

MEDYCYNA.

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: Z kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Kilka przypadków moczówki cukrowej, z szczególnem uwzględnieniem leczenia. Podał dr. J. K. WIKTOR. (c. d.) — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenia zwyczajne z dnia 16 Stycznia i 6 Lutego r. b. — Medycyna społeczna. W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy. Skreślił St. MARKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Kronika zagraniczna. Wspólnarodowy zjazd lekarski w Filadelfii.

Z KLINIKI LEKARSKIEJ

Prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie.

V.

Kilka przypadków moczówki cukrowej (*diabetes mellitus*),
z szczególnem uwzględnieniem leczenia.

Podał dr. J. K. Wiktor.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 9).

Przypadek II. W. Z., lat 28, wyrobnik z Bochni. Choroby, na którą zmarła matka, chory podać nie umie. Jedyna siostra zmarła w wieku dziecięcym. Chory czterema powrotami cierpiał na zimnicę, która co pewien czas pojawiała się w kilku ostatnich latach i trwała zazwyczaj po kilka miesięcy. Ostatni taki napad skończył się w Maju 1875 r. Równocześnie z ustąpieniem dobrowolnem zimnicy, zauważył chory łaknienie znacznie zwiększone, pragnienie niezem ugasić się nie dające i znacznie zwiększone wydalanie moczu. Wypytywany dokładnie o pragnienie nadmiernie, że podczas ostatniego powrotu zimnicy pijał już więcej wody, niż przy poprzednich napadach tej choroby, jednakowoż dopiero po ustąpieniu zimnicy pragnienie doszło do wysokiego stopnia, a jednocześnie wystąpiło zwiększenie ilości moczu. Chory zaspokajał łaknienie przeważnie pokarmami roślinnymi. W dalszym przebiegu ubywało mu sił coraz bardziej, pojawił się ból w obu podżebrzach, niedowidzenie, a w ostatnim tygodniu opuchnienie nóg, co go głównie spowodowało do szukania pomocy w klinice, do której w dniu 8 Listopada 1875 r. przyjętym został.

Przy badaniu znaleziono: Wzrost średni, budowa dobra. Skóra szaro-błada, sucha, łuszcząca się; tkanka tłuszczowa wszędzie zanikła. Kończyny dolne miernie obrzmiałe, dołek powstający po ucisku palcem utrzy-

nywał się czas dłuższy; moszna miernie surowiezo obrzmiała; mięśnie bardzo wiotkie. Twarz wychudła pomarszczona, tylko powieki lekko obrzmiała. Błona śluzowa warg bardzo blada. Szyja dosyć długa i cienka, klatka piersiowa dobrze zbudowana. W n a r z ą d z i e o d d e c h o w y m wykazano mierny nieżyt oskrzelowy, zajmujący w jednakowym stopniu obydwaj płuca, połączony z wykrztuszaniem miernej ilości płwocin śluzowych i opuchliną piersiową obustronną miernego stopnia. Oddech przeważnie obojętny, 24 razy na minutę. Wymiary i tony s e r c a prawidłowe, uderzenie słabe. Tętno w liczbie tylko 64 uderzeń na minutę, wielkie, twarde, wyraźnie dwubitne, a tętnica sprychowa lekko wężykowata. Tętnice skroniowe mało widoczne, miękkie. (Obraz sfigmograficzny tętna tego przedstawimy poniżej). Gruzoły pachwinowe obustronnie powiększone, twarde, niebolesne. Ciepłota 37.5 C. Objętość b r z u c h a powiększona, osobliwie w części podbrzusnej. Powłoki brzuszne wiotkie, brzuch miękki, trzęski, w obu podżebrzach i w okolicy pępka przy ucisku bolesny. W jamie brzusznej mierna ilość płynu wolnego. Brzeg śledziony twardy, gruby, nie bolesny, ruchomy, wymacać można na 7 ctm. poniżej łuku żebrowego i przekonać się, że śledziona sięga aż do linii sutkowej. Wątroba bardzo małych rozmiarów; stłumienie jej rozciąga się w linii pachowej od górnego brzegu żebra 7-go do dolnego brzegu 10-go, w sutkowej od górnego brzegu żebra 6-go do górnego brzegu 10-go, w kierunku poprzecznym tylko do brzegu prawego mostka w wysokości nasady chrząstki mieczykowatej. Żołądek miernie rozszerzony. Łaknienie mierne, po jedzeniu doznaje chory gniewienia w dolku podsercowym i odbijania. Stolce 1—2 dziennie obrzednie, poprzedzone morzyskiem. Pragnienie bardzo znaczne. Język miernie obłożony, zęby dobrze utrzymane, tylko jeden ząb trzonowy spróchniały. M o c z mętny, czerwono-cisawy, w ilości 5900 ctm., sz., oddziaływa słabo kwaśno, okazuje c. g. 1045. Z ciał prawidłowych zawiera chlorki w ilości zmniejszonej, z ciał nieprawidłowych cukier w ilości 8% (ilość dzienna 472 grm.) sporą ilość białka i barwnika krwi. Badanie drobnowidzowe wykazuje dosyć liczne ciała krwi; obfite walczki tak przezroczyste jakoteż i ziarniste. W n a r z ą d z i e r u c h o w y m uderza przedewszystkiem osłabienie tak znaczne, że chory o własnych siłach na łóżku podnieść się nie może. Uskarża się on na ból w obu stawach kolanowych, i wzdłuż obu goleni, jak niemniej w mięśniach ramieniowych. Jednakowoż badanie tych części nie stwierdza żadnych zmian przedmiotowych. S f e r a u m y ś l o w a nie przedstawia żadnych zmian z wyjątkiem apatyi. W s f e r z e z m y ś l o w e j znaleziono jako jedyne zboczenie zaćmienie prawie całej soczewki oka lewego, a przeważnie jądra soczewki prawego oka. Okiem prawem chory liczy palce tylko na 4 stopy; lewem na 10 stóp.

Zalecono dyjetę lekką, posilną, mieszaną, trochę wina i 0.5 m a k o w c a (*opium*) na dzień w 6 proszkach. W trzecim dniu wystąpiło zapalenie gruczolu przyusznego prawego (*parotitis dextra*) bez poprzedniego dreszczu i obok nieznacznego tylko podniesienia się gorączki (37.8) z tętnem ciągłe

rzadkiem (64); zmiany w moczu pozostały te same, tylko, biegunka zmniejszyła się. W ciągu tego czasu, t. j. od 9—13 Listopada 1875 r. przy leczeniu za pomocą makowca, ilość moczu wynosiła średnio dziennie 6300 ctm, sz, c. g. niespełna 1045, ilość względna cukru 8.1^o/_o, bezwzględna zaś 510.3 grm. na dobę. Przy zmniejszającej się ilości białka i krwi w moczu, a pojawianiu się tylko wałeczków ziarnistych, powiększał się w następnych dniach obrzęk gruczołu przyusznego, gorączka dochodziła wieczorem do 38.9 C. a tętno do 100. Przy tem jednakże opuchlina brzucha i nóg zmniejszyła się, a chory czuł się nieco silniejszym. W dniu 20 Listopada pod okładami ciepłymi pękł ropień gruczołu przyusznego a ciepłota obniżyła się do 36.3 C. tętno do 70. W tym okresie 1 od 13—23 Listopada chory używał diety wyłącznie prawie mięsnej i dziennie po 1 grm. kwasu salicylowego w roztworze (z dodatkiem fosforanu sodowego). Strawa całodzienna składała się z 10 pieczeni, jednej bulki i talerza kaszy, bez której chory obejść się nie mógł. Średnia ilość moczu podczas leczenia kwasem salicylowym wynosiła 5665 ctm. sz., c. g. 1041, cukru 7.5^o/_o, w całości 428.8 grm. W następnych 3 dniach, znajdowały się w moczu tylko ślady krwi, mierna ilość białka i nieliczne wałeczki. Tętno wynosiło od 60—68, ciepłota od 35.8—36.5. Uwzględniając znaczny obrzęk śledziony i powstanie pierwszych objawów choroby, pośród zimnicy podawano w tym czasie po 4.0 grm. chininy dziennie w roztworze na 4 dawki jednakowoż usunięto takową po 3 dniach, z powodu, że sprawiała znaczny szum w uszach, odurzenie, a nie wywierała znacznego wpływu na zmniejszenie śledziony. Podczas zażywania chininy ilość moczu od 23—26 Listop. wynosiła średnio 5400, c. g. 1037, ilość względna cukru 7.43^o/_o, bezwzględna 400 grm. dziennie.

W dalszym przebiegu ustąpiła krew i wałeczki z moczu, ropień z gruczoła przyusznego wydzielał mało gęstej ropy, a puchlina nóg zmalała. Od 26 Listopada do 2 Grudnia wrócono znów do kwasu salicylowego zwiększając jego dawkę do 4.00 grm. na dobę. Przy używaniu tego leku skarżył się chory na palenie w gardle i połyku (było to w samych początkach, gdy kwas salicylowy zaczął wchodzić w używanie i niebył tak chemicznie czysty, jak później), a w ostatnich dwóch dniach wystąpiła silna biegunka, która zmusiła do usunięcia leku i zastąpienia go wodą Karlsbadzką. Podczas ponownego zażywania kwasu salicylowego ilość średnia moczu wynosiła 5566 ctm. sz, c. g. 1035 odsetek cukru 5.63 a ilość jego dzienna 313.4 grm. Przy używaniu wody Karlsbadzkiej od 2—9 Grudnia opuchlina piersiowa i brzuszna znikły zupełnie, bóle w stawach ustąpiły a mocz zawierał tylko ślad białka. W tym czasie zagoił się także ropień gruczołu przyusznego, biegunka ustała zupełnie a śledziona zmniejszyła się tak, że stłumienie jej wynosiło w wymiarze podłużnym tylko 11 a w poprzecznym 10 ctm. W tym tygodniu choroby ilość moczu średnia wynosiła 6443 ctm. sz. c. g. 1033 odsetek cukru 6.56 a ilość dzienna 428. 6 grm. Pragnienie było ciągle znaczne. Od 9 Grudnia do 15 Stycznia 1876 przy powyższej dyjecie jednostajnie zachowanej

podawano choremu ponownie opium, począwszy od 0.07 aż do 0.7 grm. dziennie. Podczas tego uważano, że nogi całkiem skłębły, pragnienie znacznie się zmniejszyło, a sił choremu przybyło znakomicie. Od 9 do 24 Grudnia, podczas gdy dawkę dzienną makowca stopniowo zwiększano do $\frac{1}{2}$ grm. dziennie ilość moczu wynosiła 6120 etm. sz. c. g. 1031, procent cukru 7.31% , ilość dzienna cukru 447.2 grm. Podczas zażywania od 0.5—0.7 grm. makowca, wartości te wynosiły 5650 etm. sz., 1033, 6.64% , i 375.2 grm.; wreszcie przy dawce dziennej makowca 0.7 grm. od 6—15 Stycznia 1876 ilość moczu zmalała wprawdzie jeszcze bardziej, dochodząc średnio do 4566 etm. sz. dziennie, przyczem c. g. pozostał na 1033, jednakowoż odsetek cukru wzrósł do 8.77% , a ilość dzienna cukru podniosła się znowu do 400.4 grm. na dobę. W dniu 13 Stycznia przy ilości dziennej tylko 4700 etm. sz. moczu odsetek cukru wynosił aż 10.45% tak, że całodzienna ilość cukru równała się 491. 15 grm. a w dniu następnym, przy ilości moczu 4900 etm. sz. procent cukru podniósł się do 12.55 tak, że ilość dzienna cukru wynosiła 615 grm!

Widząc że opium działa niepomysłnie, zmniejszając wprawdzie ilość moczu, ale zwiększając zato ilość względną i bezwzględną cukru, usunięto ten lek w dniu 15 Stycznia, a te tem bardziej, że pragnienie chorego prawie zupełnie znikło a łaknienie znacznie zmalało. Odjąwszy choremu z diety 5 pieczeni pozostawiono chorego bez leku do 18 Stycz. W tych 3 dniach jeszcze bardziej obniżyła się ilość moczu, wynosząc średnio tylko 3633 etm. sz. c. g. wzrósł do 1037, odsetek cukru do 10.58, tak że ilość całodzienna cukru wynosiła znow tylko 384. 4 grm. W następnych 3 dniach podano jaborandę chcąc doświadczyć skuteczności tego leku w moczówce i to pierwszego dnia napar z 2.0 drugiego z 4.0, a trzeciego z 5.00 grm. W czasie podawania jaborandy, ilość moczu zmalała po raz pierwszy do 2933 etm. sz. jednak c. g. podniósł się do 1041, procent cukru obniżył się do 8.41 a ilość bezwzględna cukru zmalała znowu do 246.7 grm. Dalszych doświadczeń niemożliśmy przedsiębrać, albowiem chory mimo przedstawień opuścił klinikę w dniu 21 Stycznia 1876.

Pomijając w tej chwili skutki leczenia i wpływ pojedynczych leków na zmiany w moczu, gdyż takowe przedstawimy dla wszystkich przypadków razem, zastanowimy się tylko nad kilkoma ważnymi szczegółami. Co do przyczyny choroby, powstanie przypadków moczówki prawie bezpośrednio po przebyciu zimnicy, kilkakrotne poprzednio nawroty zimnicy, jak najmniej znaczny obrzęk śledziony, przemawiałyby, że między zimnicą a moczówką cukrową zachodzi ściślejszy związek przyczynowy. Że zimnica może za sobą pociągnąć moczówkę cukrową, zdaje się nieulegać wątpliwości, lubo w ogóle mało na tę sprawę zwracano dotąd uwagi, i w dotyczącej literaturze odszukać można skąpe tylko wzmianki. I tak: GRIESINGER na 225 przyp. w 10 przyp. podaje zimnicę jako przyczynę moczówki; FAŁĘCKI opisuje (Przełg. lek. 1862 Nr. 30) z kliniki prof. DIETLA przypadek moczówki cukrowej u chorego mającego miażdżycę tętnic i zwyrodnienie skrobiowe nerek i wątroby, oparte na tle zimniczym; SEEGEN przytacza

5 przypadków, gdzie niewątpliwie zachodził związek między zimnicą a moczówką, J. MEYER (*Berl. klin. Wchjt.* 1875, 21) między przyczynami moczówki wymienia także pobyt w okolicach zimniczych, a EULENBURG tłumaczy sobie powstawanie moczówki cukrowej po zimnicy, porażeniem nerwów naczyń ruchomych, jakie ma powodować zimnica. Od tych spostrzeżeń odłączyć trzeba przypadki moczenia cukrowego (*mellitaria*) w przebiegu zimnicy jakie opisuje BURDE (*Union medicale* 1872 N. 105) z tego powodu, że cukier pojawia się w tych razach tylko w sposób przemijający a ilość jego zależy od okresu choroby i natężenia gorączki.

Choroba BRIGHT'A ostra, jaką uważano w początkach spostrzegania klinicznego i jaka była jednym z powodów ogólnej opuchliny, dosyć długo utrzymującej się, stała bezsprzecznie rychlej w związku z zakażeniem zimniczem aniżeli z moczówką cukrową. Przemawia zatem z jednej strony szybkie ustąpienie takowej, z drugiej strony względna rzadkość w łagodnych zmian miąższowych w nerkach podczas moczówki cukrowej (SENATOR), pomimo bardzo częstego pojawiania się białkomoczu w tej chorobie. Zapalenie gruczolu przyusznego było następstwem moczówki cukrowej, jak się to istotnie często zauważa.

Chcąc za przykładem SENATOR'A ocenić ze stanowiska klinicznego, do jakiego rodzaju należy obecny przypadek, napotkamy na trudności znaczniejsze, niż w przypadku I. Nadzwyczajnie małe rozmiary wątroby, jakie utrzymywały się ciągle mimo ustąpienia puchliny brzusznej, i jakie odpowiadałyby małości i wiotkości tego narządu, jaką niekiedy na zwłokach zauważano, obok tętna szczególnego, jakie bardzo często napotykalismy przy marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*), uprawniałyby nas częściowo do wniosku, wypowiedzianego z zastrzeżeniem, że mieliśmy do czynienia z postacią wątrobową. Wiadomą jest rzeczą, że niekiedy w zwłokach osób zmarłych na moczówkę nie napotyka się żadnych zmian w wątrobie w wielu jednak przypadkach wątroba jest powiększoną, a powiększenie to polega według badania KLEBS'A na czynnym przekrwieniu takowej. Przypadek nasz zdaje się należeć pod względem małości wątroby do przypadków opisanych przez FLES'A KLEBS'A KUSSMAUL'A i MÜNCH'A, gdzie zmniejszenie i wiotkość wątroby uważać można jako sprawę następową po długim przekrwieniu.

Obraz tętna z tętnicy sprychowej zdjętego w dniu 2-go Grudnia przedstawia nam fig. 1 i 2-ga.

Fig. 1.

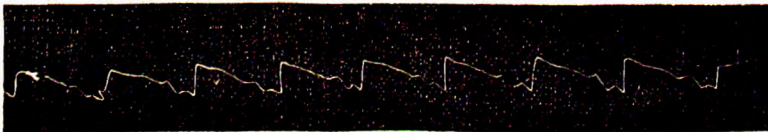
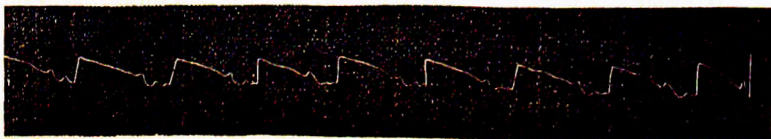


Fig. 2.



Drugi przypadek wybitnej moczówki cukrowej po zimnicy uważano także w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO. Dotyczył on wyrobnika lat 35 liczącego z okolicy bagnistej nad Wisłą, w najbliższem sąsiedztwie Krakowa położonej, który kilka razy, a ostatni raz przed 3-ma miesiącami przebywał zimnicę. Już podczas trwających napadów wystąpiły przypadki moczówki w postaci znacznego pragnienia, zwiększonego łaknienia i zwiększenia ilości moczu. Po ustąpieniu napadów zimniczych, przypadki te zmniejszyły się na kilka tygodni, później zaś wystąpiły z większem natężeniem. Badanie chorego uskutecznione w 5 tygodni po ustąpieniu napadów zimniczych, wykazało spory obrzęk śledziony, diatezę krwotoczną i obecność 6.2% cukru w moczu, którego ilość dzienna wynosiła 4000 ctm. sz. Przy leczeniu zapomocą wstrzykiwań podskórnych rozczywnu FOWLER'A w przeciągu dni 8, w których chorego spostrzegano, śledziona zmalała, ilość moczu i cukru zmniejszyła się tak, że w przecięciu ilość dzienna moczu wynosiła 3120, odsetek cukru 5.4, a w dniu wyjścia chorego, w dniu 12 Lipca tylko 4.7%. W miesiącu Wrześniu widziano chorego przypadkowo w jego miejscu stałego pobytu i przekonano się że wychudnienie zwiększyło się a przypadki moczówki spotęgowały się znacznie. (*D. c. n.*)

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenia zwyczajne z d. 16 Stycznia i 6 Lutego 1877 r.

Mięsak krtani. — Zapalenie ropne pochewki ścięgniętej mięśnia wyprostnego wspólnego długiego stopy. — Rana czaszki z samodzielnem oddzieleniem martwiaka. — Zwężenie otworu ustnego. — Trzy przypadki mięsaka gałki ocznej. — Wypadnicie jelita cienkiego przez odbytnicę.

Na nieszczęście, przeszło miesiąc czasu, przy końcu każdego starego i przy początku każdego nowego roku, bywa z powodu sprawozdań i rachunków straconym dla czysto naukowych czynności. Pomimo że się często ilość zwykłych posiedzeń powiększa, to przegląd rachunkowości, ustanowienie nowego budżetu, sprawozdania administracyjne i biblioteczne, sprawozdanie ogólne ze zwykłych naukowych posiedzeń, ogólny przegląd z posiedzeń biologicznych, kassy wsparcia, i nakoniec wybory, tyle zabierają czasu, iż za szczęście pomyśleć należy, jeżeli w drugiej połowie Stycznia wszystko znów do dawnego powrości porządku. Rzecz naturalna, że nie możemy w te wszystkie wdawać się sprawy. Zanim się jednak do sprawozdania z dwóch w tytule wymienionych posiedzeń weźmiemy, wypada nam naprawić małe uchybienie jakiego się w końcu zeszłego roku dopuściliśmy. Na posiedzeniu d. 21 Listopada kol. HERING okazywał za pomocą ulepszonego przez siebie przyrządu oświetlającego TOROLD'A nowotwór w krtani, sterzący do szpary głosowej. Ponieważ objawiła się różnica zdań co do jego przyrody, kol. HERING usunąwszy na drodze operacyjnej rzeczony nowotwór, demenstrował pod drobnowidzem, na następnem posiedzeniu skrawki z tego nowotworu, i okazał, że to był

mięsa k. Nadmienić wypada, że w roku 1869, kolega Kosiński Towarzystwu bardzo podobny do powyższego przedstawił przypadek, gdzie również wycięcie nowotworu z krtańi, usadowionego na strunie głosowej z zupełnem dokonaniem zostało powodzeniem, (zob. Pamięt. Tow. T. 62, zeszyt z Listopada 1869 r. str. 585 z drzeworytami).

Na posiedzeniu 16 Stycznia kol. STANKIEWICZ Władysław, zakomunikował trzy następujące postrzeżenia ze swego oddziału w szpitalu dzieci w Warszawie. I^o Zapalenie ropne przewlekłe pochewki ścięgna mięśnia wyprostnego wspólnego długiego stopy. Chłopczyk pięcioletni dość dobrze odżywiony, przy wejściu do szpitala przedstawiał guzik wielkości wiśni, niewyraźnie chelbozący na sklepieniu prawej stopy, po nad drugą linią śródstopia. Sądono że był on skutkiem miejscowego zapalenia okostni, lecz po otworzeniu guza natrafiono na zbiornik ropy wyłączny pomiędzy torebką a ścięgnem mięśnia wyprostnego stopy. Rozszerzono ranę i przekonano się że torebka była zgrubiałą i równie jak samo ścięgno pokryta ziarniną. W kilka tygodni cały ten zbiornik zarosł i zabliznił się, lecz wkrótce znów wypełnił się ropą, a po otworzeniu go powtórnie przekonano się że jama jego była obszerniejszą niż poprzednia, która zaledwie 1½ ctm. miała w przemiare. Zabliznienie nastąpiło powtórnie, lecz także nie było trwałszem od pierwszego razu. Pojawilo się po raz trzeci obrzmienie, ale tym razem było obszerniejsze i rozciągało się idąc w kierunku ścięgna aż do przedniej powierzchni stawu skokowego na grzbiecie stopy, przyczem choroby skarżył się na dolegliwe pieczenie i lekko gorączkował. Blizna pękła sama pod ciepłymi okładami i zgłębnik nieco zakrzywiony dochodził aż do okolicy stawu. W celu dojścia do źródła choroby przecięto aż po dolny brzeg wiązadła obrączkowego, a natenczas badając bliżej przekonano się że pochewka ścięgna była w jednym miejscu przedziurawioną i że utworzyła się zatoka sięgająca pod ścięgacz 4-go i 5-go palca aż po kostkę zewnętrzną. I tu znów nastąpiło zabliznienie przez wypełnienie przestrzeni między pochewką a ścięgnem ziarniną, lecz i na tem nie było jeszcze końca, gdyż objawil się ból i obrzmienie na goleni, jednocześnie blizna podniosła się i znowu pękła, a skoro się przekonano że nacisk na przestwór między golenią a kostką strzałkową wypływ ropy przez ranę powiększa, dokonano zaraz na goleni podłużne przecięcie, odszukano torebkę ścięgna a skoro się okazało że była ropą wypełniona otworzono ją w podłuż aż po miejsce w którym się ścięgno łączy z włóknami mięsnymi, a co więcej przecięto idąc ku dołowi wiązadło obrączkowe poprzecznie po nad stawem skokowym, i następnie dopiero poczynając od głębi ranę starannie przez ziarnowanie gojono. Po 14 miesiącach troskliwego leczenia otrzymano nakoniec pożądany skutek bez najmniejszego w ruchach nogi nadwyreżenia. Ponieważ przypadek ten jest rzadki i bardzo pouczający, rozszerzyliśmy się nad nim trochę więcej niżeli na to pozwalają szczerpłe ramy naszego przeglądu.

Rana stłuczona czaszki; oddzielenie samodzielne martwiaka. Chłopczyk 8 letni źle odżywiony, został uderzony w głowę końskim kopytem i przedstawiał ranę nad prawem uchem ku tyłowi półokrągłą, w kształcie płata oddartą wraz częścią okostni, w skutku czego kość na obszerności złotówki była obnażoną. Strzaskania czaszki nie było; chory gorączkował ale przytomność nigdy nie była zatraconą. Próbowano ranę zagoić *per primam intentionem*, lecz gdy się to nie udało, rozcięto płat, kość obnażono w celu dokładnego jej dozorowania. W miesiąc później kość zmartwiała na wielkość oliwki i zaczęła się od zdrowej oddzielać, tak iż można było bez trudu ją wyważyć. W głębi okazała się natenczas osłona twarda oraz tętnica osłonowa lekką ziarniną okryta, a na

martwiaku rowek jej odpowiadający. Niebawem rana zagoiła się zupełnie i brak kości wypełnił się włóknisto-chrzastkowatym wytworem. Widać więc oczywiście, że odżywianie kości czaszkowych głównie od okostni zależy, że ciężkie nawet obrażenia czaszki mogą mieć wśród sprzyjających okoliczności przebieg nader łagodny.

III. Zwężenie otwora ustnego. U dziewczynki 3 letniej, w skutku uporeczywie utrzymujących się owrzdzeń w obu ust kątach, zbliżniły się one do tego stopnia iż otwór ust zaledwie na 1 cent. wolnym pozostał. Ponieważ karmienie niesłychanie stało się trudnem, cały więc ustrój wielkiemu uległ wycieczeniu. Blizny po obu stronach długie na 1 ctm. a szerokie na $\frac{1}{2}$ ctm. rozciągały się ku obu policzkom. Należało je według sposobu DIFFENBACH'A powycinać i odpreparowaną z tyłu błoną śluzową rany obrabić, przyszywając ją do skóry. Operacyja powiodła się zupełnie lecz zagojenie w kącikach przedstawiało ogromne trudności, długi czas bowiem na brzegach nowo utworzonych warg wytwarzały się uporeczywie owrzdzenia z powodu niepodatności warg, które się ciągle przy żuciu pokarmu ostro ocierały o zęby. Kol. STANKIEWICZ przedstawia to dziecko na posiedzeniu, na dowód że usta odzyskały pierwotny kształt, ale wyraża obawą co do powrotu zwężenia z powodu ogromnej do owrzdzeń skłonności i możliwego zaniedbania należytego pielęgnowania wśród ubogiej żydowskiej rodziny do której dziecko należy.

Na posiedzeniu d. 6 Lutego kol. KRAMSZTYK, przedstawia trzy następujące przypadki nowotworów galki ocznej, które miał rzadką sposobność spostrzegać od chwili ich powstania, a potem badać anatomicznie. I. W początku r. 1874 zgłosiła się dziewczyna 20 letnia dobrze odżywiona do ambulatoryjum uniwersyteckiego, u której na pierwsze zaraz wejście uderzał niezwykły połysk dna oka lewego (*amaurotisches Katzenauge*) a przy badaniu wziernikiem ocznym rozeznawano od strony górnej i zewnętrznej oddzielanie się siatkówki białe, nie trzęsące się weale, obfitem rozwojem naczyń okryte, które zasłaniało całą tarczę nerwu wzrokowego przechylając się na nią swoim wierzchołkiem. Wyraźnie więc oddzielanie takie nie było spowodowane nagromadzeniem się pod siatkówką płynu i z początku zaraz za nowotwór podsiatkówkowy było uznane. Przy końcu Kwietnia, oko przybrało wygląd zapalnej jaskry a zadymienie wnętrza galki nie dozwalało już rozmiarów nowotworu dopatrzeć. Ponieważ chora nie chciała się zgodzić na wycięcie galki, kol. JODKO dokonał w Instytucie oftalmicznym wycięcia tęczówki w celu złagodzenia bólów, co też rzeczywiście na przeciąg kilku miesięcy pomogło, lecz następnie powiększenie się stopniowe guza, wypchnęło ku przodowi w kształcie garbca a bliżej na brzegu rogówki po operacyi pozostała, i zaczęło znakomicie ścieńczać przednią ścianę galki na około błony rogowej. Silne rozprężanie galki, powodujące na nowo gwałtowne bóle zmusiło naostatek do wyłuszczenia galki, a gdy ją przez kilka tygodni utrzymywano w wysokoku, zanim przyszło do jej anatomicznego zbadania, cały obwód rogówki okazał się guzowaty sino-przeświecający, jak przy tak zwanym okrężnym garbcu ciała rzęskowego (*circsophthalmia*). Całe wnętrze galki okazało się wypełnione masą jednolitą, ciemno-brunatną, wyrosłą z naczyniówki od strony jej zewnętrznej i górnej, która oddzielając siatkówkę weisnęła się w jej fałdę, wypchnęła ją ku wewnątrz i ku dołowi w kształcie frygijskiej czapki, zakryła wejście nerwu i po drugiej jego stronie znalazła się oddzieloną podwójną blaszką siatkówki, od zdrowej zresztą w tem miejscu naczyniówki. Badanie drobnowidzowe okazało że guz był, zabarwionym mięsakiem (*melano-sarcoma globocellulare*), rozciągającym się głęboko ku tyłowi cieniutką blaszką pomiędzy obu pochwami nerwu wzrokowego, z kądem też i bardzo niemile rokowanie

co do jego odrodzenia się w przyszłości; na pienku pozostałego w oczodole nerwu, pomimo iż się starano jak najgłębiej rzeczonej nerw przecięć.

Drugie postrzeżenie odnosi się do mężczyzny 52 lat mającego, wątłej budowy i słabo odżywionego. Przy znacznem osłabieniu siły widzenia w lewem oku, objawiła się u niego połowiczna zupełna na temże oku ślepotą (*hemioopia*), od strony zewnętrznej w polu widzenia; lecz kilka miesięcy nie można było oftalmoskopowo żadnej odnaleźć dla niej anatomicznej podstawy, a to do tego stopnia, że długi czas leczono chorego za pomocą kąpieli parowych, jodku potasu, wstrzykiwań podskórnych strychniny. Wreszcie na ścianie wewnętrznej gałki zaczął okazywać się guz, w pośrodku między ciałem rzęskowem i tarczą nerwu wzrokowego i ten stopniowo wzrastając zmusił naostatek do wyłuszczenia gałki. Poszukiwanie anatomiczne okazało że był to okrągły guz, ściśle odgraniczony, półkulisty, mający przeszło centimetr w przemiarze. Płaską swą podstawą przyrastał on do twardówki, półkulista zaś jego powierzchnia, ku wnętrzu gałki sterzcąca, okryta była siatkówką, która zarazem i po za granicę guza znacznemu oddzieleniu uległa. Wyraźnie stanowiło go zgrubienie naczyńki. W przekroju okazała się substancja szarawa w przedniej guza połowie czerwono zabarwiona, złożona z drobnych wrzecionowatych komórek poukładanych w nieregularne kształty, (*sarcoma parvi-fuso-cellulare*) i mocno poskupianych mianowicie przy ścianach licznych w nowotworze naczyń. Z powodu tego przypadku nadmienia JODKO który także chorego leczył, że w okresie przedwstępnym zastrzykiwanie strychniny nie okazało się bynajmniej bezskutecznem, lecz że owszem spowodowało bardzo wyraźną, chociaż czasową siły widzenia poprawę. Od samego też początku JODKO zauważał, w odpowiednim miejscu na zewnątrz gałki, mocno zgrubiałe żyły mięśniowe i że to go skłoniło do silnego rozszerzenia źrenicy atropiną, przy którym dopiero pierwsze śladu nowotworu wykryto.

Trzecie postrzeżenie przedstawiało w początku, przy poczynającej się znacznie sprychowej oka lewego u człowieku 68 letniego dobrze odżywianego, oddzielanie się chełbozące siatkówki ku górze a wśród niego jakieś ciało białawe podobne do zniszczonego wągra. W rok dopiero później, chory przedstawił się powtórnie ze wszystkimi oznakami ostrej jaskry w Instytucie oftalmicznym, a tamtejsi lekarze nie wiedząc nic o poprzednim wyglądzie wycięli kawałek tęczówki. Chory doznał znacznej ulgi, lecz również jak w pierwszym postrzeżeniu wzrastający nowotwór rozepchnął wkrótce bliźnę po *iridectomi* i tak się uwidocznił, iż przyszło musiało do wyłuszczenia gałki. Nowotwór był również mięsakiem. Zauważać tu wypada że po dokonaniu wycięcia tęczówki zaraz powzięto podejrzenie, iż się nie z samą zwykłą jaskrą miało do czynienia: gałka bowiem po wycięciu nie zmiękła, i w następstwie okazywały się krwotoki w przedniej komórze.

Następnie dziekan BRODOWSKI opisał i okazał wyrób anatomo-patologiczny wypadniętego jelita cienkiego przez otwór w odbytnicy będącej. Ze zaś szczegółowy opis tego przypadku został przygotowany przez kogo innego i niebawem w MEDYCYNIE ogłoszonym będzie, przeto ograniczamy się tu na tej prostej wzmiance i przytoczeniu głosów do których on stał się hasłem. Podobny przypadek opisał GRUBER z Petersburga (w 32 tomie *Archiv VIRCHOWA*). Inny znów przypadek opowiada KOSIŃSKI przez siebie spostrzegany przed 10 laty u dziecka biednego robotnika, które przez kilka tygodni cierpiało na wycieńczającą biegunkę i podlegało także opadaniu odbytnicy. Gdy raz takowa opadła i felczer do pomocy został wezwany, wyszła stółcem pętla jelita cienkiego na 8 cali długości, a gdy się spostrzegającemu udało takową odprowadzić na-

reszcie, można było wyczuć obszerny otwór w ścianie przedniej odbytnicy nieco powyżej wewnętrznego zwieracza przez który palec wdrażał do jamy brzusznej. Bibliotekarz KOSMIŃSKI zwrócił wreszcie uwagę, że podobny przypadek był już przedstawiany Towarzystwu i że wzmianka o nim znajduje się w Tom. XIV PAMIĘTNIKA (str. 148) ¹⁾.

Z powodu powyższych KOSIŃSKI opowiada jeszcze nierównie ciekawszy przypadek o wypadnięciu jelita ślepego przez otwór stołcowy. Przypadek ten miał on sposobność spostrzeć na trupie 14—16 chtëpca gdzie całe jelito grube (*coecum*), *colon transversum* i *descendens* przeszło jelito aż do otworu stołcowego, w pośrodku którego dawalo się widzieć lejkwate zagłębienie prowadzące do wyrostka robaczkowego (*processus vermicularis*) jelito grube pociągza sobą jelito cienkie tak iż z odbytnicy (*retum*) idąc od zewnątrz ku środkowi znajdowały się dwie oddzielne ściany jelito grubego a wewnątrz jeszcze jelito cienkie.

* *

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy.

IV.

Mam przed sobą cztery pierwsze „Wykazy” statystyczne przedstawiające w odstępach tygodniowych ruch ludności miasta Warszawy. „Wykazy” te wychodzące na półarkuszach, jako „dodatki do Gazety Policyjnej Warszawskiej,” obejmują czas od 13 Stycznia do 10 Lutego r. b. to jest tydzień 3-ci, 4-ty, 5-ty i 6-ty r. b.

Z powodu bijącej w oczy niedokładności cyfr zawartych w tych 4-eh wykazach, niemożliwem jest ułożenie z nich obrazu statystycznego za 4-ty tydzień. Nadal, w miarę wzrastającej dokładności i pewności tych cyfr, wykazy warszawskie może będą mogły służyć do wyprowadzenia wniosków i do robienia porównań pod względem lekarskim i higienicznym. Dzis, zdaniem mojem, pierwsze te wykazy warszawskie żadnej naukowej, ani praktycznej wartości nie mają. Kiedyś będą stanowiły ciekawy zabytek pierwocin statystyki miejskiej w dziejach Warszawy.

Tutaj więc nie mam zamiaru zastanawiać się nad cyframi rzeczonych wykazów, ani z nich wyprowadzać jakiegobądź wnioski, a raczej pragnę zastanowić się szczegółowo nad ich redakcją i układem, przy czem będę miał sposobność zwrócić uwagę na ich niedostatki i niedokładności.

Rozkład każdego wykazu jest następujący: Na pierwszej stronnicy mamy dwie tablice. Pierwsza obejmuje ogólną tygodniową liczbę urodzeń (prawych i nieprawych), noworodki martwe (prawe i nieprawe), liczbę małżeństw, zgonów i kolejną dni podane wyniki spostrzeżeń meteorologicznych a mianowicie średnie (dzienne) ciśnienie barometryczne, ciepłostan (*maximum* i *minimum* dzienne), ilość wody spadłej i kierunek wiatrów. W koń-

¹⁾ Opis tego przypadku znajduje się w aktach, zawierających protokoły z posiedzeń Towarzystwa z r. 1844, które wówczas nie były jeszcze w całości w PAMIĘTNIKU drukowane. Przypadek ten jest tak szczególnym, że wydaje się wiele nieprawdopodobnym, gdyż jak protokół podaje, dr. OCZAPOWSKI okazywał na posiedzeniu kawał jelita łokieć długości mający w którym obecni wykryli wszystkie warstwy jelita cienkie składające; rzeczony kawał jelita wystawał z otworu stołcowego chorego, który po oderwaniu się go wyzdrowiał (!) Sądźmy, że była to tylko zmieniona błona śluzowa jelita cienkiego, która jego kształt zachowała. (Red.).

cu podaną jest „średnia dzienna” obliczona ze wszystkich tygodniowych liczb tak ruchu ludności, jak i meteorologicznych postrzeżeń dotyczących. Dalej idzie „średnia dzienna” w tychże rubrykach tygodnia poprzedniego a na koniec także „średnia” odpowiedniego tygodnia roku przeszłego. W tym ostatnim szeregu są podane naturalnie tylko „średnie” meteorologiczne.

Pierwsza ta tablica w czterech wykazach, o których tu mowa, całkiem niejednostajny przedstawia układ. I tak w 3-ich pierwszych wykazach rubryka: „Wypadki śmierci” jest rozdzielona na dwie kolumny, z których pierwsza podaje „liczbę ogólną” zgonów, a druga też liczbę „bez cudzoziemców”. W wykazie 4-tym drugiej z tych dwóch kolumn już niema, a w 3-ich pierwszych wykazach pozostała ona zupełnie pustą, z czego naturalnie tylko ktoś bardzo nieostrożny lub ktoś łatwowierny, mógłby wyprowadzić wniosek, że przez 3 tygodnie żaden „cudzoziemiec” w Warszawie nie umarł. Nie wiem dobrze jakie znaczenie nadawała redakcyjna wykazów nazwie „cudzoziemców”. Domyślam się jednak, że tu chodziło o bardzo słuszne oddzielenie osób zmarłych, chwilowo lub krótko (przez czas choroby) w mieście zamieszkałych, których śmierć i przyczyna tej śmierci do przyczynowych warunków miejscowych odosobnieni być nie powinny. W kartach statystycznych peszteskich i innych miast podawanym zostaje czas odkąd nieboszczyk w mieście zamieszkiwał. W karcie warszawskiej pytania odpowiedniego niema. Z tego czy z innego powodu zapewne kolumnę dotyczącą zmarłych „cudzoziemców” albo raczej „obcych” z wykazów usunięto, co naturalnie bynajmniej na pochwałę nie zasługuje.

Dalej w teście tablicy w wykazie 1-ym znajdujemy k a ż d o d z i e n n ą liczbę zgonów. W następnych wykazach uznano widać tę bardzo słuszną dokładność za zbyt dużą i ograniczono się na ogólnej liczbie tygodniowej. Każdodziennej liczby urodzeń wcale niema. Wyrażnego praktycznego znaczenia takie dzienne liczby nie mają, ale mają znaczenie czysto naukowe statystyczne, dlatego szkoda że ich wykazy nie podają.

Redakcyjna wykazów uznana za potrzebne pomieszczać w teście tablicy liczby stosunkowe a mianowicie „średnie dzienne”. Jeżeli sądzono że wypada zadać sobie w ogóle pracę obliczania liczb stosunkowych, a nie ograniczania się na liczbach bezwzględnych; to dziwić się należy najpierw temu że pomieszczone w wykazach liczby stosunkowe nie dokładne a tylko przybliżone; powtóre zaś, że się nie trzymało wzoru wykazów podobnych w innych miastach i nie podano obok mało pożytecznych „średnich dziennych” innych daleko ważniejszych i do porównań lepiej służących liczb stosunkowych a mianowicie liczb tygodniowych w odniesieniu do 100000 mieszkańców i liczb rocznych w odniesieniu do 1000 mieszkańców. Co się tyczy niedokładnego obliczenia „średnich dziennych” dla przykładu przytoczę, że przy ogólnej liczbie tygodniowej noworodków martwych prawych, wynoszącej w wykazie 2-im 7 obliczono „średnią dzienną”, 1, a przy ogólnej liczbie tygodniowej tychże noworodków wynoszącej 10 (w wykazie 3-im) „średnia dzienna” wypadła również 1. Urodzeń nieprawych podano w wykazie 1-ym ogółem 17, w wykazie 2-im ogółem 13, zaś „średnią dzienną” dla obu tygodni obliczono na 2; oczywiście dla obu błędnie. Do czego takie obliczenia „z grubsza” służyć mają? nie wiem. Nadmienić muszę że w wykazie 1-ym miejsce przeznaczone na „średnie dzienne” pozostało niewypełnionem. „Średnie dzienne” meteorologiczne obliczone są dokładnie.

Oprócz wspomnianych przezemnie liczb stosunkowych w tabliczce pierwszej, powinny być w rubryce urodzeń obok dwóch będących tam kolumn (urodzenia prawe i nieprawe) kolumna trzecia, obejmująca ogólną liczbę urodzeń, którą w dzisiejszych wykazach trzeba sobie tworzyć przez dodawanie lub przez rozpatrywanie się na 3-iej stronicy wykazu.

Przechodzę do drugiej tablicy wykazów (stronnica 1-a) przedstawiającej „wiek i miejsce poprzedniego zamieszkania osób zmarłych.” W rubryce wieku znajdujemy następujące kategorie:

W i e k	
Dzieci prawe • 0— 6 miesięcy 6—12 — 1— 2 lat 2— 5 — Razem dzieci prawe do 5 lat.	Dzieci nieprawe (Taki sam podział jak dzieci prawych) 5—10 lat 10—20 — 20—30 i t. d. Razem:

Przypadki śmierci w każdej z tych kategorii odniesione są do uczątku, w którym zmarły zamieszkiwał. Obok kolumn przeznaczonych na uczątki w końcu mamy kolumnę przeznaczoną na „szpitale” i ostatnią mieszczącą „razem” zgony w każdej kategorii wieku.

Układ drugiej tablicy jest zdaniem mojem bardzo odpowiedni. Pod ogólnemi liczbami zgonów, nastąpionych w każdym uczątku ¹⁾ i w szpitalach pomieszczone są odpowiednie liczby tygodnia poprzedniego, przez co ułatwionem jest porównanie wahań w śmiertelności nie tylko całego miasta, ale i pojedynczych uczątków. Pożądanemby tylko było zaprowadzenie zmiany w ostatniej kolumnie przez podzielenie jej na dwie, z którychby pierwsza mieściła summy częściowe. (Dzieci prawe do 1 roku, dz. pr. od 1 roku do 5 lat, wszystkie dzieci prawe do 5 lat, dzieci nieprawe do 1 roku, dz. niepr. od 1 roku do 5 lat, wszystkie dz. niepr. do 5 lat, wszystkie dzieci zmarłe do 1 roku, wszystkie dzieci zmarłe od 1 roku do 5 lat, wszystkie dzieci zmarłe do 5 lat, liczbę wszystkich zmarłych prócz dzieci do 1 roku i liczbę wszystkich zmarłych prócz wszystkich dzieci do lat 5-u). Wyosobnienie tych kategorii zmarłych, szczególnie po dodaniu w tejże lub w osobnej tablicy liczb stosunkowych, tak tygodniowych jak rocznych, z odniesieniem każdej z tych kategorii do 100000 *resp.* do 1000 ludności, ułatwiałoby nie tylko ocenienie jednego z najważniejszych stosunków w cyfrach śmiertelności każdego miasta, ale nadto pozwalałoby na porównanie z odpowiedniami kategorjami w wykazach zagranicznych.

Sądząc z opisanego tu układu tablicy drugiej wniósłby ktoś może, że posiadamy w tej chwili dane do ocenienia śmiertelności w całej Warszawie i w pojedynczych jej okręgach. Niestety, z pomiędzy rubryk tą tablicą objętych jedna bardzo ważna pozostała w 3-eh pierwszych wykazach pustą. Jest to rubryka przeznaczona dla zmarłych w szpitalach. Tak więc liczba zgonów podana w 3-eh wspomnianych wykazach bynajmniej nie pozwala ocenić śmiertelności Warszawy od 13 Stycz. do 3 Lutego. Trudno tylko pojąć dlaczego wykazy od początku nie zamieszczały zgonów szpitalnych i czemu niezamieszczać ich, nie zawierały stosownej uwagi objaśniającej. Przeciwnie, obliczanie i zamieszczanie w wykazach „średnich dziennych” liczb śmierci w tablicy mającej przedstawiać „ruch ludności” Warszawy, upoważniało każdego do mniemania, że w danym tygodniu w Warszawie umarło istotnie tylko tyle osób, ile ich w rubryce „ogólnej liczby wypadków śmierci” podano. Ztąd zaś wypadły liczby stosunkowe tak niskie jakich żadne z miast europejskich nie posiada. I tak według wykazu 1-go śmiertelność roczna na 1000 ludności obliczona wynosiłaby (w 3-im tygodniu r. b.) 14.³⁶, według wykazu 2-go (w 4-tym tygodniu) 12.³⁶, według wykazu 3-go (w 5-tym tygodniu) 19.³³. Nie też dziwnego, że takie niesły-

¹⁾ Dopóki „wykaz” nie podaje liczby mieszkańców każdego okręgu (uczątku) miasta, szczegół ten jest bezużytecznym. (Red)

chane liczby obudziły podejrzenie zagranicą, jak o tem świadczy sprawozdanie o ruchu ludności miejskiej w krakowskim „Dwutygodniku medycyny publicznej” (Nr. 4), który surowe cyfry dotyczące śmiertelności Warszawy czerpał z „Gazety lekarskiej” (Nr. 6), zbyt skorej w ich rozpowszechnianiu.

Wreszcie w wykazie 4-tym znajdujemy w rubryce szpitali podane 32 przypadki śmierci. Doświadczenie nabyte na 3-ch pierwszych wykazach, niechaj mnie usprawiedliwi, gdy co do tej liczby mającej odpowiadać wszystkim przypadkom śmierci w szpitalach przez tydzień nastąpionym, ośmielę się wyrazić podejrzenia i wątpliwości; sama liczba wydaje mi się bardzo niską, jednakże mogą być w tej mierze w błędzie, biorąc za miarę liczbę zgonów szpitalnych w innych miastach, tak ludnych jak Warszawa. Uderzającym wszakże jest, że w tym 6-tym tygodniu r. b., w szpitalach warszawskich nie miał umrzeć nikt starszy nad lat 5! Tak jest: wykaz podaje wyraźnie o gółem 32 zgony szpitalne, a wszystkie 32 tyczą się dzieci mniej niż 1 rok życia mających! Choćby fakt był prawdziwym to jego niezwykłość powinna usprawiedliwić moje podejrzenia, gdyby się ono niesłusznie okazało, czego zresztą mocno pragnę. Dla uzasadnienia go jednak chcę przytoczyć i to, że wypadająca z obliczenia cyfra śmiertelności (roczna na 1000 ludności) według liczb tego wykazu 4-go, obejmującego już zgony szpitalne, jest 28^{os}, co jak na Warszawę i na obecną porę roku jest niesłychanie mało, powiem wprost zamalowało.

Przechodzę do trzeciej tablicy wykazów (str. 2) obejmującej główne przyczyny śmierci. Sam podział owych głównych przyczyn śmierci w ciągu 4-ch tygodni, z których wykazy mam pod ręką, uległ już 3 razy zmianie, a chociaż ta nie jest ważną, dowodzi to jednak jak mało obmyślanym był z góry plan organizacji statystyki lekarskiej Warszawy. Otóż w dwóch pierwszych wykazach mamy:

Choroby pomorkowe, epidemiczne i zakaźne

Choroby klimatyczne (?)

Choroby gruźlicze (?)

Śmierć nagła

Inne przyczyny śmierci

Niewiadome przyczyny śmierci

W wykazie 3-m znajdujemy następujące działy:

Choroby pomorkowe, epidemiczne i zakaźne

Inne choroby panujące (które zastąpiły zagadkowe dwa działy początkowych 2 wykazów)

Śmierć nagła i t. d.

W wykazie 4-m dział drugi z porządku, nosi już tytuł:

Inne choroby częściej się wydarzające.

Ważniejsze jeszcze zmiany, a przyznać muszę pomyślne, zaprowadzono w szczegółowym podziale owych głównych kategorii. W 3-ch pierwszych wykazach mamy 22-a numeru szczegółowych przyczyn śmierci, w wykazie 4-ym jest ich 23, ale są znacznie zmienione.

I tak w dziale chorób pomorkowych, epidemicznych i zakaźnych znajdujemy w 3-ch pierwszych wykazach: 1^o *Variola*, 2^o *Morbilli*, 3^o *Scarlatina*, 4^o *Cholera indigena*, 5^o *Cholera asiatica*, 6^o *Typhus*, 7^o *Diphtheritis*, 8^o *Pertussis*, 9^o *Angina* (po polsku dławiec), 10^o *Morbi puerperales*. Zaś w wykazie 4-tym opuszczono Nr. 4 i 9, do *Diphtheritis* pod tym samym numerem dodano *Croup*, a dołączono 2 numera: *Diarrhoea aestiva infantum* i *Dysenteria*. Szczegółowo nad tym podziałem zastanawiać się tu nie będę a jedynie pozwolę sobie zrobić uwagę, że gorączkę tyfoidalną od durzycy wysypkowej koniecznie w takich wykazach odróżniać trzeba.

W dziale „chorób panujących” wykazu 3-go (choroby klimatyczne i gruźlicze wykazu 1 i 2) spotykamy: 1^o *Apoplexia cerebri*, 2^o *Bronchitis et pneumonia*, 3^o *Morbi organici cordis*, 4^o *Diarrhoea et Enteritis*, 5^o *Tuberculosis pulmonum*, 6^o *Tuberculosis meningum*, 7^o *Tubes mesaraica*. Wykaz 4-ty przedstawia w swym dziale „chorób częściej się wydarzających” zupełną zmianę powyższego podziału. Tylko dwa początkowe numera pozostały bez zmiany, pozostałe zaś 5 całkiem usunięto i zastąpiono 6-ma następującami: *Plitisis pulmonum*, *Rheumatismus articularis et muscularis*, *Catarrhus intestinalis*, *Nephritis*, *Marasmuss Carcinoma*. I tu w rozbiór tego wyboru i podziału wchodzić nie będę, pytam jednak czem objaśnić można nieogłębność w obmyśleniu układu wykazów, która zmusiła czy skłoniła pierwotną redakcyję tych wykazów do zupełnej zmiany w podziale i w słownictwie lekarskiem i to w ciągu zaledwie 3 tygodni od chwili ogłoszenia pierwszego wykazu? Jaką korzyść przyniosą wykazy podobne jeżeli układ ich każdej tablicy co parę tygodni będzie inny, choćby coraz miał się stawać lepszym?

Jeżelim na wstępie niniejszych uwag wypowiedział zdanie bardzo nieprzychylnie co do naukowej i praktycznej wartości dotychczasowych wykazów, to po części zdanie moje wynikało z zastanowienia się nad 23-ą kategorią „głównych przyczyn śmierci”, obejmującą przypadki śmierci, której przyczyna jest podaną w wykazach jako niewiadoma. Otóż na ogólną liczbę zmarłych 4-ma wykazami objętą, a wynoszącą 432, przypada 65 przypadków śmierci z przyczyny niewiadomej a zatem przeszło 15%. Jeszcze bardziej uderzającą jest liczba tych przypadków w dziale zgonów szpitalnych (wykaz 4-ty), gdyż z ogólnej liczby 32 zgonów tym działem objętej aż 12 (zatem prawie 38%) przypada na przyczyny niewiadome. I to w szpitalach! Komentarze byłyby tu zbyt liczne, a przyczyna tego bijącego w oczy niedostatku wykazów warszawskich bynajmniej nie jest niewiadomą. Przyczyną jest złe obmyślany sposób zbierania dat statystyczno-lekarskich i niefortunne postępowanie w tem zbieraniu.

Tablica czwarta wykazów (str. 3-a) obejmuje bardzo szczegółowy i dobrze ułożony wykaz urodzeń i małżeństw, z jednej strony według parafij i wyznań, z drugiej zaś strony z wyosobnieniem prawych, nieprawych, chłopców i dziewcząt, urodzeń podwójnych (bliźniaczych) i t. d. Przy tej sposobności zwrócić mi wypada uwagę na brak tablicy 1-ej i 2-ej wykazów co się tyczy płci osób zmarłych, która nigdzie w całym wykazie nie jest odróżniona. Trudno domyslić się przyczyny tego pominięcia, które w wykazach mających dawać wyobrażenie o „ruchu ludności”, za kapitalne uważam.

Na stronnicy 4-ej wykazów podaną jest ilość przypędzonego bydła i przywiezionego mięsa a dalej ceny przedmiotów najniezbędniejszych,

W końcu wymienione są uczątki z których „wysłano kartki niedokładne”; liczba tych kartek wynosząca w 4-ech wykazach ogółem 65, czyli prawie 5 kartek niedokładnych na 2 dni, a niedokładność ta idzie *crescendo*, gdyż w ostatnim wykazie jest ich 28, to jest dwa razy tyle co w poprzednim.

Zmiany jakim dotychczas ulegała redakcyja pojedynczych wykazów z jednej strony są wielce niedogodne dla postrzegacza, z drugiej jednak strony dowodzą usiłowań doprowadzenia statystyki lekarskiej warszawskiej i wykazów warszawskich do pożądanego stanu. Dlatego błędem byłoby mniemanie, iż statystyka ruchu ludności Warszawy pozostanie nadal równie bezpożyteczną dla lekarzy i dla medycyny publicznej, jak nią jest do tej chwili.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wspólnarodowy zjazd lekarski w Filadelfii odbył się d. 11 Września r. z. z powodu stułetniej rocznicy niepodległości Stanów Zjednoczonych Ameryki. W swoim czasie podaliśmy program tego zjazdu (MEDYCYNA T. IV str. 346), obecnie zaś przedstawiamy ostateczne wnioski, do jakich doszli obradujący.

I. Sekcja chirurgii. Przedmiotem obrad tej sekcji było: 1) Leczenie przeciwgnilne. 2) Leczenie wewnętrzne i zewnętrzne tętniaków. 3) Leczenie zapalenia stawu biodrowego.

Co do 1-go. Dr. HANGEN, prof. szkoły lekarskiej w Saint-Louis, następującymi wnioskami zagał rozprawy nad leczeniem przeciwgnilnym: a) Sprawa gnicia może się rozwijać w tkankach stałych i płynach ustroju, przy bezpośrednim zetknięciu z nimi zarodników rozwijających się w powietrzu lub wodzie, albo też bez takowego zetknięcia. b) Gnicia tkanek stałych i płynów w otwartej ranie można w wielu razach niedopuszczać, a mianowicie na drodze usunięcia żywych zarodników i zniszczenia ich żywotności. c) Niepodobna tkanek stałych i płynów ustroju zmienić w sposób niedopuszczający występowania gnicia. d) Trudności napotykanne w praktyce dotyczą najczęściej zapobiegania gniciu; jednakże wyniki dotychczas otrzymane, jakkolwiek nader niezupełne, winnyby zachęcić do prac nad wynalezieniem środków przeciwgnilnych. Po długich rozprawach, w których przyjął udział Gross i J. LISTER, sekcja zgodziła się na to, iż w obecnym stanie nauki, niepodobna jeszcze wydać stanowczego wyroku o wartości postępowania przeciwgnilnego.

Co do 2-go. Sprawozdawca VAN BUREN, prof. kolegium lekarskiego, przedstawił następujące wnioski, przyjęte przez sekcję: a) Leczenie tętniaków za pomocą spokoju, właściwego ułożenia i diety zalecanej przez TUFNELL'A, okazuje się bardzo skutecznym przy tętniakach aorty piersiowej i brzusznej. b) Powyższy sposób postępowania należy zawsze stosować przy tętniakach pnia bezimiennego, tętnicy podobojczykowej, pachowej i biodrowej, zanim przystąpi się do zastawiania sposobów chirurgicznych, wystawiających życie chorego na niebezpieczeństwo. c) Przy tętniakach tętnicy podobojczykowej i tętnic biodrowych, następową operacyją nie daje się usprawiedliwić. d) Na zasadzie powodów, przedstawionych przez HOLMES'A i H. LEE'GO dawny sposób operowania nie może zastąpić sposobu HUNTER'A, lecz należy go zachować dla niektórych szczególnych przypadków. e) Zastosowanie opaski ESMARCI'A przy leczeniu tętniaków powinno zyskać sobie należne uznanie. f) Spostrzeżenia świeżo ogłoszone przez LEVISA i BRYANT'A, w których wyleczono tętniak przez wprowadzenie do jego worka włosia, pozwalają oczekiwać pomyślnych z tego leczenia wyników. Zamiast włosia można używać katgut, lub innego ciała zwierzęcego.

Co do 3-go. Sprawozdawca dr. SAYRE, wystąpił z następującymi wnioskami, w ogóle przez sekcję przyjętymi, z wyjątkiem pierwszego, który wywołał ożywione rozprawy: a) Przyczyną zapalenia stawu biodrowego prawie zawsze bywa obrażenie i niekoniecznie towarzyszy mu wadliwy ciałoskład. b) Unieruchomienie części sprawą chorobową zajętej, pobyt na świeżem powietrzu i wzmacniające pożywienie stanowią najważniejsze czynniki przy leczeniu tego cierpienia. c) Przy zastosowaniu powyższego postępowania w samym początku choroby, w większości przypadków osiągnąć można wyleczenie z więcej lub mniej zupełnym zachowaniem ruchów. d) W razach, gdy choroba doszła już do drugiego okresu i gody w stawie znajduje się ropa, lepiej będzie wypuścić ją za pomocą trójgrańca, aniżeli pozostawić staw zajęty dobrowolnemu na drodze wrzodzenia otwarciu. e) W okresie trzecim, gdy rzeczony postępowanie nie wydało spodziewanych wyników, w przeważnej większości przypadków wypiłowanie (*resectio*) będzie nie tylko usprawiedliwionem, lecz bezwarunkowo koniecznem. f) Wypiłowanie kości udowej w stawie biodro-udowym, stanowi operacyję łatwą do wykonania i nie pociągającą żadnego za sobą niebezpieczeństwa. g) Pomienioną operacyją wyleczyć możemy pewniej, szybciej i zupełnie, aniżeli pozostawiając chorobę naturalnemu biegowi. Zaslugują na szczególną uwagę wyniki, jakie operacyja ta daje odnośnie do ruchów i kształtu kończyny.

II. Sekcja medycyny wewnętrznej. Treść rozpraw tej sekcji

stanowily następujące zadania: 1) Czy durzyco-zimnica przedstawia swoisty typ zimnicy? 2) Czy dławiec błonicowy i rzekomo-błoniasty (*pseudo-membranaceus*) stanowią odmienne cierpienia? 3) Czy warunki życia tegoczesnego okazują przyjazny wpływ na rozwój chorób nerwowych? 4) Jakim bywa wpływ wysokich wzniesień nad poziom morza na przebieg suchot płucnych?

Co do 1-g o. Sekcja po długich rozprawach przyjęła wniosek następujący: Gorączki durzycowo-zimniczej nie należy uważać za swoisty typ zimnicy; gdyż zdaje się ona być wynikiem połączonego działania przyczyn wywołujących zimnicę (*malaria*) i gorączkę durzycową.

Co do 2-g o. Dr. SMITH odczytał swoją pracę, z której wynika, iż dławiec jest wyrażeniem cierpienia ogólnego. Zdania tego sekcyja nie podziela.

Co do 3-g o. Dr. BARTHOŁOW wystąpił z kilkoma zajmującymi uwagami nad wpływem oświaty na choroby nerwowe. Autor sądzi, iż zwiększenie liczby chorych nerwowych jest raczej pozorne, aniżeli rzeczywiste, zastrzega wszakże przytem, iż bodźce nieodłączne od życia cywilizowanego, zaburzenia państwowe, nadużycia płciowe i wysokości, wszystko to wywiera bardzo widoczny wpływ na rozwój chorób, o jakich mowa. Sekcyja nie zgodziła się na powyższe wnioski.

Co do 4-g o. Sprawozdawca dr. DENISON odczytał pracę dotyczącą wpływu stopnia wzniesienia nad poziom morza na przebieg suchot płucnych. Zbadawszy kwestyję tę pod względem wysokości wzniesienia, ciepłoty powietrza, jego wilgotności, napięcia elektrycznego i t. d., przychodzi do wniosku, że dotychczas przywiązywano zbyt wiele wagi do jednostajności ciepłoty; że ciepłocie jednostajnej prawie zawsze towarzyszy wilgotność powietrza i wiele innych warunków szkodliwych dla przeważnej większości suchotników. Wypada tu oddać raczej pierwszeństwo klimatowi suchemu i chłodnemu nad wilgotnym i gorącym. Szczególny nacisk autor kładzie na przyjazny wpływ ciśnienia powietrza, napięcia elektryczności i obecność ozonu w miejscowościach wzniesionych. Na wnioski pomienione sekcyja się nie zgodziła.

III. Sekcyja fizjologii i bijologii. Główne kwestyje będące na porządku dziennym, odnosiły się do czynności wydzielniczych wątroby i do mechanizmu stawów.

Co do 1-g o. Sprawozdawca dr. FLINT przedstawił obszerną pracę, której ostateczne wnioski, sekcyja przyjęła: a) W stanie prawidłowym ustroju cholestearina znajduje się w żółci, we krwi, w substancji nerwów, soczewce oka, śledzionie i smolce (*meconium*). b) W znacznej części cholestearina tworzy się w substancji nerwów, zkad następnie dostaje się do krwi. Krew przechodząc przez mózg, zabiera ztąd cholestearinę. Ponieważ tworzy się ona bezprzerwanie, znajdujemy ją przeto zawsze we krwi. c) Cholestearina wydziela się ze krwi przez wątrobę i wydalą się z żółcią. Przeznaczenia jej dotychczas nie wykryto; znaczne nagromadzenie się jej we krwi wywołuje objawy zatrucia. d) Żółć ma na celu: naprzód pomagać sprawie trawienia, w czem biorą udział jej sole: glikocholan i taurocholan sody, powtóre wydaląc cholestearinę, nagromadzającą się we krwi. e) Taurocholan kał nie zawiera w sobie cholestearyny, zamiast której posiada stercorinę (niekiedy oznaczaną nazwą seloriny). Przy powstrzymaniu sprawy trawienia, cholestearina nie przemienia się w stercorinę, gdyż w kale wydalonym po długotrwałych postach i w smolce dziecięcej cholestearina daje się wykryć jako taka. f) Nagromadzenie się znacznej ilości cholestearyny we krwi stanowi cierpienie, oznaczane mianem *cholesteraeimia*. Tej postaci chorobnej, która cechuje się objawami mózgowymi, może towarzyszyć nieraz i żółtaczka. g) Nie we wszystkich chorobach wątroby spostrzegać można *cholesteraeimiam*, narząd ten bowiem, będąc siedliskiem, mniej lub więcej ciężkich zaburzeń, może zachowywać zdolność wydzielania cholestearyny. h) W przypadkach zwykłej żółtaczki, nawet gdy kał bywa odbarwionym, nie spostrzega się we krwi nagromadzenia cholestearyny. i) Cholestearina względem wątroby znajduje się w takichże samych warunkach, jak mocznik odnośnie do nerek. (d. c. n.)

Redaktor i Wydawca. Dr. J. Rogowicz.

Redakeyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.