wypadkach nagłej śmierci, śmierci po za domem i dla dzieci nieżywo urodzonych powinny być również obmyślane i do użytku lekarzy oddane przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. W tej mierze uwadze kolegów polecam wzory duńskie (BENEKE str. 49 i 52).

Nadzieja nasza, że komitet sanitarny warszawski idąc w ślad i za przykładem innych miast europejskich, zacznie z nowym rokiem ogłaszać tygodniowe buletyny o statystyce ruchu ludności, spełzła na niczem i dziś jeszcze nie możemy nic powiedzieć o sposobie w jaki opracowywana będzie w Warszawie statystyka śmiertelności. Że zbieraną będzie na teraz w bardzo nieodpowiedni sposób, to w powyższych uwagach starałem się wykazać.

St. M.

## Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**0 aspiracji przy przepuklinach zaciśniętych** (*Ueber Aspiration bei eingeklemmten Brüche*—prof. DOUTRELEPONT). Jako środek pomocniczy przy odprowadzaniu zaciśniętych przepuklin próbowano niekiedy przekłócić zaciśniętej kiszki, a po wynalezieniu przez DIEULAFOY'A aspiratora, wynalazca zalecał go także do wypompowania gazów z uwiecznionej kiszki. DIEULAFOY'A w dziele swem („*Traité de l'aspiration des liquides morbides*”. Paris 1873) zebrał 27 przypadków, w których sposób ten stosowano. U 20 chorych wypompowanie zawartości kiszkowej ułatwiło odprowadzenie wypadniętej kiszki, podczas gdy takowe przed wypompowaniem było niemożliwem. U 7 pozostałych wypompowanie (*aspiration*) nie przyniosło pożądanego skutku i potrzeba by-

to dokonać operacji (*herniotomii*); wypompowanie jednak nie wpłynęło niekorzystnie na stan miejscowy i ogólny chorych, z których 4 wyzdrowiało, a 3 zmarło skutkiem uwięznięcia lub operacji. We wszystkich przypadkach śmiertelnych przy badaniu kiszki na trupie nie znaleziono najmniejszego śladu po przekłóciu. Przepukliny były: pępkowe, udowe, pachwinowe i mosznowe. Zaciśnięcie trwało przez różny przeciąg czasu, najdłużej 5 dni. Jeden chory był 82-letni, u którego zaciśnięcie trwało 4 dni i odprowadzenie wypadniętej kiszki stało się możliwem dopiero po wypompowaniu. Jedyne przeciwwskazaniem do aspiracji jest przypuszczenie, że już powstała zgorzel lub owróżdzenie kiszki. Także lekarze angielscy podają pomyślne wyniki wyleczenia zaciśniętych przepuklin przy użyciu aspiracji. W *New York med. Journ.* (October 1875) REES podaje przypadek wyleczenia 9-letniego dziecka z zaciśniętej przepukliny pachwinowej przy zastosowaniu wypompowania. Inni francuzcy chirurgowie, jak FLEURY, VERNEUIL, PANAS także stosowali wypompowanie przy zaciśniętych przepuklinach, i ostrzegają, aby takowego nie używać gdy uwięznięcie trwa już dawno, gdyż przekłócie kiszki chorobliwie zmienionej, może spowodować niebezpieczne następstwa. DOUTRELEPONT dokonywał wypompowania w dwóch przypadkach uwięznięcia kiszki. W 1-szym przypadku u 48-letniej kobiety istniała przepuklina udowa od 1 1/2 roku. W Styczniu 1875 r., wystąpiły objawy uwięznięcia kiszki i gdy odprowadzenie się nie udawało, dokonano nakłócia wypadniętej kiszki i wypuszczono około 50 gm. krwisto-surowiczego płynu. Zawartość przepuklinowa przedstawiała się po nakłóciu jako twarde owalne ciało, które się przesunęło pod palcami. Zrobiono następnie drugie nakłócie, przy którym wypompowano tylko nieco krwi. Chociaż odprowadzenie przepukliny się nie udało, objawy uwięznięcia znikły i chorą wypisano ze szpitala z nieodprowadzoną przepukliną. Następnie wystąpiły w parę miesięcy u tej samej chorej znowu objawy uwięznięcia, przepuklina dała się odprowadzić, lecz następnego dnia znowu wystąpiła. Mimo to, objawy uwięznięcia nie powtórzyły się. Nie dało się rozstrzygnąć, czy to była przepuklina w której zawarty był jajnik, lub część sieci. Drugi przypadek dotyczy 48-letniej kobiety, która nosiła się od roku z przepukliną udową strony lewej. W Czerwcem 1875 r., nastąpiło uwięznięcie. Następnego dnia, gdy odprowadzenie się nie udawało, dokonano nakłócia przepukliny, z której wyciekła zawartość krwisto-surowicza i wydzieliły się gazy przypominające woń kału. Zmniejszonej przepukliny nie można było odprowadzić. Po dokonaniu 3-go dnia operacji, znaleziono uwięzniętą i przyrośniętą kiszczę cienką, ciemno zabarwioną, z otworem po nakłóciu, z którego przy nacisku wyciekała płynna zawartość kiszki. W 24 godzin po operacji rozcięto część kiszki uległą zgorzeli, przy czem wydzieliła się znaczna ilość płynnego kału. Chora zmarła w dwa tygodnie po operacji przy objawach wymiotów kałowych, powstałych skutkiem skręcenia się około osi podłużnej przywodzącej części kiszki. Przy badaniu pośmiertnem okolicy operowanej znaleziono: zupełne oddzielenie się części kiszki uległej uwięznięciu, tak, że kiszki dwoma otworami łączyły się z raną pooperacyjną (*anus praeternaturalis*); w jamie brzusznej płyn mętno-surowiczy, pętle kiszkowe w okolicy przepukliny pokryte krzepnikowym wysiękiem. W przypadku powyższym, gdyby po dokonaniem nakłócia udało się odprowadzenie kiszki, t. j. gdyby takowa nie była przyrośniętą, nastąpiłoby ostre zapalenie otrzewni skutkiem wystąpienia zawartości kiszkowej do jamy brzusznej. Otwór pozostały w kiszce po nakłóciu nie zamknął się, gdyż skutkiem zgorzeli kiszka utraciła swoją sprężystość. DIEULAFOY'A dla tego przyjmuje, że wypompowanie jest przeciwskazaniem przy tak długiem trwaniu uwięznięcia kiszki, że można się spodziewać zgorzeli takowej. Że jednak czas trwania uwięznięcia nie wystarcza dla rozpoznania, widzimy z powyżej przytoczonego przypadku, w którym do nakłócia upłynęło tylko 36 godzin, a zgorzel kiszki nastąpiła; gdy tymczasem zdarza się, że po 7 dniach niema jeszcze zgorzeli. Ponieważ, powiada DOUTRELEPONT, nie mamy, z początku zwłaszcza, żadnego pewnego znaku dla rozpoznania zgorzeli kiszki, dla tego obok czasu trwania przepukliny, powinniśmy jeszcze uwzględnić wielkość przepukliny i szerokość otworu uwięznięcia (*Bruchpforte*). Jeżeli przepuklina niedawno powstała, mocno naprężona, z ma-



łym otworem uwieczgnięcia, zgorzel może szybko nastąpić, i dla tego w tych przypadkach można stosować wypompowanie tylko w pierwszych godzinach po uwieczgnięciu. Przy większych przepuklinach można próbować wypompowania i później. Jeżeli wypompowanie do odprowadzenia nie pomaga, jeżeli nie wszystko da się odprowadzić, nie należy dłużej zwlekać, lecz przystąpić natychmiast do operacji przepukliny. Nie należy zapominać, że aspiracja jest tylko pomocniczym środkiem odprowadzenia (*taxis*) i że gdy to ostatnie nie jest dozwolone, wtedy tem bardziej nie można stosować wypompowania.

(Ref. w „Der prakt. Arzt” Nr. 7—1876). E. Modrzejewski.

**Przyczynek do nauki o powstawaniu krztuska (*tussis convulsiva*).** GUÉNEAU DE MUSSY (*Études cliniques sur la coqueluche. L'union med. Nr. 81—85 z r. 1875*) utrzymuje, iż przy krztusku zawsze występuje obrzmienie gruczołów oskrzelowych, po największej części jednej strony klatki piersiowej, rzadko obydwóch. Obrzmienie to można wykazać klinicznie, a mianowicie przy opukiwaniu brzegu górnego mostka, zwłaszcza też brzegu górnego rekojęści mostka, znajdujemy odgłos stępiony, pochodzący od obrzmiąłych gruczołów, który, prócz tego, palcami opukującemu przedstawia większą odporność. Przytem chorzy nierównie chętniej przyjmują położenie na boku, odpowiadającym cierpiącym gruczołom; przy leżeniu zaś na stronie zdrowej wymaga się duszność. Ucisk wywierany przez gruczoły powiększone na oskrzele odpowiedniej strony wpływać musi ujemnie na czynność oddychową płuca tejże strony; tym sposobem przy dokładniejszym spostrzeganiu nie może ująć uwagi nieznaczne zapadnięcie (*retraction*) odpowiedniej strony klatki piersiowej, jak również przy wdychaniu maiejsze rozszerzanie ścian klatki. Obrzmienie gruczołów oskrzelowych stanowi też przyczynę napadów kaszlu, które w okresie kurezowym (*in stadio convulsivo*) tak są cechującemi; z powodu bowiem, iż nerw błędny po części przylega do gruczołów obrzmiąłych, po części zaś przenika je zapomocą niektórych swych gałązek, można przypuścić, iż nie tylko ulega on uciskowi, lecz nawet przyjmuje udział w zapaleniu, w skutek czego powstają napady kaszlu. Zgodnie z tą teorią, G. zaleca jako najskuteczniejszy sposób leczenia krztuska, pędzlowania nalewką jodową w pobliżu gruczołów oskrzelowych, sprawą zapalną zajętych.

Do całkiem innych wniosków nad siedliskiem krztuska przychodzi w swej pracy E. LELU (*Du siège de la coqueluche et de son traitement. Thèse de Paris*). Podług niego krztusiec stanowi chorobę nagminną i zaraźliwą; polega zaś na zapaleniu błony śluzowej końca górnego dróg powietrznych, zwłaszcza też krtani. Objawy nerwowe, przy tem cierpieniu występujące, zdaniem L., są tylko następstwami tego zapalenia. Podług L. najwłaściwsze leczenie polega na przyżeganiach błony śluzowej krtani, zapomocą roztworu dwuprocentowego azotanu srebra.

(Ref. w „Jahresb. ü. die gesammte Med.” 1876. Bd. II. Abth. I.). St. Kr.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Styczniu r. b. Obok pojedynczych przypadków o d r y i p ł o n i e y przeważnie spotykano zajęcie przyrządu oddychowego w postaci z a p a l e n i a p ł u c lub o p ł u c n i u dorosłych, a drobnych oskrzeli płunnych u dzieci; wreszcie róża twarzy, g o ś c i e c stawowy imięśniowy, oraz z a l e w y k r w i s t e m ó z g o w e dopełniały obraz chorobowy ubiegłego miesiąca, w którym w ogóle liczba chorych była nieznaną, chociaż śmiertelność, zwłaszcza pomiędzy starcami i dziećmi była dosyć wielką.

## OGŁOSZENIA

**Potrzeba pomocy lekarskiej.** Zarząd Przytulku nieuleczalnych paralityków, w Warszawie przy ulicy Nowo-Wiejskiej, pod Nr. 12 położonego, zwraca się do miłosierdzia szanownych pp. lekarzy warszawskich z prośbą o pomoc i opiekę lekarską dla nieszczęśliwych, w pomienionym zakładzie zostających. Jakkolwiek, z mocy ustawy, chorey dotknięty przypadkową i niezależną od kalectwa swego chorobą, odsyłanym bywa do szpitala, jednakowoż samo określenie choroby i zakwalifikowanie w każdym przypadku chorego do szpitala, jako też opieka stała nad ogólnym stanem zdrowia dotkniętych niemocą paralityczną, przedstawiła dla Zarządu trudności nie do pokonania, którym tylko światła pomoc lekarzy zaradzić jest zdolną. Ponieważ zakład jest w oddalonej dzielnicy miasta, Zarząd płacić będzie dorożki za przyjazd i z powrotem. Wszelkie deklaracje w tym względzie od pp. lekarzy przyjmuje opiekunka domu schronienia paralityków we własnym mieszkaniu, ulica Nowy-Swiat, Nr. 51, od 3-ej do 5-ej po południu, nie wyłączając Niedzieli i Świąt.

## O KOŁTUNIE

pospolicie **plica polonica** zwanym.

Napisał Henryk DOBRZYCKI.

Dzieło uwieńczone nagrodą konkursową imienia hr. TYZENHAUZA, przez Towarzystwo Lekarskie Wileńskie d. 8 Maja r. z., zawierające 19 arkuszy druku (300 str.), w formacie większej 8-ki z 24 drzeworytami. Warszawa 1877. Cena rs. 2.

Nadsyłający rs. 2 do Redakcyi „MEDYCyny,” kosztów przesłania nie ponosi.

Za pośrednictwem Redakcyi „MEDYCyny” lub za przesłaniem pieniędzy pod adresem:

Dr. K. DOBRYSKI, ul. Królewska, Nr 6, nabyć można następujące dzieła:

**Vogt Karol.** Listy o fizjologii. Przekład K. DOBRYSKIEGO. Cz. 2-a świeżo opuściła prasę i prenumeratom rozesłana została. Cz. 3-a ostatnia pod prasą. Całe dzieło składać się będzie z 50 kilku arkuszy druku, ze 113 drzeworytami. **Przedpłata** na całość, wraz z przesyłką, rs. dwa.

**Emmert K.** Wykład chirurgii szeregowej. Warszawa 1875. T. I str. 666. T. II str. 744, ze 187 drzeworytami. Cena za żona z rs. 11 na **rs. 5.**

**Cohnstein Z.** Wykład położnictwa. Z 21 drzeworytami. Str. 289. Cena znizona z rs. 2 k. 50 na **rs. 1 k. 50**

**Kosmowski W.** Rys higieny dzieci. Str. 229. Cena znizona kop. 50.

Nabywający ostatnie trzy dzieła razem, płaci rs. 6. Na przesyłkę nie się niedopłaca.

**Dobrski.** Pielęgowanie chorych Str. 29. Kop. 15.

## PRACOWNIA CHEMICZNO-PATOLOGICZNA

**Dra Aleksandra Wolffa**

b. asystenta przy katedrze Chemji lekarskiej

WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU

w Warszawie, **Tomackie Nr. 9.**

Uskutecznia rozbiory jakościowe, ilościowe, oraz badania mikroskopowe moczu, kamieni pęcherzowych, zawartości żołądkowych i t. p., nadsyłanych z miasta, jak również i z prowincyi.

**Odpowiedź następnego dnia rano.** Honorarium od rs. 2—5, zależnie od żądanej jakości i ścisłości rozbioru.

**Od Administracyi Medycyny.** Tom I i II **Medycyny** z r. 1873 i 1874 możemy dostarczyć po rs. 3 za jeden rocznik zbroszurowany; T. III od Nru 27—52 za rs. 1 k. 50.

Wypisującym nasze czasopismo wprost z Redakcyi, którym pojedyncze Nru z r. z. zaginęły, możemy takowe dostarczyć bezpłatnie; prosimy o nadsyłanie żądań najpóźniej do dnia 1 Kwietnia r. b.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.