

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. 19 PRZYPADKÓW KOINCYDENCYI ZBOCZEŃ UMYSŁOWYCH

z wrzekomem obojnectwem,

4 przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków

oraz

57 SPOSTRZEŻEŃ SPRAW SĄDOWO-LEKARSKICH,

dotyczących wrzekomych obojnaków.

PODAŁ

Fr. Neugebauer.

Ordynator Oddziału Ginekologicznego Warszawskiego
Szpitala Ewangelickiego.

—◆—
(*Ciąg dalszy*).

№ 14: Portilla (Annales de Ostetricia, Ginecopathia y Pedia-
tria. N. 89, 1888; patrz referat: Répertoire Universel d'Obstétrique
et de Gynécologie, 1888, pg. 502: „Pseudohermaphrodisme féminin“)
opisał osobnika, urodzonego w Walencji, obecnie 20-letniego, wzro-
stu 160 centymetrów, obecnie uwięzionego wskutek wzięcia udziału
w rozruchach rewolucyjnych. Ogólny wygląd czysto kobiecy, również
sutki kobiece. Pochwa kończyła się ślepo, znaleziono penis fissus,
hypospadiasis peniscrotalis. Jąder nie wymacano nigdzie. Wobec te-

go, że osobnik ten odczuwał popędy płciowe wyłącznie ku kobietom, skierowane, i pomimo, że odbycie stosunku z kobietą było niemożliwym, możnaby przypuszczać płć męzką, obecność jednak regularnych peryodów przemawia za istnieniem chociażby szczątkowych jajników. „C'est un homme-femme par son aspect, par son caractère hautain et indocile, par sa conduite comme citoyen; il a été considéré comme un homme à instincts dépravés, méritant la punition de la justice“. Niestety, referat z opisu Portilla'ego jest bardzo krótki i niewyczerpujący.

№ 15: Reverchon (Annales médico-psychologiques, V-me Série. T, IV, 28-me année, pg. 377) opisał osobę, umieszczoną w zakładzie dla obłąkanych w Laroche-Gandon, Maryę Chupin, która do 30 roku życia była powszechnie uważaną za kobietę. W wieku lat 30 zaczęła ona powątpiewać o tem, czy rzeczywiście należy do płci żeńskiej i poddała się zbadaniu przez lekarza. Wynikiem tego badania było rozpoznanie mylnego określenia płci, albowiem okazało się, że Marya Chupin jest raczej mężczyzną o pozorach kobiecych. W owym to czasie Marya Chupin popełniła zbrodnię, wrzuciła mianowicie dziecko sąsiadki swojej do głębokiej studni. Dziecko wyratowano. Czynu tego Marya dopuściła się w stanie chwilowej nieprzytomności umysłu. Raffegéau („Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme“. Thèse. Paris, 1884, pg. 38) podaje niektóre szczegóły, dotyczące Maryi Chupin. Pracując jako asystent prof. Petrucci w przytułku dla obłąkanych Saint-Gemmes sur Loire miał on okazję często widywać Maryę Chupin, która w roku 1881 pełniła tam obowiązki posługaczki, mając wtedy lat 43. Powierzono jej sprzątanie pokoiw lekarskich. Marya Chupin była wzrostu bardzo wysokiego, 171 centymetrów, była bardzo silnie zbudowaną, miała zarost męzki obfity na twarzy i tylko jedno oko, drugie postradała w młodości wskutek urazu. Sutki były większe niż u mężczyzn. Krtan prawie wcale nie wystawała, również głos był prędzej kobiecym, niż męzkim. Owłosienie ogólne było skąpem, z wyjątkiem okolicy sromu. Hypospadiasis peniscrotalis. Penis 5 centymetrów długości był haczykowato zagięty ku dołowi. Otwór cewski moczowej był kobiecy, cewka miała 3 centymetry długości. Co do oddawania moczu Marya uważała kostyum męzki za wiele dogodniejszy od dawniej noszonego kobiecego. Ku wielkiemu zdumieniu swojemu, Raffegéau znalazł poniżej otworu cewki otwór pochwy drożnej na długości 9 centymetrów. Pochwa na szczycie kończyła się ślepo. Aby ujrzeć otwór cewki i pochwy trzeba było rozciągnąć małe wargi na zewnątrz. Małe wargi u dołu łączyły się

rodzajem wężidelka. Scrotum fissum, w prawej połowie przepuklina pachwinowa łatwo odprowadzalna, po odprowadzeniu przepukliny można z łatwością wymacać w tej połowie moszny jądro i przyjądrze. Podczas erekcji penis jeszcze bardziej, niż zwykle, zaginał się ku dołowi, tak że wątpić należy, aby kiedykolwiek Marya mogła korzystać z niego dla spółkowania z kobietą. Gdy urodziła się, akuszerka oświadczyła, że dziecko jest dziewczyna, a proboszcz, wezwany dla wydania opinii, również oświadczył, że płeć jest żeńska. W szkole Marya miała świadectwa bardzo liche i po 18 miesięcznym uczęszczaniu do szkoły zaledwie nauczyła się czytać; później zaczęła ze szczególnym zajęciem czytywać książki treści religijnej, również nadzwyczaj interesowała się wszelkimi sprawami dotyczącymi religii i kościoła i należała do różnych kongregacji, których przepisy obserwowała ściśle. Gdy nadszedł wiek dojrzałości Marya ze strachem spostrzegła, że peryody jakoś się nie zjawiają, również sutki nie powiększały się jak u innych dziewcząt, natomiast zjawił się zarost męzki na twarzy, zmuszający ją golić się codziennie. Swoją drogą Marya ciągle oczekiwała zjawienia się peryodów i aby przyspieszyć ich zjawienie się, kazała sobie stawiać pijawki, używała gorących kąpeli dla nóg z dodaniem gorczycy etc. Nareszcie jednak pogodziła się z myślą, że peryodów nie będzie miała. W 35-ym roku zapadła na dur brzuszny, a w trzy lata później zdarzył się ów zamach zbrodniczy, który zaprowadził ją do domu obłąkanych. Już od dłuższego czasu Marya sypiała w jednym łóżku z bardzo przystojną kuzynką z miasta Nantes i wtenczas już zaczęła powątpiewać o tem, czy sama należy do rodzaju kobiecego, nawet uniosła kiedyś spódnice innej czterastoletniej kuzynki ku górze, aby porównać wygląd swoich organów płciowych ze sromem tej kuzynki. Myśl, że jest ona odmiennie zbudowaną jak inne kobiety, zaczęła ją trapić bezustannie i już od dłuższego czasu nosiła się Marya z myślą konsultowania ad hoc lekarza, co to znaczy. Z drugiej strony miewała często sprzeczki z bratem, które nawet do bijatyki niekiedy doprowadzały. Nareszcie Marya postanowiła opuścić rodzinną wieś, lecz odmówiono jej wydania paszportu. Wtenczas wpadła na szalony pomysł, zdradzający zбочzenie umysłowe oraz fanatyzm religijny. Tylko aby być aresztowaną i zbadaną, pewnego poranku uchwyciła dziecko sąsiadki i wrzuciła je do studni, głębokiej na 32 stopy. Zaraz po tym czynie, nie dbając bynajmniej o los dziecka, poleciała do zarządu żandarmeryi i tam zeznała swój czyn zbrodniczy, oświadczając, że udała się do tego dziecka „parce qu'il était, en état de grâces et puis qu'il était sur d'aller au ciel“. „Au reste il espérait -- pisze Raffegau -- que la

sainte Vierge ferait un miracle et que son action servirait seulement à faire reconnaître son identité.“ W październiku 1868 r. dostawiono Maryę Chupin w kobiecem ubraniu do owego przytułku dla obłąkanych. Wkrótce już zamieniła ona kostyum żeński na męzki, zdradzała zgryzotę i wyrzuty sumienia z powodu zbrodniczego zamachu, popełnionego przez nią, „mais ses idées restaient bizarres; on se voyait en présence d'une intelligence mal équilibrée et aujourd'hui encore, on doit hésiter avant de tenter un essai de sortie“. W rodzinie Maryi Chupin było kilka przypadków chorób umysłowych, między innymi jeden z blizkich krewnych Maryi był epileptykiem. Marya, ona, czyli raczej on zdradza degenerację umysłową.

№ 16: Ricou i Aubry („Un prétendu androgyne dans un service de femme“. Le Progrès Médical, 1889, N. 37, pag. 183) mieli sposobność zbadania osobnika internowanego w zakładzie dla obłąkanych w Maréville. Spostrzeżenie jest podwójnie ciekawem, najprzód, ponieważ osobnik ten prowadził żywot czysto biseksualny, powtóre dlatego, że mylnie ulokowano mężczyznę 72-letniego na oddziale dla kobiet przeznaczonego. Zaraz po urodzeniu się tego osobnika rozpoznano płeć jego jako „hermaphrodytyczną“ i wobec tego nadano mu dwa imiona, jedno męzkie i jedno żeńskie. Po upływie jednego roku, wskutek żądania prokuratora, poddano dziecko badaniu lekarskiemu i określono płeć jako męzką. Osobnik ten urodził się w roku 1828. W rodzinie dotąd nie zauważono żadnych zniekształceń. Jeden z braci jest żonaty i dietny. Aż do 10 roku życia wychowano dziecko jako chłopca, wtenczas zaś rodzice dali chłopakowi odzież kobiecą, ponieważ dziecko nie było w stanie oddać uryny bez zamoczenia spodni i ponieważ pragnęli zapobiedz temu, aby w przyszłości dziecko ich wzięto do wojska. Od owego czasu aż do chwili przyjęcia do zakładu obłąkanych osobnik ten uchodził za hermaphrodytę. „Il restait un homme-femme.“ Dalszy opis cytuje po części w oryginale. Według zwyczaju przyjętego ogólnie w Lotaryngii nadania imienia z końcówką na „on“ dziewczynkom o wyglądzie męzkim, na przykład Manon, Nanon, Fauchon etc. nazwano D. Finon. Wobec słabo rozwiniętej inteligencji dziecka i niepowodzenia w szkole dziewczęciu powierzono pilnowanie świń. Gdy dziewczyna więcej już podrosła, zajęcie jej było zawsze więcej męzkie: pracowała w polu, w lesie, w winnicach i t. d. Tylko jeśli D. nie miała zajęcia męzkiego na razie, robiła pończochy i zajmowała się praniem. Pomimo kostyumu kobiecego, pozory Finon były czysto męzkie. Z powodu silnego zarostu i brody goliła się co tydzień, jeździła konno, paliła, wymyślała i przeklinała jak mężczyzna i często się upijała.

Zdarzało się nawet, że po wypiciu nadmiernem wysoko, dziewczyna atakowała inne kobiety, które musiały się energicznie bronić, chociażby ataki Finon nie mogły mieć następstw poważnych, ponieważ jako mężczyzna nie byłby w stanie spółkować z kobietą. Z drugiej strony Finon jako kobieta miewała stosunek płciowy z żołnierzami z sąsiedniego garnizonu.

Zresztą Finon była przedmiotem ciekawości całej okolicy i znana pod nazwiskiem „kobiety brodatej“ — femme à barbe. Widać z opisu, że osobnik ten prowadził żywot zupełnie biseksualny, łącząc z pracą czysto męską i ciężką kostyum niewieści. Gdy w końcu lipca 1899 r. stróż polny sprowadził Finon do zakładu dla obłąkanych, Finon z trudem tylko mógł chodzić, opierając się na ramieniu stróża. Ubrany był w zużyty strój kobiecy, stanik i spódnicę czarną, koszulę bez mankietów i czypek o ruszkach. Twarz chociaż często golona, szczególnie kontrastowała z czypkim białym. Finon została sprowadzona do zakładu bez metryki lub jakichkolwiek papierów urzędowych. Wobec jej imion i kostymu ulokowano ją więc w oddziale kobiecym. Stróż, który ją sprowadził, nie potrafił dać żadnych wyjaśnień. Ulokowana na sali kobiecej Finon, bardzo głucha zresztą, bynajmniej nie robiła wrażenia, jakby się tutaj czuła nie na swoim miejscu — „dépaysé“. Lekarze, uderzeni osobliwym wyglądem Finon, od razu mieli podejrzenie, że tutaj coś niebываłego ich czeka i przedsięwzięli badanie ogólne Finon, która zresztą oporu żadnego nie stawiała, ani też żadnej wstydlivości nie zdradzała. Włosy siwe, krótkie i skąpe, pomimo, że Finon mówi, że ich nigdy nie obcinała. Twarz męska, o owłosieniu męskim. Uszy niesymetryczne. Twarz nie zdradza oznak degeneracji. Mięśnie szyi silnie rozwinięte; krtań znacznie wystaje ku przodowi. Głos zwykle ostry i szorstki, mięknie, gdy Finon zdradza jakiśkolwiek strach, gdy się czegośkolwiek boi. Kościec dobrze rozwinięty, mięśnie silne, ręce szerokie i duże. Kończyny dolne bardzo chude, o mięśniach jednak prawidłowych. Klatka piersiowa cylindryczna, mm. pectorales dobrze rozwinięte; sutek brak, brodawki małe, owłosione. Brzuch płaski, miednica czysto męskiej budowy. Odstęp od pępka do wyrostka mieczykowatego wynosi 20 centymetrów, od pępka do otworu cewki moczowej tylko cztery i pół centymetra. Owłosienie sromu i okolicy przyodbytnicowej prawidłowe. Organa płciowe męskie, lecz o *epispadiasis* i kryptorchizmie jednostronnym. Prącie płaskie, uniesione ku górze z zagięciem na ścianę brzuszna, jakby do niej było przyklejone, odbycie stosunku byłoby absolutnie niemożliwym, ponieważ intromissio penis byłaby niemożliwą i wytrysk nastąpiłby tylko

na ścianę brzuszną. Prącie miało 57 mill. długości i 35 szerokości, u samej podstawy zaś 46 millimetrów na wysokości żołędzi. Cała cewka moczowa jest u góry rozszczepiona, również jak i dorsum penis. Scrotum gładkie, bez owłosienia, kurczy się prawidłowo, raphe dobrze widoczna. Po prawej stronie wymacano jądro cokolwiek mniejsze od normalnego, o przyjądrzu oraz miękkie i bardzo wrażliwe na ucisk. Oba vasa deferentia wymacalne, lewe łączy się z ciałkiem miękkim wielkości groszka, jądra lewego nie znaleziono w mosznie (?). Otwór odbytnicy rozszerzony, pozwala z łatwością wprowadzić palec do odbytnicy, przez którą wymacuje mały gruczoł krokowy atroficzny. Po skonstatowaniu płci męskiej, przemieszczono Finon na oddział męski, lecz Finon okazał wielkie niezadowolenie z tej zmiany, okazał się bardzo zażenowanym przez odzież męską. Bardzo prędko jednak potrafił przysposobić spodnie męskie swoim wymaganiom, albowiem przedarł szew, łączący jedną nogawicę z drugą, aby móżd oddawać urynę po dawnemu. Spostrzeżenie to jest tem ciekawsze, iż pomimo określenia płci urzędowo już w drugim roku życia za męską, jednak osobnik ten przez 70 lat żył jako kobieta, będąc ogólnie za takową uważany i sam siebie za kobietę uważając. Pomyłka pierwotna w określeniu byłaby pozostała niepoznana aż do śmierci, gdyby nie badanie Finon przez Ricoux i Aubry, wywołane poprostu osobliwym wyglądem tego osobnika. Autorowie nie podają rozpoznania specjalnego co do rodzaju zбочenia umysłowego Finon.

№ 17: White. „A Hermaphrodite in insane asylum“, Daniels Texas M. J. Austin, 1890 — 1891, Vol. VI, pag. 2556. Niestety, nie mogłem nigdzie odszukać chociażby referatu tego spostrzeżenia.

№ 18: Holmes (patrz Neugebauer: „Statystyka 720 spostrzeżeń wrzekomego obojnactwa“, N. 271, „Przegląd Chirurgiczny“ — druga część pracy) opisuje osobnika, którego sprowadzono do Saint-Georges Hospital w Londynie wskutek hysteryi. Osobnik uważany był za kobietę i nosił się po kobiecemu. H. przypuszcza, że sprowadzono ją raczej dla zbadania płci sub narcosi. Zarost męski na twarzy, deska piersiowa owłosiona. Sutki wydatne, lecz bez obwódki zabarwionej brodawek. Owłosienie sromu męskie, do pępka sięgające. Głos ostry, męski, prącie małe rozszczepione bez ciał jamiстых (?) i cewki moczowej. Poniżej prącia zagłębienie wpuszczające palec. W górnej części tego zagłębienia leżał otwór cewki moczowej; zagłębienie samo sięgało jednak jeszcze cokolwiek wyżej i palec na dnie jego wymacował coś nakształt szyjki macicznej, per rectum jednak macicy wymacać nie udało się. W wargach sromowych wiel-

kich żadnych ciałek nie wymacano. Większość lekarzy, którzy osobnika tego badali, brali go za męskiego spódnica. Holmes jednak przypuszcza, że jest on raczej kobietą o pozorach męskich, opierając się na wzajemnym stosunku odbytnicy, pochwy i cewki, jak u kobiety. Brak macicy i jajników mógł być przyczyną braku kobiecych znamion w ogólnym ukształtowaniu. Co się tyczy cech męskich w ogólnej budowie, to nie różnią się one nieczem od tych znamion, które często u kobiet spotykano jako broda męska, wąsy, układ włosów w okolicy sromu męski. Ostatecznego wyroku jednak co do płci Holmes nie śmiałby wydać z powodu braku sekeyi i badania drobnowidzowego.

№ 19: Brouardel („Le Mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement“, Paris, 1900, pag. 322) pisze, że wspólnie z Siredey'em demonstrował w Paryskim Towarzystwie Anatomicznym organa płciowe wycięte z trupa stróża postoju dorożkarskiego w bliskości szpitala Saint-Antoine. Był to spodziec męski o pozorach kobiecych, jakoby o jednym jądrze i jednym jajniku (widocznie zaszła pomyłka w określeniu istoty gruczołu płciowego — N.). Osobnik ten spółkował i z mężczyznami i z kobietami. — „C'était un perversi sexuel complet.“

Do tych 19-tu spostrzeżeń koincidencji zboczenia umysłowego z wrzekomem obojnactwem dodają jeszcze dwa spostrzeżenia, ciekawe pod względem psychiatrycznym, dotyczące osób o nierządzie płciowym na tle psychopatycznym.

Pierwsze spostrzeżenie opisał Birnbacher i ocenił później Meiner (Friedreichs Blätter etc., 1891, pag. 85): dotyczy ono hr. Sarylty Vay, wydającej się za hrabiego Sandora Vay, która używała wypchanej rękawiczki, aby w ten sposób zaznaczyć w męskim ubraniu wrzekomą obecność prącia. W jednej z gazet niemieckich znalazłem referat z tego spostrzeżenia pod tytułem „Mannweiber“. Kilka lat temu dużo wrzawy narobił romans dotyczący młodej hrabianki, należącej do jednej z pierwszych rodzin arystokratycznych węgierskich. Hrabianka dwa lata temu przebrana za mężczyznę zjawiała się nad brzegiem jeziora Woerthersee, w różnych miejscowościach kąpielowych; bywając tamże, zawarła znajomość z pewną panną, którą nareszcie poślubiła — ujawniło się w następstwie, że mniemany mąż jest kobietą i to oskarżoną o różne oszustwa. Profesor Krafft Ebing ogłosił kilka szczegółów, dotyczących tego osobnika, ciekawego również pod względem fizjologicznym, jak i psychologicznym. Dnia 4/XI 1889 r. teść jakiegoś hrabiego Sandora Vay podał skargę na zięcia

za wyłudzenie od niego 800 guldenów pod pretekstem, że jako sekretarz towarzystwa akcyjnego potrzebuje tej sumy dla złożenia żądanej kaucyi. Dalej pokazało się, że ów hrabia Sandor Vay fałszował pewne weksle i że w roku 1889-ym zawarł wrzekome małżeństwo z córką skarżącego, będąc sam nie mężczyzną a kobietą ubraną po męsku i że wrzekomy ów zięć nazywa się Saroltą (Charlotta) Vay. Aresztowano więc oskarżonego osobnika, wrzekomego Sandora Vay wskutek oskarżenia o oszustwo i fałszowanie papierów. Na pierwszym przesłuchaniu sądowem Sarolta zeznała, że urodzoną jest 6/XII 1866 r., że należy do płci żeńskiej, że jest katoliczką, niezamężną i że zajmuje się pracą literacką pod pseudonimem hrabiego Sandora Vay. Krafft Ebing podaje niektóre detale, jako wyjątki z autobiografii tego osobnika: S. pochodzi ze starej szlacheckiej rodziny Vay'ów, znanej z ekscentryczności. Jedna siostra babki po stronie matki była hysteryczką, somnambulistką i przeleżała w łóżku przy imaginacyjnem sparaliżowaniu 17 lat. Siostrzenica tej babki przeleżała wskutek jakoby ciężkiej choroby siedm lat w łóżku, równocześnie od czasu do czasu wydając bale. Trzecia nareszcie miała ten spleen, że konsolkę w jej sali uważała za zaczarowaną. Ile razy ktoś położył coś na owej konsolce, pacjentka oburzała się w najwyższym stopniu, porywała ów przedmiot i uciekała z nim do pokoju, który nazywała swoją czarną komórką i której klucza nikomu do ręki nie dawała. Po śmierci tej osoby w owym czarnym pokoju znaleziono cały zbiór szali, banknotów, kosztowności etc. Czwarta znów ciotka przez dwa lata nie pozwalała zamiatać w swoim pokoju, nie myła się i nie cesała się, dopiero po upływie dwóch lat znów pokazała się rodzinie. Wszystkie te panie swoją drogą były wykształcone, sprytne i przyjemne w obejściu, Matka Sarolty była bardzo nerwową i nie mogła znosić światła księżyca. Co do rodziny ojca, mówiono ogólnie, że „brak tam jednej klepki“. Jedna linia tej rodziny zajmuje się wyłącznie spirytyzmem. Dwaj bliscy krewni ojca zastrzelili się. Większość krewnych po męskiej linii odznacza się zdolnościami, kobiety zaś z tej rodziny umysłowo są upośledzone. Ojciec Sarolty zajmował wysokie stanowisko socyalne w urzędzie, musiał jednak z tego stanowiska ustąpić wskutek trwonienia pieniędzy (przetrwonił albowiem przeszło półtora miliona guldenów). Jedną z marrot ojca było, że koniecznie Saroltę chciał wychować za mężczyznę, nauczył ją powozić powozem, polować na zwierzynę, podziwiając jej energię i nazywając ją Sandorem. Z drugiej strony ojciec Sarolty — waryat widocznie — syna wychował za dziewczynę, nakazując mu noszenie odzieży kobiecej. Farsa ta skończyła się do-

piero, gdy chłopak miał lat 17 i wstąpił do szkoły wyższej męskiej. Sarolta pozostała pod wpływem ojca aż do 12 roku życia, później przybyła do babki swojej w Dreźnie. Babka ta, widząc, że sport ów męski przekracza wszelkie już granice, Saroltę oddała na pensję panięską, zmuszając ją do noszenia odzieży kobiecej. W 13-ym roku życia Sarolta, wydając się za chłopca, zawarła stosunek miłosny z pewną angiolką i w jej towarzystwie uciekła z pensyi. Sarolta w następstwie powróciła do matki, która jednak żadnego wpływu na córkę wyrzucić nie mogła. Córka albowiem ponownie przybrała ubranie męskie i co rok przynajmniej raz zawierała stosunek miłosny z inną kobietą. Swoją drogą, Sarolta otrzymała wychowanie pierwszorzędne, wiele podróżowała z ojcem, zawsze nosząc kostyum męski, emancypowała się jak tylko mogła, uczęszczając do kawiarni męskich i t. d. Sandor często upijał się, uprawiał wszelkiego rodzaju sporty męskie i nawet doskonale władał szpadą. Sandor szczególny pociąg odczuwał do kobiet samotnych, aktorek etc. już nie pierwszej młodości. Sarolta oświadczyła, że nigdy a nigdy nie odczuwała najmniejszego popędu do mężczyzn i w trakcie czasu nabrała wstrętu do mężczyzn. „Najchętniej — pisze ona — udawałam się na zebrania kobiecie w towarzystwie mężczyzn mniej przystojnych, aby nie zmniejszyli wrażenia, które ja osobiście zrobić mogę.“

„Ile razy zauważyłam, że którykolwiek z mężczyzn podoba się kobietom, zazdrość mnie chwytła. W obcowaniu z kobietami wybierałam sobie zawsze kobiety inteligentne, mniej zwracając uwagi na ich powierzchowność piękną. Miałam niewymowną idyosynkrazję przeciw ubraniu kobiecemu, wogóle przeciw wszystkiemu, co jest kobiecem, lecz tylko co się tyczy mojej osoby, bo osobiście, przeciwnie przepadałam za kobietami.“

Już od lat mniej więcej 10 Sarolta żyła zdala od rodziny swojej i zawsze jako mężczyzna. Miała ona w przeciągu tych lat niezliczone miłości i przyjaźni z różnemi kobietami, podróżując z nimi i trwoniąc pieniądze i długi zaciągając. Równocześnie Sarolta pracowała ciągle w dziennikarstwie i była cenionym współpracownikiem dwóch pism, wydawanych w stolicy. Sarolta co chwila zmieniała przedmiot ubóstwiania, wytrwałości w miłości nie znając. Raz jeden tylko związek miłosny trwał aż trzy lata. Kilka lat temu Sarolta w zamku S. poznała o 10 lat starszą Emmę E. Zakochała się w tej pannie, zawarła z nią kontrakt małżeński i żyła z nią przez trzy lata w stolicy. Nowa miłość, która miała być zdradną dla Sarolty, zniewoliła ją do zerwania małżeństwa. Lecz żona nie chciała zgodzić się na rozwód ten i dopiero po grubej zapłacie Sarolta rozwód

uzyskała. Swoją drogą rozwódka do dzisiejszego dnia jeszcze miąnuje się rozwódką, hrabiną Vay. Jako dowód, że Sarolta potrafiła zrobić wrażenie na inne także kobiety, przytoczono, że Sarolta przed zaślubieniem owej Emmy E. przez czas jakiś żyła z jakąś panną D. Gdy stosunek ten jej się naprzykrzył, D. groziła jej zastrzeleniem, jeśli nie pozostanie jej wierną. Latem 1887 r. Sarolta w pewnej miejscowości kąpielowej poznała rodzinę E., zakochała się w córce, Maryi, i uzyskała wzajemność. Matka panny i kuzynka starały się zapobiedz romansom, lecz daremnie, — przez całą zimę kochankowie korespondowali ze sobą, w kwietniu 1888 r. hrabia Vay przyjechał na odwiedziny i w maju 1888 r. dopiął celu, gdyż Marya, porzucając dotąd zajmowane stanowisko nauczycielki, zaślubiła Sandora w obecności przyjaciela ukochanego S. w altance ogrodowej na Węgrzech, — ślubu dawał wrzekomy ksiądz! Para żyła szczęśliwie po tym wrzekomym ślubie i szczęście to byłoby potrwało dłużej, gdyby nie skarga sądowa teścia! Co do stanu umysłowego Sarolty, można o nim sądzić z przeróżnych rękopisów jej. Pismo zdradza charakter stały, pewny siebie, czysto męski. Wszędzie powtarza się: namiętność dzika, nieuzdana, opór i nienawiść przeciw wszystkiemu, co się sprzeciwia dążeniom serca kochającego i pragnącego wzajemności, miłość poetyczna, gdzie nie ma ani słowa o myśli nieszlachetnej, zapał dla wszystkiego, co jest pięknem i wzniosłem, zamiłowanie do nauk i sztuk pięknych! Rękopisy Sarolty zdradzają odczytanie wielkie w literaturze, znajomość z klasykami wszystkich nieomal języków kulturalnych, cytatai poetów i prozaików każdego kraju. Zapewniono Krafft-Ebing'a nawet, ze strony kompetentnej, że poetyczne i beletrystyczne produkcyje Sarolty ze wszechmiar zasługują na uwagę. Pod względem psychologicznym ciekawymi są listy, pisane do Maryi. Po owem zawstyżeniu, Sarolta życzy sobie tylko zmiany życia na grób! Najgorszem jej nieszczęściem ma być poczucie, że Marya ją dziś sama nienawidzi.

Wobec zdania ekspertów lekarzy sąd uwolnił Saroltę od odpowiedzialności. Hrabianka w męskim stroju powróciła do Budapesztu i ponownie występuje jako hrabia Sandor. Jedynym smutkiem jej jest, że przepadło szczęście miłosne, którego doznawała z Maryą ukochaną.

Drugie spostrzeżenie rażącej perwersyi homoseksualnej cytuje profesor Leon Wachholz w swoim „Podręczniku Medycyny Sądowej“ (Kraków, 1899, pag. 488). Przypadek Müllera („Friedrich's Blätter für gerichtliche Medicin“ etc., 1891, pag. 279): w Niemczech w początku zeszłego wieku zdarzył się przypadek następujący: Katarzyna

Małgorzata Lincken używała skórzanego priapa („ein leder. Ding“) w stosunku płciowym z poślubioną przez siebie żoną, będąc sama kobietą o popędach płciowych homoseksualnych.

Albert Moll przypuszcza, że charakter popędu płciowego jest zawsze wrodzony i zależy od charakteru gruczołu płciowego; dalej, że sugestyjny wpływ wychowania np. męskiego wrzekomego obojnika za dziewczynę, lub naodwrot, jest bardzo nie wielki, że zwykle tylko tamuje naturalny popęd płciowy, odpowiedni danym gruczołom płciowym, lecz nie może go odmienić na przeciwny, czyli przypuszcza, że zarówno popędy normalne heteroseksualne, jak i chorobliwe homoseksualne, są wrodzone. Istnieje rzeczywiście cały szereg spostrzeżeń, gdzie u męskiego wrzekomego obojnika, mylnie za dziewczynę wychowanego, prędzej czy później sama natura zażądała swoich praw, zdradzając popęd płciowy ku kobietom, lecz są i przypadki, gdzie wrzekomy obojnak męski, mylnie za kobietę wychowany, przez całe życie uważał się za kobietę i odczuwał popęd płciowy wyłącznie ku mężczyznom. Fakta takie, zdaje się, przemawiają za tem, że wpływ sugestyjny wychowania dziecka jako chłopca, lub też jako dziewczynę, może być bardzo wielkim i decydującym, szczególnie jeśli gruczoły płciowe są w stanie niedorozwoju i nie funkcjonują.

(*Ciąg dalszy nastąpi*).

II. Przypadek ropnego zapalenia opłucny

pochodzenia promienicowego.

Podał

K. Lidmanowski.

W roku zeszłym miałem możność obserwować zapalenie opłucny pochodzenia promienicowego; ponieważ tego rodzaju cierpienie jest dość rzadko notowane, nietylko w naszej, ale i w zagranicznej literaturze lekarskiej, myślę, że mogę spostrzeżeniem swem podzielić się z szerszym kołem lekarzy.

17/I 1899 r. wezwany zostałem do Pauliny St., kobiety 60-letniej, żony gospodarza. Chora skarżyła się na ciągły kaszel, który rozpoczął się w początkach 1898 r., w kilka dni później chora poczuła silne bóle w prawym boku i dreszcze; bóle pod ciepłymi okładami, jakie chora sama sobie zastosowała, znikły, kaszel tylko nie ustąpił, płwocina wydzielala się w coraz większych ilościach, dreszcze i poty miewała chora codziennie, łaknienie zupełnie znikło, od czasu do czasu występowało rozwolnienie, noce spędzała bezsenne, leżeć musiała ciągle na prawym boku, gdyż leżenie na lewym spowodowało duszność i powiększało kaszel.

Chora, dziedzicznie nie obarczona, przed początkiem tej choroby czuła się zupełnie zdrowa, chorób poważniejszych nie przechodziła, rodziła 4 razy. Od czasu choroby zauważyła szybkie chudnięcie. Warunki życia były złe: bieda i ciężka praca fizyczna, głównie doгляд krów.

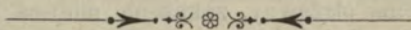
Przy oględzinach klatki piersiowej rzuca się w oczy większa wypukłość połowy prawej, która przyjmuje bardzo mały udział w ruchach oddechowych. Przy opukiwaniu klatki piersiowej po stronie prawej otrzymano zupełne stłumienie z przodu na linii sutkowej na wysokości 3-go żebra, z tyłu na wysokości grzebienia łopatki; z lewej strony stosunki prawidłowe; serce nieco przemieszczone na lewo. Przy osłuchiwaniu w górnym odcinku prawego płuca oddech mocno osłabiony, w dolnej części, na miejscu stępienia, zupełnie zniesiony. Ciężota ciała 38.3⁰, puls 112, słaby, oddech 26 na minutę. Powyższe badanie kazało przypuszczać obecność wysięku w jamie opłucny. Próbné przekłucie pokazało, że mamy do czynienia z wysiękiem ropnym.

10/I 1899 r. przy pomocy kol. Geryna zrobiłem pleurotomię, poczem silnym strumieniem polala się ropa. Rękoczyn powyższy wobec wieku chorej i silnego osłabienia serca zrobiliśmy bez odurzenia chloroformowego. Przy wypływie ropy zwróciła moją uwagę znaczną ilość grudek w ropie, co naprowadziło na myśl, czy nie mamy do czynienia z promienią. Rzeczywiście, przy badaniu drobnowidzowem znaleźliśmy całe kolonie grzybka promienicowego. Tego samego dnia i w badanej płwocinie znaleźliśmy także ten sam grzybek. Wobec powyższego zaleciłem chorej jodek potasu i możebnie lepsze odżywianie. Ciężota na drugi dzień po operacji spadła niżej normy, chora czuła się lepiej, kaszel znacznie się zmniejszył.

Odtąd choroba przebiegała bez gorączki, apetyt jednakże nie poprawiał się, a nawet się zmniejszał, siły słabły, nakoniec przyłączyło się rozwolnienie, co wszystko razem stało się przyczyną śmierci.

naszej chorej w trzy tygodnie po operacji. Oględzin pośmiertnych wykonać nie mogliśmy.

Wobec tego, że u kobiety zupełnie zdrowej naraz wystąpił kaszel z dreszczami, a prawdopodobnie i gorączka, można przypuszczać, że początkowo zakażeniu uległy oskrzela po stronie prawej, a może i pęcherzyki płucne. Bolesność, jaka w kilka dni potem wystąpiła w boku prawym, wskazuje, że zakażenie przeszło na błonę płucną i wywołało jej ropne zapalenie. Kiedy zaś ropy nagromadziła się większa ilość, bóle ustąpiły, a zaczęła zjawiać się duszność i osłabienie. Zewnętrznych żadnych uszkodzeń wykazać nigdzie nie było można i chora stanowczo zaprzeczała, aby takie kiedykolwiek było, trzeba więc przypuszczać, że zakażenie dostało się do płuc z powietrzem, co przy zajęciu naszej chorej było bardzo możebne; oprzątając krowy, miała ciągle do czynienia ze sianem.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

193 — 206. **Wyciąg sprawozdawczy z 13-go zjazdu chirurgów francuskich, odbytego w Paryżu pomiędzy 16 i 21 października 1899 r. (Revue de chirurgie, № 11, Novembre, 1899).**

(*Dokończenie*).

193. Doyen (z Paryża). **Zapalenie otrzewny miednicowej u mężczyzny.**

Zapalenie otrzewny miednicowej (pelviperitonitis) u mężczyzny, rzadka spostrzegane, jak dotąd, powstaje w sposób rozmaity. W niektórych razach sprawa chorobowa szerzy się z dołu ku górze, biorąc początek bądź w gruczole krokowym, bądź w pęcherzykach nasieniowych, w przedziurawieniu odbytnicy, zmianach zapalnych w kości krzyżowej i t. p. Z drugiej znów strony, zapalenie w mowie będące może posuwać się, zstępując ku dołowi, i wtedy bywa najczęściej pochodzenia okołokatniczego (appendicitis). W dwóch takich przypadkach gruźlicy gruczolu krokowego autor rozciął szeroko międzykroczę, otworzył kiszkię stolcową i usunął gruczoł, oraz pęcherzyki nasienne.

194. Rémy (z Paryża). Wyniki dobre tamponady w kilku przypadkach laparotomii.

Przypadki zakażenia otrzewny w przebiegu laparotomii są dosyć częste i ciekawe. Tu należą powikłania takie, jak pęknięcie ropnia okołokatniczego do jamy brzusznej, lub wylanie się tamże zawartości ropnej z dróg żółciowych, jajowodu, pęknięcie, wreszcie, bąblowca i t. p. Jeżeli wylew nastąpi nagle i zleje ropą niezabezpieczone pętle kiszek, zakażenie wówczas szerzy się do kresów, trudno dających się oznaczyć, a każda stracona chwila powiększa tylko rozległość zainfekowanej przestrzeni. W tych razach należy zastosować szybko tamponadę, która może dać wówczas wyniki nader pomyślne. W jednym tego rodzaju przypadku laparotomii autorowi pękł pod ręką duży ropień wątroby, umiejscowiony w pobliżu pęcherzyka; zaskoczony zniechęca operujący pochwyił serwetę, która odgraniczała pole rękoczynowe i, uściskawszy nią mocno jelita, wytworzył w sposób ten wyźłobienie, w którym zebrała się ropa. Po usunięciu tejże jamę wypełniono nową serwetą, poczem nie przepłukując, ani nie zaszywając rany, sprawę pozostawiono przebiegowi własnemu. Chora nie dostała zapalenia otrzewny, zakażenie miejsca nie miało, lubo ropień zawierał laseczniki okrężnicowe. W spostrzeżeniu drugim miano do czynienia z rozległym, pochodzenia okołokatniczego ropniem, również u kobiety, który opuszczał się do miednicy. Na stół operacyjny wniesiono tu chorą in extremis, wobec czego rozpoznanie cierpienia ściśle nie było możliwym. Po wykonaniu cięcia w smudze białej, znaleziono nader rozległe zapalenie otrzewny zlepne (peritonitis adhaesiva); podczas obmacywania jelit pękł ropień olbrzymi, autor zdążył jednak wepchnąć szybko drugą ręką serwetę do brzucha, przyczem wypełnił również tamponem jamę biodrową prawą i miednicę mniejszą. Odływ wydzieliny wygodny pomiędzy macicą i pęcherzem zapewniono przez dren i worek Mikulicza. Ranę pozostawiono ziejącą. Pomimo wynikłej w przebiegu laparotomii perforacji jelita, pomimo tego, że lekarze przywołani tu zostali do wykonania zabiegu wprost od nadprogramowych ćwiczeń na trupach, aseptyka zatem mogła być niedostateczną, konająca już chora wyzdrowiała po laparotomii zupełnie.

Tamponowanie serwetkami unieruchamia, oddziela i okrywa kiszki, nie przepuszczając przedostawania się tamże wytworów gnilnych. Oprócz własności wchłaniania i podtrzymania w jamie brzusznej ciepłoty zwykłej, wytwarza tamże wyźłobienie, t. j. przestrzeń, w której ciecze nagromadzają się drogą osmozy, poczem przez ranę ziejącą spływają na zewnątrz; tamponada, usuwając nadto działanie tłoczni brzusznej, zapobiega wsysaniu się pierwiastków szkodliwych przez naczynia krwionośne lub chłonne. To ostatnie postępuje zwykle tak szybko, że, po przedostaniu się płynu zakaźnego do krwi, stwierdza się jego obecność w limfie już po upływie minut 10, a w dwie godziny potem można odnaleźć zatory w żyłach wątroby i nerek. Warunkiem jednak niezbędnym do tego jest wzmoczenie ciśnienia na ciecze owe ze strony trzewiów; znieść zatem ciśnienie

owe — znaczy zmniejszyć niebezpieczeństwo wessania, a w duchu tym działają właśnie tamponada szczelna i szerokie rozwarcie.

195. **Février** (z Nancy). **Uwagi co do jednego przypadkn kamicy nerkowej.**

Autor przytacza spostrzeżenie kamicy nerkowej, w którym roentgenizacja nie doprowadziła do wyników żadnych i gdzie o słuszności rozpoznania przekonano się tylko drogą rozcięcia nerki (nephrotomia). Podoficer pewien doświadczał od lat sześciu napadów mocnego bólu w okolicy prawej nerki, który powiększał się od wykonywania ruchów. W moczu, zawierającym krew, nie znaleziono nigdy t. zw. piasku, bólom towarzyszyły wymioty oraz bezmocz (anurya), niekiedy nader długotrwały. Obmacywanie niepowiększonej nerki prawej było nieco bolesne. Po wykonaniu operacji z nerki wyciągnięto kamyk wielkości orzecha laskowego, w skład którego wchodziły sole wapnia i fosforu, oraz domieszka pierwiastków organicznych.

196. **Lavaux** (z Paryża). **Rokowanie i postępowanie chirurgiczne wobec krwiomoczu.**

Krwiomocz samoistny jest to jedna z odmian krwotoku, rzadko dla życia groźnego. Rokowanie jest tu zależne od przyczyn wywołujących. Wskazaniem do operacji krwiomocz może być wtedy tylko, gdy powstaje na tle nowotworów nerki lub pęcherza, lub wrzście cierpienia gruźliczego dróg moczowych. Z drugiej strony rekcyzyn chirurgiczny przeciwwskazanym bywa w przypadkach t. zw. krwiomoczu pierwotnego (haematuria essentialis), tam zaś, gdzie powstaje na skutek obrażeń pęcherza, działają bardzo skutecznie zastrzykiwania do wnętrza narządu gorących płynów wyjątkowionych, np. roztworu nasyconego kwasu bornego.

197. **Delange** (z Tournai). **O cięciu przez pochwę (colpotomia) w przypadkach krwisteku zamacicznego (haematocele retrouterinum).**

Na mocy 16 spostrzeżeń odnośnych autor mniema, że operowanie przez pochwę, podjęte w późnym okresie cierpienia, jest skutecznem i mniej, niż laparotomia, niebezpiecznem. I w tych razach nawet, gdzie kolpotomia nie wieńczy się odrazu wynikiem pomyślnym, wyleczenie otrzymuje się jednak z postępem czasu, a chorej zaoszczędza się, bądź co bądź, operacji cięższej. Dalej, dzięki czynnikom takim, jak szybkość wykonania, umiarkowane wewnątrzotrzewnowe manipulacje, odczyn ogólny nader słaby, możność wprowadzenia spadzistego drenu à demeure, cięcie przez pochwę bardziej musi być właściwem od laparotomii, w przebiegu której z wielką trudnością połączonem bywa oddzielenie torby od ścian kruchych.

198. **Adenot** (z Lyonu). **Nabłoniak pochwy pierwotnej. Postać zanikowa o przebiegu powolnym.**

Nabłoniak (epithelioma) pierwotny pochwy jest cierpieniem rzadkiem, lubo nie wyjątkowem. W jednym takim przypadku, po wy-

cięciu, nie zauważono nawrotu już w ciągu lat trzech. Cierpienie dotyczyło młodej jeszcze kobiety, która dostała nowotworu w 30-ym roku życia. W rok później badanie wykryło w górnej trzeciej części ściany tylnej pochwy obecność guzika, większego nieco od 2 fr. monety, który przypominał z wyglądu masę ziarninową o dnie fioletowym, nie wrzodziejącą. Obmacywanie guza twardego, o spistości skórki pomarańczowej, było dosyć dla badanej bolesne. Wyzdrowienie po operacji nastąpiło wkrótce, obecnie stan chorej ogólny jest wyborny.

Pozzi rozróżnia dwie postaci pierwotnego nabłoniaka pochwy: bujającą i naciekową, obie o rozwoju szybkim. U danej wszelako chorej sprawa postępowała naprzód powoli, nie zdradzając skłonności do owrzodzeń, wobec czego do dwóch powyższych odmian autor proponuje dołączyć trzecią jeszcze — postać powolną, którą zwie cancer atrophique du vagin.

199. Lucas-Championnière (z Paryża). Wycofanie opatrunków unieruchamiających z terapii cierpień stawowych.

Leczenie cierpień stawowych polega na zagnieżdżonej oddawna w umysłach lekarzy rutynie, poczytującej za najlepsze unieruchomienie zajętego przez sprawę zapalną stawu. Jeśli, wszelako, unieruchomienie owo jest do pewnego stopnia dla stawu pożyteczne, to z drugiej strony dla odżywiania narządu staje się arcy-niekorzysnym. Nadto podtrzymywanie ruchu jest warunkiem co do zapewnienia powrotu sprawności czynnościowej niezbędnym, o czym przekonano się już nieraz w przypadkach złamań naprzykład, wobec których niepotrzebnie najczęściej unieruchamia się kończynę z taką staraunością i na tak długo.

Wobec ran stawowych działa nadzwyczaj skutecznie leczenie odkażające, trzeba tylko antyseptyki przestrzegać tu bardzo dokładnie; rany takie goją się wówczas i bez unieruchomienia, a zdolność czynnościowa zachowana zostaje lub powraca nader szybko. Dalej, w przypadkach takich, gdzie staw trzeba było otwierać (arthrotomia) lub rezekować częściowo (arthrectomia), autor przynagla operowanego do wykonywania ruchów możliwie jak najwcześniej i nie nakłada przyrządów unieruchamiających; to też wyniki miewa daleko lepsze od wielu innych chirurgów, którzy za ideał zejścia uważają w razach tych zeszytnienie (ankylosis); nadto, wczesne wykonywanie ruchów w nowych zespoleniach stawowych pomaga bardzo do osiągnięcia w przyszłości funkeyi stawu doskonałej.

Sprawy zapalne w stawach pochodzenia gruźliczego jeszcze mniej wymagałyby unieruchomienia. To jednak ostatnie może być wskazane tam, gdzie bóle dokuczają choremu bardzo; wobec braku powikłania tego, zachowanie do pewnego stopnia ruchów bardziej sprzyja wyzdrowieniu, niż immobilizacya bezwzględna. Autor spstrzegł też wiele przypadków t. zw. guzów białych kolana, gruźlicy stawu łokciowego lub golenio-stopowego, w których otrzymał wyzdrowienie trwałe z ruchomością dobrą. W razach tych uciekano się też nieraz z powodzeniem wielkiem do przyżegania, stosowano pla-

ster Scott'a, zastrzykiwano w głąb stawu mleczanę jodoformową lub naftol. Ze spostrzeżeń najciekawszych autor przytacza jedno, dotyczące osobnika, który w 7-ym roku życia przechodził gruźlicę stawu golenio-stopowego i za pomocą metody autora wyleczony był tak doszczętnie, że mógł odbyć powinność wojskową bez przeszkody; dalej, pewna 11-letnia dziewczynka zapadła w 5-ym roku życia na ropienie w stawie kolanowym nader ciężkie. I tu leczenie bez unieruchomienia dało wynik dobry i bardzo prędko, dziewczynka bowiem ta ma dziś kolano całkiem giętkie i mocne.

200. **Faure (z Paryża). O podwiązywaniu tętnic czasowem.** — Dr. F. sądzi, że w przebiegu niektórych wielkich operacji, gdzie oszczędzanie krwi jest koniecznem, podwiązywanie tętnic większych jest, rzecz prosta, całkiem na miejscu. Ale prawdą jest również, że tkanki, odżywiane przez nie, znajdują się w warunkach niepomyślnych na przyszłość. Rozsądniejszym jest zatem zadośćuczynić wymaganiom obu, t. j. i krwi zaoszczędzić i przywrócić krążenie w miejscu operowanem. Pod względem tym podwiązka czasowa posiada wyższość niezaprzeczoną nad chwytniem naczynia w pensety, te ostatnie bowiem trzymają wtedy tylko, gdy zaciśnięte są mocno, a wówczas miażdżą ścianę tętnicy lub żyły całkiem niepotrzebnie; nadto podwiązka taka może być każdej chwili, w razie potrzeby, zamieniona na ligaturę stałą. Do podwiązywania czasowego najlepiej jest używać katgut, którym naczynie ściska się lekko, byle tylko przerwać strumień krwi, nie wywołując uszkodzenia ściany. Po związaniu katgut na zwykły węzeł, tenże trzymać należy w pensecie, którą wystarczy zdjąć w chwili właściwej, by węzeł rozwikłał się sam przez się; podwójny — przecina się. Z chwilą ukończenia operacji i dokonania podwiązek niezbędnych, krwiobieg w naczyniach, podwiązanych czasowo, przywraca się znowu, poczem płąt odzyskuje swe odżywianie obfite. Wartość metody powyższej wypróbowaną została niejednokrotnie w spostrzeżeniach właściwych. W jednym np. przypadku mięsaka kostnawego (osteosarcoma), gdzie należało dokonać wyłuszczenia uda ze stawu, autor zastosował podwiązanie naczyń czasowe i stwierdził tu zagojenie niezwykle prędkie. Również po wycięciu macicy u chorej na raka przywrócono w ten sposób krwiobieg w jednej z wewnętrznych tętnic biodrowych (a. iliaca int.). Najciekawsze, wszelako, spostrzeżenie dotyczyło pewnego osobnika, u którego wypadło usunąć olbrzymich wymiarów mięsaka kości biodrowej i gdzie podwiązkę czasową nałożono na tętnicę brzuszłą główną (aorta abdominalis), przyczem ligatura sprężysta, trzymana w pensecie, zwieszała się na zewnątrz rany brzucha. Podwiązka usunięta została nader łatwo w chwili właściwej, t. j. po zaszyciu brzucha.

201. **Guillemain i Mally (z Paryża). Ucisk nerwu łokciowego przez wybujalą i nieprawidłową kostną; porażenie i odczyn zwyrodnienia. Wyswobodzenie nerwu i wyzdrowienie.**

Przypadek dotyczy pewnego osobnika, który w szóstym roku życia uległ złamaniu lewego łokcia; po upływie 26 lat od wypadku

wystąpiły objawy porażenia w kończynie poszwankowanej, jak brak pobudliwości w nerwie łokciowym na wysokości napiętko; odczyn zwyrodnienia ze strony mięśni, pozostających w stanie zaniku i t. p. Siłomierz dla ręki lewej pokazywał 5, gdy dla prawej 38 kilo. Operacja polegała na wyswobodzeniu nerwu z uciskającego tenże kanału kostno-włóknistego i wyskrobaniu (évidement) tego ostatniego. Zwyrodniały przez ostrą sprawę zapalną nerw był powiększony i zgęsty. Wynik zabiegu był tu bardzo pomyślny, lubo poprawa następowała niezwykle wolno. W trzy lata po operacji siłomierz ręki lewej wskazywał 32 kilo, po stronie zdrowej 40. Operowany oświadcza, że sprawność ręki lewej w niczem nie ustępuje ręce prawej.

202. Xavier Delore (z Lyonu). **O rezekcyi wczesnej w przypadkach zakaźnego zapalenia stawu kolanowego w następstwie ran drażących kolana.**

Wobec zapalenia stawu kolanowego natury zakaźnej, wytworzonego przez ranę kończyny drażącą, chirurg współczesny nie waha się dokonać rozcięcia, przemycia i przedrenowania stawu. Lecz arthrotomia, przeprowadzona *larga manu* nawet w niektórych razach zaledwie zapewnić może wynik pomyślny, chory bowiem taki często ulega posocznicy, poczem ratować go wypadnie amputacją chyba. — Lepiej więc będzie czasu na drenowanie nie tracić i przystąpić wczesnie do wykonania rezekcyi. Rękoczyn ten działa skutecznie nie tylko drogą wycięcia tkanek zakażonych, lecz również dzięki utowaniu wydzielinie dogodnego odpływu za pomocą przecignięcia drenów pomiędzy powierzchniemi kostnemi, który po rezekcyi, warunkującej częściową utratę istoty kostnej, nie stykają się więc ze sobą. Podczas rezekcyi należy usunąć przedewszystkiem kłykiec udowy, t. j. skrócić dolny odeinek kości udowej na 3 do 4 ctm., co wystarczy, by drewny wprowadzone nie były uciśnięte. Cięcie prowadzić należy dosyć szeroko, wtedy bowiem tylko wykonać można dokładnie odkażenie, obmycie i przedrenowanie stawu. Na sposób Moreau'a cięcie wykonywa się w postaci litery H, do którego dodaje się boczne, przebiegające w kierunku spadzistym przeciwcięcia (*contraper-turæ*). Dren wprowadza się zwykle od strony dołu podkolanowego (*fossa poplitea*) na zewnątrz od nerwu kulszko-podkolanowego zewnętrznego (n. *ischio-popliteus ext.*), uchylek trójgłowy (*cul de sac tricipitalis*) otworzyć trzeba dostatnio, kości nie zeszywać przez wzgląd na skuteczność działania drenu. Lubo ruchomość kolana nie będzie po rezekcyi taką, jak po artrotomii, po której sprawność czynnościowa zachowaną zostaje w 50%, jak powiadają, przypadków, za to jednak nie naraża się chorego na amputację możliwą, w pogoni za zachowaniem całości ruchów, nie mówiąc już o zejściu całkiem niepomyślnem. Przeciwnie, rezekcyja, usuwając prawdopodobieństwo wyniku złego, pozostawia operowanemu kończynę dlań pożyteczną, choć krótszą. Pogląd taki popiera dziś wielu chirurgów, między innymi Poncet i Lagoutte, z których ostatni miał również kilka tego rodzaju przypadków, zakończonych pomyślnie.

203. Ménard (z Berek-sur-Mer). **Technika rezekcyi w przypadkach gruźlicy stawu biodrowego, powikłanych bólami.**

Rezekcyja biodra, toczona przez gruźlicę, wskazaną bywa wobec ropni i bólów w stawie (coxalgia), a nadto w przypadkach, wnikających się przez przetoki świeże lub zadawnione. W pierwszym szeregu spostrzeżeń operacyę wykonywa się z uwzględnieniem ściśle metody bezgnilnej i ranę goi drogą rychłozrostu, w pozostałych dwóch rodzajach gojenie odbywa się per secundam. Zgodnie z występującem najczęściej umiejscowieniem ropnia, cięcie prowadzi się od przodu pionowo, po ominięciu osca kości biodrowej przednio-górnego (spina ossis iliaci ant. sup.), i uzupełnia się je przez drugie cięcie poziome, które wyswabadza zupełnie krętaż większy. Po przecięciu szyi udowej usuwa się główkę, zwichnięcia przedwstępnego należy unikać, gdyż zabiegi tego rodzaju mogą doprowadzić do złamania uda, które jest kruchem zwłaszcza w razie zastarzałej sprawy zapalnej. Z jamy stawowej wyskrobać trzeba doszczętnie wszelkie złoży i grzybowate narośle, panewkę okrwawić, przedziurawienia w teźże rozszerzyć, martwaki pousuwać, jak również ogniska wewnątrzmięśniowe. Jeżeli wszystkie rękooczyny powyższe wykona się dokładnie, można, po zaszyciu rany, obejść się bez drenu, poczem unieruchamia się kończynę w położeniu odsiebne i w wyciągu.

W sposób ten otrzymano wyzdrowienie u 19 osobników operowanych.

W niektórych przypadkach, gdzie ranę drenowano czas dłuższy, wytwarzały się wprawdzie niewielkie przetoki, lecz i te ostatnie powiodło się zagoić doszczętnie. Wybitnemu, na skutek trakcyi, opuszczeniu się krętaża większego zawdzięczać należy brak skrócenia kończyny operowanej lub skrócenie nader nieznaczne, na 1 — 2 ctm. Tam, gdzie przetoki były świeże, nacisk szczególny wywierano głównie na wyskrobywanie ognisk sumienne i w razach tych wyleczenie następowało zwykle po upływie 4-eh do 5-ciu miesięcy. Na zasklepienie się przetok starych składały się, rzecz prosta, dłuższe okresy czasu, kość bowiem biodrowa jest tu często siedliskiem zapalenia szpiku wtórnego, co wyzdrowieniu przeszkadza bardzo.

204. Chipault (z Paryża). **O leczeniu owrzodzeń nafury żyłakowatej za pomocą wyciągania nerwów.**

Pomyślne wyniki, które autor otrzymuje już od lat pięciu w przypadkach wrzodu dziurawiącego stopy (malum perforans pedis) za pomocą metody, opartej na wyciąganiu nerwów, skłoniły go do zastosowania tej ostatniej i wobec bardziej kapryśnych jeszcze owrzodzeń goleni żyłakowatych. I tu, jak tam, zabieg powyższy jest obliczony na wzmożenie się czynności twórczej tkanek, zależne od wyciągania nerwów.

Leczenie to, całkiem nowe, odbywa się we dwa tempa:

1) Pierwszem jest wyciągnięcie nerwu, dokonane na miejscu owrzodzenia lub nieopodal. Tu pamiętać należy, że odległość nerwu zbyt znaczna zniweczyć może wpływy odżywcze; z drugiej znów strony nie można operować i zbyt blisko ze względu na zmiany i za-

każenie tkanek sąsiednich. Wybiera się nerw podskórny wewnętrzny (n. saphenus int.) bądź na wysokości pierścienia, bądź też w części górnej podudzia; dalej — nerw kulszo-podkolanowy (n. ischio-pluteus) na wysokości główki strzałkowej lub w miejscu rozwidlenia, wreszcie — nerw podskórny zewnętrzny na powierzchni tylnej łydki. Najczęściej, z uwagi na zwykle owrządzeń gołeniowych umiejscowienie, manipulacji owej dokonywa się z n. podskórnym wewnętrznym, niekiedy wraz z n. mięsno-skórnym (n. musculocutaneus), przyczem operujący nie stosuje nigdy wysiłku większego, ponieważ u osobników z żyłakami nerwy kończyny dolnej są kruche.

2) Co się tyczy leczenia owrządzeń bezpośredniego, w razie istnienia ognisk rozległych z dużemi naokół uszkodzeniami skóry, wykonywa się wyskrobywanie doszczętne w celu przemiany rany cuchnącej i modzelowatej na okrwawioną świeżo i zdrową. Osobnikom, mającym owrządzenia niewielkie, wykrajac trzeba na podudziu długi pas skóry, zawierający w sobie owrządzenie, ranę oczyścić aż do powięzi, brzegi zaś — ściągnąć szwem, o ile można. Sprężystość skóry na podudziu jest bardzo znaczna, lecz daje znać o sobie zwolna tylko; po kilkuminutowem oczekiwaniu zauważa się nieraz z podziwem, że ranę udaje się zaszyć, nawet bez osobliwszego napięcia, ranę, która na oko wydawała się zrazu niemożliwą do zwarcia. Postępując w sposób powyższy, można nieraz zagoić owrządzenie pod jednym opatrunkiem per primam, bo, zresztą, i operacja ta działa na żyłaki, niby pończoszka sprężysta, polepszając w kończynie warunki krążenia i przeciwdziałając nawrotowi. Oczywiście, w okresie leczenia, choremu zalecić należy odpoczynek w łóżku; tenże, siedząc, goleń trzymać powinien podniesioną wysoko i zaopatrzoną w opaskę uciskającą. Autor stosował metodę swą z powodzeniem wielkiem już w pięciu przypadkach owrządzeń podudzia; w dwóch z nich nie otrzymano nawrotu już od lat dwóch.

205. Morestin (z Paryża). **Leczenie operacyjne stopy płaskiej.** W niektórych przypadkach zastarzałej stopy płaskiej konieczność podejmowania rękoczynu chirurgicznego może być omawianą nader szeroko. Amputacja kości skokowej wydaje się tu autorowi sposobem najodpowiedniejszym, a operację tę wykonano ze skutkiem zadowalniającym w 5-ciu bardzo nawet spóźnionych przypadkach. Dołączając do tego spostrzeżenia świeższe, otrzymujemy kazuistykę, która składa się z 40 operacji odnośnych. Wszyscy operowani z punktu widzenia chirurgicznego wyzdrowieli zupełnie, rękoczyny wszelako wykonanemi zostały tu nadto niedawno, by sąd co do ich skuteczności wydawać na pewno. Jeden zaledwie z osobników owych przekroczył już termin roczny, licząc od chwili wykonania operacji: człowiek ten ma podeszwę dobrą i wydrążoną dostatecznie; sądzić zatem wypadnie, że leczenie chirurgiczne jest właściwem w razach omawianych, bo, choć trwa długo, zapewnia jednak wynik pomyslny.

206. Maudaire (z Paryża). **Wycięcie kości skokowej wobec stopy końsko-koślawej.**

Dziecko pewne poddane zostało w trzecim roku życia operacji rozcięcia ścięgna (tenotomia) Achillesa bez wyniku wszelako dodatniego, poczem w ciągu lat dziewięciu chodziło bez aparatu. Za pomocą obmacywania i prześwietlenia przekonano się, że przyczyną wykrzywienia było tu przedewszystkiem zwichnięcie niezupełne (subluxatio) kości skokowej, za czem szło w ślady zmieszczenie się (deviatio) kości stępu (tarsus), pozostających zresztą w stanie prawidłowym zupełnie. Po wykonaniu wycięcia kości skokowej (astragalektomia) otrzymano nastawienie stopy zupełne, jakkolwiek, swoją drogą, trzymano tu stopę w opatrunku unieruchamiającym przez trzy tygodnie w celu umocowania kości piętowej w miejscu właściwym. Z postępem czasu w stawie golenio-stopowym ruchy wyrobiono całkiem prawidłowe, rentgenizacja zaś wykazała, że powierzchnia górna osadzonej mocno kości piętowej przyjęła zarysy walca skokowego (talus); koniec przedni kości piętowej (calcaneus) uniesionym został ku górze, na czem zyskało tylko sklepienie podeszwy, z wyglądu przypominającej zupełnie podeszwę zdrową.

K. Niedzielski

II. Syfilidologia.

207. A. Fournier, profesor w Paryżu. **Niebezpieczeństwo społeczne przymiotu** 1). (Danger social de la syphilis. — Odbitka z Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1899, str. 40).

Przymiot stanowi niebezpieczeństwo społeczne w czworaki sposób: 1) przez szkody, które wyrządza chorym; 2) przez szkody, które wyrządza całym rodzinom; 3) przez skutki dziedziczności a między niemi przedewszystkiem przez nadzwyczajną śmiertelność u dzieci; 4) przez zwyrodnienie potomstwa.

Co do 1), niema żadnej wątpliwości, że przymiot jest chorobą bardzo poważną, ciężką, niekiedy nawet bardzo ciężką. Pod względem rokowania objawy przymiotu dzielą się, naturalnie, na dwie grupy. Jedne są dobrotliwe, przynajmniej względnie dobrotliwe, powierzchowne, przemijające, które, wprawdzie, nieraz mogą być nawet

1) Na życzenie Sz. Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ przetłómaczyłem *syphilis* przez *przymiot*, wyraz niewątpliwie dobry, już przez Oczkę używany, atoli niedogodny; mojem zdaniem, wyraz *kila* jest najodpowiedniejszym mimo wszelkich zarzutów, które go spotykają ze strony kolegów warszawskich. I ten pogląd podziela zupełnie krakowska komisya terminologiczna, która nad tą sprawą zastanawiała się długo i zajrzała do źródeł stosownych.

nader przykre, jednakowoż prawie nigdy nie zagrażają ani całości żadnego organu ani życiu. Zowiemy je zwykle drugorzędnymi. Drugie przeciwnie stanowią zmiany głębokie, miąższowe w tkaninach, prowadząc nierzadko do ich zniszczenia, a nieraz nawet zagrażają życiu. Stanowią one to, co zowiemy zmianami trzeciorzędnymi.

Co do kwestyi, jak często zjawiają się w przymiocie zmiany trzeciorzędne, nie można oczywiście przytoczyć żadnych w tej mierze liczb z tej prostej przyczyny, iż tylko bardzo rzadko możemy obserwować chorych od początku do końca. Tyle pewna, że występowanie zmian trzeciorzędnych zależy od bardzo wielu okoliczności, jak wieku, konstytucyi, poprzedniego stanu zdrowia, usposobienia dziedzicznego lub nabytego, leczenia. Zmiany trzeciorzędne pojawiają się bardzo pospolicie u osób albo wcale nieleczonych albo leczonych tylko niedostatecznie.

W ogólności zmiany trzeciorzędne znajduje się pospolicie i u mężczyzn i u kobiet i we wszystkich klasach społecznych, tak w praktyce prywatnej, jak i szpitalnej.

Na pytanie, jakie są najpospolitsze i najgroźniejsze objawy trzeciorzędne przymiotu, odpowiada autor statystyką, odnoszącą się do chorych na przymiot 4,000 mężczyzn i 400 kobiet, przez siebie samego obserwowanych. U tych przeto 4,400 chorych znaleziono zmiany trzeciorzędne w skórze 1,451, pod skórą 204, w kościach 519, w narządzie wzrokowym 110, w mózgu 758, w rdzeniu pacierzowym 135, wiađ rdzenia 631, porażenie postępowe 83, zmiany w kościach nosa i w podniebieniu 229 razy i t. d. Razem znaleziono 5,749 różnych zmian.

Z wykazu tego widać, że obok zmian trzeciorzędnych skóry najczęstsze są zmiany w układzie nerwowym, a mianowicie w mózgu; gdy bowiem było pierwszych 1,451, drugich aż 1,857; można przeto powiedzieć, iż układ nerwowy pada najczęściej ofiarą zmian trzeciorzędnych w przymiocie do tego stopnia, iż znany profesor Raymond w Paryżu oświadcza wprost, że przymiot jest najpospolitszą przyczyną chorób układu nerwowego.

Co do rokowania w przymiocie mózgu, to na 354 przypadki (z ogólnej liczby 743), o których autor ma dokładną wiadomość, skończyło się zupełnem wyleczeniem 79 czyli 22%, 66 (19%) zginęło, a 209 (59%) skończyło się pozostawieniem rozmaitych ciężkich zбочenych chorobowych, przedewszystkiem w zakresie bądź ruchu, bądź czynności psychicznych, bądź jednego i drugiego razem; tylko więc 22% skończyło się pomyślnie, reszta zaś zginęła lub skończyła się w sposób prawie równy śmierci.

Nie jestto jednak bynajmniej jeszcze wszystko, gdyż doliczyć jeszcze trzeba choroby następcze przymiotu, czyli choroby parasyfilietyczne, nie będące wprawdzie przymiotem, ale z niego najczęściej pochodzące, t. j. wiađ pacierzowy i porażenie postępowe. Co do wiađu, to w przytoczonych 4,400 przypadkach autora zajmuje on trzecie miejsce z 631 okazami. Tak wiađ rdzenia, jak i porażenie postępowe są ciężkimi, dla terapii przeciwprzymiotowej nieprzy

stępnymi i wogóle nieuleczonemi schorzeniami układu nerwowego skutkiem najczęściej przymiotu.

Co do 2-go. Przymiot stanowi niebezpieczeństwo dla rodziny trojaki: przez zarażenie żony, przez rozłączenie lub rozdzielenie małżeństwa i przez upadek materialny rodziny skutkiem niezdolności do pracy jej głowy.

Przez wspólność małżeńską, przymiot przenosi się z męża na żonę. Kobieta niewinna dostaje choroby ciężkiej, niebezpiecznej, uważanej za hańbę i to dostaje jej przez zupełnie legalne pożycie z mężem. Skutkiem tego dzieci z takiego małżeństwa obustronnie przymiotem zarażonego spłodzone, są wystawione na obustronne również dziedzictwo (*hérédité mixte*), bez porównania szkodliwsze i więcej zabójcze; niż przymiot samego tylko ojca lub samej tylko matki. Według statystyki autora, na 100 kobiet przymiotem dotkniętych przypada około 20 zarażonych przez mężów.

Oczywistą jest rzeczą, iż największa część mężatek, zarażonych przymiotem przez swych mężów, ma jasne wyobrażenie o rodzaju choroby w ten sposób nabytej, skutkiem czego wiele z nich dostaje łatwo zrozumiałego wstępu do swych mężów, lub nawet dąży wprost do rozerwania takiego małżeństwa.

Ponieważ, jak podano wyżej, przymiot ze wszystkich organów nagabuje najczęściej układ nerwowy, a z niego znów najpospoliciej mózg, przeto następstwem tego są takie upośledzenia czynności mózgu, jak ruchu i władz psychicznych, które albo same przez się prowadzą do śmierci, albo wywołują takie zniechęcenie, że wszelka praca, a stąd i utrzymanie rodziny, muszą szwankować; ruina przeto rodziny jest bardzo pospolitą następstwem przymiotu u ojca.

Co do 3-go, przymiot stanowi niebezpieczeństwo społeczne przez następstwa dziedziczności, a mianowicie przez nadzwyczajną śmiertelność u potomstwa. Na szczęście następstwa te dadzą się uniknąć przez odpowiednie a energiczne leczenie; w przeciwnym bowiem razie przymiot byłby najważniejszym czynnikiem wyludnienia.

Przymiot albo nieuleczony, albo leczony niedostatecznie prowadzi bardzo często do poronienia w pierwszych miesiącach ciąży, do porodu przedwczesnego, do śmierci bądź wkrótce po przyjściu na świat, bądź w kilka tygodni później, bądź wreszcie do wystąpienia późnych form przymiotu dziedzicznego. To działanie zgubne przymiotu powtarza się bardzo często za każdą ciążą, a autor przytacza przypadek, w którym matka chora na przymiot i mająca męża także na przymiot chorego poroniła naprzód 12 razy, następnie miała czworo dzieci żywych, z których troje umarło w wieku bardzo wczesnym, jedno zaś żyje jeszcze w stanie ogólnego charłactwa i z krzywicą. W ten sposób przymiot jest przyczyną niepłodności wielu małżeństw.

Ten wpływ szkodliwy na potomstwo zależy zresztą od wielu jeszcze innych okoliczności, jak położenie społeczne, trwanie choroby płci osoby przymiotem dotkniętej. Dziedziczność po ojcu nie jest tak szkodliwą, jak po matce. W mieście waha się śmiertelność potomstwa przymiotowego między 60 a 61%, w szpitalu zaś między

84 a 86%. Co do wpływu trwania przymiotu, to najszkodliwszym jest on w pierwszych trzech latach, później maleje, a wreszcie znika, lubo bardzo powoli. Najniebezpieczniejszym jest pierwszy rok od infekcyi. Dla przykładu przytacza autor, że u 90 kobiet zarażonych przez mężów w pierwszym roku ich przymiotu 50 razy ciąża zakończyła się poronieniem lub porodem przedwczesnym, 38 razy urodzeniem dzieci, które zmarły wkrótce po przyjściu na świat, a tylko dwa razy urodzeniem się dzieci, które utrzymały się przy życiu.

Co do 4-go. Zboczenia w odżywianiu (*dystrophies*) i zwyrodnienia pod wpływem dziedziczności przymiotu, od niedawna dopiero badane mają wspólne znamię upadku, braków, zmniejszenia energii żywotnej, nie są jednak właściwym przymiotem, lecz tylko jego następstwem.

Idąc za Edmudem Fournierem (*Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis*), zboczenia tu należące można po dzielić na trzy gromady:

1) Nagabujące dane indywiduum tylko częściowo, t. j. występujące tylko w jednym układzie, w jednym tylko odcinku układu, nawet w jednym tylko organie.

2) Nagabujące cały ustrój.

3) Najrzadsze i do określenia bardzo trudne cechujące się pewnym nadmiarem i stąd prowadzące do potworności (*monstruosités*).

Do pierwszej gromady liczymy tak pospolite zboczenia w zębach, oddawna znane jako cecha dziedzicznego przymiotu, w szczęce dolnej, wargę zajęczą, rozmaite postaci zboczenia kości czaszkowych, nosowych, nieprawidłowości narządu wzrokowego i słuchowego, stosu kręgowego, kości kończyn, zboczenia w mózgu i rdzeniu pacierywym, wrodzone wady serca i naczyń, tudzież organów płciowych.

Do drugiej gromady należą wrodzone zboczenia konstytucyi, odporności żywotnej rozmaitego stopnia i rodzaju, w różnym wieku ukazujące się.

W pierwszym wieku to zboczenie wrodzone przedstawia znany dobrze typ poroniałka przymiotowego (*avorton syphilitique*), istoty wychudłej, wątłej, zanikłej, z klasycznymi rysami twarzy starca, zwykle w krótkim czasie po przyjściu na świat ginącej.

Później występuje typ o wiele rzadszy, typ dziecka słabowitego (*valétudinaire*), o ziemistej barwie skóry, z mięśniami słabo rozwiniętymi, ciągle chorego, usposobionego do wszelkich chorób zakaźnych, mianowicie gruźlicy.

W każdym wieku nakoniec ten przymiot dziedziczny może objawiać się w postaci słabej żywotności (*fragilité de vie*), t. j. zmniejszenia się odporności na wszelkie wpływy zewnętrzne. Dzieci takie umierają nieraz całkiem niespodziewanie, a najdokładniejsze nawet badanie zwłok nie wykrywa żadnej widocznej przyczyny śmierci.

Typ drugi ogólnych zboczeń odżywiania przedstawia wstrzymanie całego rozwoju fizycznego, objawiające się małością kadłubka i drobnością reszty ciała.

Trzeci typ dziedziczności przymiotu stanowi krzywica (*rhachitis*) ze znanymi objawami. Lubo wbrew mniemaniu Parrota nie każdy przypadek krzywicy pochodzi z przymiotu, to jednak niewątpliwa, że przymiot dziedziczny bardzo pospolicie ukazuje się w postaci krzywicy.

Co do trzeciej gromady, niema wątpliwości, że lubo rzadko, przymiot dziedziczny może prowadzić do wielkich zboczeń w rozwoju, jako braków w postaci potworności. Edmund Fournier zebrał z piśmiennictwa 23 przypadki zupełnie pewne tego rodzaju.

Ostatecznie przeto biorąc rzecz ogólnie, można powiedzieć, że przymiot, lubo prowadzi do zwyrodnienia, t. j. do braków w ustroju pojawiających się i pojawiać się mogących w całym organizmie, przecież dzieje się to najczęściej w zakresie układu nerwowego.

Pytanie teraz, jakie jest potomstwo indywiduów pod wpływem przymiotu dziedzicznego uległych rozmaitym zbożeniom odżywiania i rozwoju.

W niektórych przypadkach niema żadnego potomstwa, indywidua bowiem, o które chodzi, są nieplodne bądź z powodu wad rozwojowych organów płciowych, bądź z przyczyny niedostateczności ogólnego rozwoju, niedołęstwa umysłowego i t. p.

Jeżeli jednak potomstwo już jest, może ono być zupełnie zdrowe i tak bywa pospolicie, albo też nosi ono na sobie znamiona dziedzictwa w ten sposób, iż u wnuków objawia się przymiot dziadków w postaci pewnych zbożeń np. koścea lub oczu. Jestto przeto dziedzictwo drugiego stopnia. Barthélemy widział w ten sposób najrozmaitsze zbożenia odżywiania i rozwoju, jak np. rozmaite wady i braki, dziecinny stan organizmu, krzywicę, rozmaite zbożenia w formacji kości czaszkowych, stan nerwowy, padaczkę, upośledzenie władz umysłowych, nawet wrodzoną głupotę.

Krótko mówiąc, przymiot dziedziczny może działać na płód w sposób jak najszkodliwszy, mianowicie przez skłonność do poronienia, tudzież płodzenie dzieci albo nieżywych, albo wkrótce po urodzeniu się umierających. Tak np. z 81 ciąży w małżeństwach, z których jedna połowa dotknięta była przymiotem dziedzicznym, zakończyło się 28 poronieniem, 13 porodem przedwczesnym dzieci nieżywych, 7 porodem dzieci wkrótce po przyjściu na świat zmarłych, a tylko 33 porodem dzieci, które utrzymały się przy życiu.

Nastęcza się teraz pytanie, czy wobec takiego znaczenia przymiotu ma społeczeństwo prawo i obowiązek bronić się publicznie przeciw tej chorobie. W tej mierze słyszeć można zdanie osób nawet bardzo poważnych, że przymiot ani nie spada z nieba, ani nie udziela się w sposób niewiadomy, że przymiotu dostaje się przez wiadome wystawianie się na niebezpieczeństwo: niech przeto każdy, mając rozum, sam się broni przed niem.

Ażeby rozstrzygnąć to pytanie, sporządził Edmund Fournier statystykę, opartą na 11,000 przypadków przymiotu (10,000 u mężczyzn, 1,000 u kobiet) w celu przekonania się, w jakim wieku i w jakim stosunku do wieku dostaje się przymiotu przez zetknięcie się płciowe. Otóż wypada z tej statystyki, że dostają przymiotu

najczęściej mężczyźni między 20 a 26 rokiem, kobiety zaś między 18 a 21 rokiem życia, przyczem największa liczba przypada u mężczyzn na 23, u kobiet zaś na 20 rok życia.

Otóż to są lata, w których wymagać rozważań i zastanowienia się byłoby wprost śmiesznością, a ponieważ wszystkie przypadki przymiotu pochodzą ostatecznie z jednego źródła, ponieważ dalej także i osoby, które nie dopuściły się żadnego a żadnego przewinienia przeciw obyczajności, jak np. moralne mężatki mogą w sposób całkiem legalny, jak przez małżeński stosunek, dostać przymiotu, ponieważ następnie przymiot przez swe szerzenie się jest obok alkoholizmu i gruźlicy plagą społeczną, przeto niema żadnej zgoda wątpliwości, że społeczeństwo ma prawo i obowiązek bronienia się przeciw tej chorobie, tem bardziej, że broniąc się samo broni zarazem tych, którzy sami obronić się nie mogą.

(Streściwszy pracę autora, znanego dobrze tak ze swych badań klinicznych w zakresie przymiotu, jak i mistrzowskiego ich przedstawiania, sądzę, że oddałem przez to przysługę kolegom zawodowym i przyczynię się do obalenia i u nas rozpowszechnionego mniemania, jakoby przymiot był chorobą, którąby można lekceważyć ze stanowiska społecznego. Od czasu, gdyśmy na podstawie niewątpliwych spostrzeżeń klinicznych i dat statystycznych przyszli do przekonania, że bardzo ciężkie i dla terapii mało dostępne choroby układu nerwowego powstanie swe zawdzięczają przymiotowi, jest rzeczą konieczną, żeby lekarze wpływali w sposób właściwy na społeczeństwo, by, ocknąwszy się z apatyi, pomyślało o walce z chorobą, która, jak słusznie powiada profesor Fournier, jest obok alkoholizmu i gruźlicy plagą ludzkości, plagą, z którą nie mogą równać się ani klęski wojny, ani spustoszenia, jakie czynią ostre choroby zakaźne. — *Przypisek sprawozdawcy*).

Prof. dr. S. Domański.

208. Dr. Ed. v. Seligson. **W sprawie etyologii późnego okresu przymiotu.** („Bemerkungen zur Aetiologie d. tertiären Syphilis nach Fournier.“ — Allgem. Medicin. Central-Zeitung, № 5, 6, 1900).

W № 51 „La Semaine médical“ z r. 1899 ogłosił Fournier artykuł o przyczynach powstawania w syfilisie objawów późnego, czyli tak zwanego trzeciego okresu choroby; przyczem postawił pytanie, czy są istotnie jakieś dające się ściślej określić przyczyny tego zjawiska i przyszedł do przekonania, że aczkolwiek wszystkie warunki, w których powstaje ten okres, nie są nam znane, to wszakże wiele z nich da się wykazać stanowczo i niewątpliwie. Warunki tego ostatniego szeregu mogą albo wpływać z właściwości samego zarazka, albo spoczywać w samym chorym, albo wreszcie zależeć od rodzaju i sposobu leczenia pierwszych okresów choroby.

Do grupy pierwszej należą przypadki, w których choroba już od samego początku okazuje pewną złośliwość; tym nadaje Fournier nazwę: *Syphilis malignes précoces*. Pomimo że nie jesteśmy w stanie wyjaśnić, w czym tu spoczywa złośliwość zarazka, jednakże nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przypadkach takich, chociażbyśmy zaraz od początku zastosowali najodpowiedniejsze i najenergiczniejsze nawet leczenie, nie będziemy w stanie zapobiedz wybuchowi objawów groźnych, gdy, przeciwnie, w innym szeregu cały przebieg choroby będzie łagodny, pomimo że leczenie zastosowano niedostateczne, lub zgoła żadne. Należy wszakże zaraz zrobić uwagę, że okres trzeci nie występuje bynajmniej tylko u tych chorych, u których choroba z samego już początku swego zdradzała jakieś złośliwe własności, przeciwnie, częściej się zdarza, że okres ten występuje po bardzo słabych przejawach początkowych. Podług doświadczeń Fourniera, opartego na 2,188 przypadkach, na 9 — 10 chorych, u których okres trzeci występuje po ciężkich objawach okresu drugiego, przypada 90 — 91, u których tenże okres trzeci występuje po lekkich objawach okresu drugiego. Z tego wynika, że z łagodności przebiegu pierwszych okresów choroby nie można bynajmniej wyrokować o dalszym losie chorego i zapewniać go o minionem niebezpieczeństwie.

Do drugiej grupy należą przypadki, których złośliwość zależy od rozmaitych warunków, spoczywających w samym chorym, a więc od wieku, poprzedniego stanu zdrowia, nabytych lub odziedziczonych własności niekorzystnych dla ustroju. Powszechnie wiadomo np., że przymiot dziedziczny, przymiot nabyty w późnym wieku, przez osoby bezkrwiste, skrofuliczne i t. p. ma skłonność do przebiegu ciężkiego i zakończenia objawami okresu późnego, od którego najlepszą ochroną bywa poprzedzające dobre zdrowie.

Za najważniejszy wszakże czynnik, chroniący od objawów późnych przymiotu, lub też usposabiających do nich, uważa Fournier rodzaj i sposób leczenia, a głównie czas poświęcony jemu. Wniosek taki opiera Fournier na 2,393 przypadkach późnego przymiotu, w któ-udało mu się zebrać dokładne pod tym względem wiadomości. Z tych 2,393 przypadków: w 197 leczenia wcale nie było; w 490 leczenie ręcją trwało około 3 miesięcy; w 399 leczenie około 6 miesięcy; w 594 około roku; w 146 rok lub nieco dłużej; w 357 od roku do dwóch; w 98 od dwóch do trzech lat; w 34 trzy lata; w 29 dłużej nad trzy lata; w 45 przypadkach stosowano wyłącznie leczenie jodem i w 4-ch — sarsaparylą, dekoktami i t. p. — Wszystkie przytoczone tu przypadki układa Fournier w trzy grupy: pierwsza obejmuje chorych wcale nie leczonych lub zbyt krótko (197 + 490 + 399 + 594 + 146) leczonych, druga obejmuje przypadki z leczeniem trwającym od 1 do 3 lat (357 + 98), wreszcie trzecia z leczeniem: trzyletniem i dłuższem (34 + 29). Liczby te wykazują, że na 100 chorych z objawami późnego przymiotu wypada 78 z grupy pierwszej, 19 z drugiej, a tylko 3 z trzeciej.

Przeciwno tym wnioskom, a głównie przeciwko tendencyjnemu grupowaniu cyfr przez Fourniera, występuje Seligson z następującymi zarzutami:

1. Błędem jest połączenie w jedną całość przypadków, w których wcale żadnego leczenia nie było (197), przypadków, w których nie stosowano wcale r tęci (45 + 4), z przypadkami, w których leczono r tęcią w ciągu 3 — 12 miesięcy (490 + 399 + 594 + 146).

2. Jak ostrożnie i umiejętnie należy wyprowadzać wnioski z liczb, dowodzi też sama tablica Fourniera: policzywszy wszystkich chorych, którzy albo wcale nie byli leczeni, albo tylko jodem, otrzymamy 246; policzywszy zaś wszystkich leczonych r tęcią, otrzymamy 2,147, czyli innymi słowy: na 100 chorych, dotkniętych przymiotem trzeciego okresu, 10-ciu wypadła wcale nie leczonych, a 90-ciu leczonych wyłącznie r tęcią. Wniosek, rzecz oczywista, fałszywy, któremu przeczy doświadczenie codzienne i do którego wcale nie zmierzał Fournier, dając swoje zestawienia liczbowe.

Przytoczywszy jeszcze kilka temu podobnych przykładów, w których nieumiejętne korzystanie ze statystyki prowadzi do wniosków zgoła fałszywych, twierdzi Seligson, że tablica Fourniera niczego więcej nie dowodzi nad to, że obecnie bardzo mało syfilityków pozostaje bez leczenia i że znaczna większość ich leczy się r tęcią.

W zakończeniu wypowiada autor własny pogląd na leczenie swoiste w przymiocie, mianowicie, że powinno ono być stosowane tylko wtedy i tak długo, kiedy są i dopóki występują objawy.

Fr. G — yé.

III. Choroby oczu.

209. A. Darier. O mięsieniu oka; mięsienie rogówki, mięsienie wibracyjne, mięsienie uciskowe i wpływ tegoż na akomodację i refrakcję. (La clinique ophtalmologique, № 16, 25 Août 1899).

Mięsienie oka w wielu jego cierpieniach jest rzeczą nie nową, stosowano je bowiem od czasu Hippokratesa zarówno w cierpieniach łącznicy, jakoteż rogówki i twardówki.

W roku 1872 podczas zjazdu lekarzy w Londynie Donders wygłasza zdanie o mięsieniu rogówki, jako znakomitym środkiem leczniczym przy zmianach patologicznych tejże, w dwa lata potem Heiberger otrzymuje znakomite wyniki za pomocą mięsienia blizn rogówkowych, następnie Junge, Chodin, Becker stosują też metodę w celu przyspieszenia wessania mas korowych po rękoźynie rozcięcia torebki soczewkowej. W tym kierunku ogłaszają prace Pedraglia, Klein, Schenkel, Czapodi. Mauthner i Hirschberg widzą ustępowanie zatoru tętnicy środkowej siatkówki pod wpływem mięsienia gałki ocznej. Progenstecher pierwszy zwraca uwagę, iż dzięki mięsieniu oka obniża

się ciśnienie wewnątrzgałkowe, dalej, iż jest znakomitym środkiem leczniczym przy zapaleniu twardówki o częstych nawrotach, iż wogóle przyspiesza i ułatwia krążenie limfy w rogówce i łącznicy. Pogenstecher masuje, wprowadzając pomiędzy powieki maść z żółtego tlenku rtęci, dzięki czemu otrzymuje rzeczywiście znakomite wyniki w przypadkach blizn, pryszczycy i tak zwanego wiosennego kataru łącznicy. Dalej spostrzega dodatni wpływ mięsienia w przypadkach niedomogi akomodacyjnej.

Schenkel, Wicherkiewicz, Schnabel, spostrzegają zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałkowego w przypadkach jaskry pod wpływem mięsienia gałki ocznej, jest to co prawda obniżenie chwilowe, przejściowe, jednakże istnieje; toż samo spostrzegają Gradenigo; ten ostatni zachwala mięsienie jako znakomity środek przeciw niedomodze akomodacyjnej, a nawet przeciw porażeniu akomodacyjnej; również przytacza obustronne oderwanie siatkówki, leczone z dobrym skutkiem li tylko za pomocą mięsienia. Gradenigo przypisuje mięsieniu gałki ocznej znakomity wpływ na krążenie krwi i limfy w tejże i bardzo wyraźne pobudzenie odżyweży siatkówki.

Ostatnimi czasy zaczęto stosować mięsienie czysto mechanicznej natury — wibrację. Twórcą tej metody jest Maklakof. Mięsienie odbywa się za pomocą pióra Edisona, którego koniec zaopatrzony w gałkę ze słoniowej kości może dać 9,000 wibracji na minutę. Wibrator, zastosowany na gałkę w okolicy rzęskowej, wywołuje częściowe zwężenie źrenicy i wprowadza w ruch ciecz wodną przedniej komórki, a wraz z nią ropę (hypopion) lub masy korowe, jeżeli te istnieją w przedniej komórce; w ten sposób następuje szybkie wessanie tak pierwszej, jak drugich.

Ruchy wibracyjne przenoszą się łatwo w głąb gałki ocznej, na skutek czego znacznie i stopniowo zmniejsza się ciśnienie w oczach podległych jaskrze. Stwierdzono polepszenie pod wpływem wibracji w przypadkach irido-chorioiditis chronica, keratitis punctata, iridocyclitis serosa.

Snegirief stosował metodę wibracyjną w 91 przypadkach: w 15 conjunctivitis follicularis, opierającym się zwykłym sposobom leczenia, otrzymał dzięki mięsieniu szybkie wyleczenie, w 36-ciu przypadkach blizn rogówkowych nastąpiła znakomita poprawa ostrości widzenia, toż samo miało miejsce w przypadkach mięszowego zapalenia rogówki.

Znakomite wyniki były również w przypadkach iritis serosa (4), zmętnień soczewki pochodzenia urazowego, zapalenia twardówki (8), jaskry (16). W tej ostatniej postaci cierpienia oka zwykle w 24 godzin po obniżeniu ciśnienia gałkowego podnosiło się ono znowu, należy więc przy jaskrze, zdaniem Snegurjewa, stosować metodę wibracyjną dwa razy dziennie.

Presberger ze Stuttgartu używa do wibracji pióra elektrycznego retuszerów fotograficznych o szybkości 200 wibracji na minutę. Stwierdza otrzymane przez innych dotychczas dobre wyniki tej metody w przypadkach wyżej wymienionych i innych, jak np. w porażeniach mięśni ocznych, w zastarzałych postaciach zapaleń naczy-

niówki (rozszerza się pole widzenia, zmniejszają się braki w polu widzenia, zwiększa się ostrość wzroku, znikają męty w ciałku szklistem) w krwotocznych postaciach zapaleń siatkówki. Radzi jednakże nie stosować tej metody w wypadkach ostrych cierpień oka, a przystępować do niej po przejściu ostrego okresu. Stosuje Presberger wibrację przez przymknięte powieki.

Dr. Domec z Dijon wprowadza mięsienie uciskowe przy wadach refrakcyi i niedomodze akomodacyi. Technika mięsienia jest następująca: wielkie palce przykłada się do przymkniętej górnej powieki, między powieką i palcem umieszcza się mały tampon z waty, pozostałe palce rąk należy umieścić lekko, lecz pewnie na skroni, ucisk na ropówkę winien być słaby tak, iż palec ledwie wyczuwa pod powieką rogówkę, ruchy winny być postępowe i przerywane, nie zaś stały ucisk; posiedzenie trwa około pięciu minut z jedną lub dwoma przerwami. Domec otrzymywał, stosując mięsienie, zmniejszenie stopnia nadwzroczności z $+ 5$ D. do $+ 1.5$ D. i powiększenie ostrości widzenia nawet u nadwzrocznych z niedowidzeniem (Hypermetropia cum amblyopia), u krótkowzrocznych otrzymywał znaczną poprawę ostrości widzenia bez zmniejszenia się stopnia krótkowzroczności.

Takież same wyniki otrzymywał w swej klinice Darier, stosując mięsienie oka. W wielu przypadkach tak zwanego wrodzonego niedowidzenia jednego oka przy istniejącej nadwzroczności i często zezie otrzymywał znakomite rezultaty tak co do ostrości widzenia, jako też poprzedniego dwuocznego widzenia. Robi tutaj też autor uwagę, iż łatwo otrzymuje się zmniejszenie nadwzroczności u osobników młodych za pomocą masażu, trudniej u starszych, należy zaś być ostrożnym w stosowaniu mięsienia u osób po latach 50 i mających częściowe zmętnienie soczewki, w tych bowiem łatwo można przyspieszyć zmętnienie całkowite soczewki przez stosowanie masażu.

Rzeczą godną uwagi jest szybka poprawa ostrości widzenia na skutek mięsienia u nadwzrocznych z niedowidzeniem, zależnem od zmian rogówki i dna oka, nawet oddawna istniejących; masaż, zdaniem autora, w tych przypadkach wyprowadza mięsień rzęskowy ze stanu bezczynności, do jakiej na skutek zmian w oku i, co zatem idzie, niedowidzenia był przywykł.

Działanie mięsienia na gałkę oczną objaśnia Domec w sposób następujący:

Ucisk, wywierany na podatną łatwo błonę rogową po przez płyny oczne, udziela się ośrodkom oka, więc soczewka stale się zbliża i oddala od rogówki, włókna więzu Zinn'a również wyciągają się pod każdym uciskiem na rogówkę i o tyle więcej, o ile ucisk staje się silniejszym i szybszym.

Cały szereg takich zmian w rozciągliwości włókien więzu, następujących jedne za drugim przez pewien czas sprowadzają rozciągnięcie się tego ostatniego stale, stąd zmniejszenie się stopnia nadwzroczności. Jednocześnie, dzięki mięsieniu, wzrasta sprawność

mięśnia rząskowego i, co za tem idzie, powiększa się zdolność akomodacyjna.

Takie stałe wyciąganie się więzu Zinn'a o tyle jest łatwiejszem, o ile osobnik, poddający się mięsieniu, jest młodszy i o ile mniej nadużywał akomodacji. Stąd nie dziwnego, iż oko niedowidzące (amblyopia) tak szybko po rękoczynie odzyskuje prawie normalną ostrość wzroku.

Do tego objaśnienia dodaje Darier ze swej strony wpływy troficzne, powodowane mięsieniem na tkanki wewnątrzgałkowe; więc na wyrostki rząskowe, na błonę naczyniową i na siatkówkę (obieg krwi, czynność wydzielniczą — sekrecyjną, ekskrecyjną).

Zestawiając masaż uciskowy wraz z wibracyjnym, przychodzi autor do wniosku, iż wyniki przy stosowaniu obu metod są prawie jednakowe w jednych i tych samych sprawach chorobowych.

Darier w pracy swej nadmienia, iż spostrzegwał przypadki wyleczonej jaskry w jej początkowym okresie za pomocą mięsienia; tłumaczy to okolicznością odchylenia się pod wpływem masażu tęczówki i soczewki i oswobodzenia w ten sposób kąta rogówkowo-tęczówkowego filtracyjnego.

W końcu autor wygłasza zdanie Domec'a z Dijon w sprawie masażu oka.

1. Nadwzroczni i astygmatycy pod wpływem mięsienia zyskują ostrość widzenia, wielokrotnie przewyższającą poprzednią.

2. Objawy niedomogi akomodacji ustępują, w przypadkach zaś wysokiego stopnia niemiarówzroczności należy jednak stosować odpowiednie szkła.

3. W przypadkach niedowidzenia wyniki są znakomite; z $1/10$ — $1/25$ ostrości widzenia otrzymują się w stosunkowo krótkim przeciągu czasu prawie całkowitą siłę widzenia.

4. Dzięki uciskowemu mięsieniu oka, powiększa się zdolność akomodacyjna.

Należy rozpoczynać masowanie oka, zwłaszcza w przypadkach niedomogi akomodacji bardzo delikatnie i lekko; pierwsze dziesięć posiedzeń winny odbywać się bez przerwy co dzień, a przynajmniej co drugi, następnie można przez miesiąc dać choremu odpocząć i względnie do potrzeby stosować znowu dziesięć posiedzeń z przerwą miesięczną i t. d.

S. Cetnarowicz.

210. Dr. Ch. A b a d i e. **O leczeniu jaskry.** (La clinique ophtalmologique, № 1, Janvier, 1900).

Autor zaznacza, na wstępie, iż rokowanie w jaskrze, złe do niedawna, ostatnimi czasy, dzięki postępom w tym kierunku leczniczym, staje się z każdym dniem lepszym, a nawet często zupełnie pomyślnym; obecnie chodzi tylko o to, jaki w jakim przy-

padku jaskry obrać sposób leczenia i z nimi nie zwlekać, gdyż w żadnym może cierpieniu szybka a odpowiednia pomoc nie może tyle dobrego zdziałać, co właśnie w jaskrze, i, vice versa, zwlekanie z tą pomocą, przeczekanie odpowiedniej chwili w leczeniu staje się niczem niepoważoną stratą.

Przechodząc do poszczególnych metod leczniczych jaskry i mając na względzie jaskrę prostą o przebiegu chronicznym, Abadie, w obecnej przynajmniej chwili, nie przywiązuje dostatecznej wagi metodom, opartym na względnie niedużej kazuistyce, a stąd nasuwającym pewne w tej mierze wątpliwości, więc metodzie galwanizacji części szyjowej nerwu współczulnego Allard'a, bezwzględnemu wykonywaniu irydektomii według zasad Rogmana i wreszcie sposobowi leczenia Domec'a za pomocą masażu.

Postępowanie wobec jaskry winno być następujące:

W przypadkach jaskry ostrej i podostrej należy wykonać irydektomię; w większości przypadków daje ona dobre wyniki. Tam zaś, gdzie pomimo wyżej wspomnianego rękoczynu sprawa jaskrowa postępuje naprzód, należy jeszcze uciec się do środków zwężających źrenicę, więc ezeryny lub pilokarpiny w stosunku 1 — 2 na 100 części wody, stosowanej 2 razy dziennie po kropli między powieki. W przypadkach rozpaczliwych, w których powyższe środki nie okazują się skutecznymi, należy dokonać operacji wycięcia górnego spłotu szyjowego nerwu współczulnego.

O ile w przypadkach jaskry ostrej i podostrej zły wynik po dokonanej irydektomii stanowi wyjątek, o tyle w przypadkach jaskry prostej jest stałe zasadą; takiż sam wynik dają sklerotomie i masaż oczu, myotica stanowią tu tylko środek chwilowy, objawowy, lecz nie będący w stanie powstrzymać sprawy, która wcześniej lub później kończy się ślepotą całkowitą. W tych to przypadkach nie należy zwlekać z wycięciem szyjowego spłotu nerwu współczulnego, tylko tą drogą wraz ze stosowaniem środków zwężających źrenicę, jak to wskazał szereg przypadków kazuistycznych ostatnich lat, leczą prostą jaskrę.

Wreszcie w razie jaskry krwotocznej (glaucoma haemorrhagicum) autor radykalny środek widzi tylko w rękoczynie wycięcia spłotu szyjowego nerwu współczulnego, w razie zaś niemożności wykonania rękoczynu zaleca upusty krwi, bądź to za pomocą baniek ciętych, lub pijawek przystawionych do skroni, wewnątrz 5 centigr. ergotyny wraz z 50 centigr. chininy pro die i wkraplanie 2 — 3 razy dziennie środków zwężających źrenicę.

Iryektomia więc okazuje się skuteczną w przypadkach ostrych, podostrych i wogóle tam, gdzie mamy do czynienia z objawami podmiotowymi, jasno wyrażonymi, więc bądź to pod postacią tęczywych kół, występujących wkoło światła, bądź przejściowych zaciemnień wzroku. Wyjątkowo tylko u osobników młodych można robić irydektomię w jaskrze prostej.

Wreszcie w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z tak zwanem degeneratio bulbi oculi glaucomotosa i silnymi, niczem nie

dającymi się ulżyć cierpieniami, należy zamiast praktykowanej dotychczas operacji wyłuszczenia gałki ocznej (enucleatio b. oculi) wykonać operację wycięcia splotu szyjowego górnego nerwu współczulnego; rękoczyn ten zniesie bóle i pozwoli zachować gałkę oczną.

S. Cetnarowicz.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

— 211. (hk) Anästhol.

O miejscowem znieczuleniu za pomocą Anästholu Speier'a ogłasza Ritter w „Zahnärztliche Rundschau“, № 397, 1900 roku. Anästhol jest to roztwór metylchloridu w aetylchlorydzie; jest to przezroczysty, bardzo lotny płyn. Preparat ten zachowuje się w rurkach szklanych z metalowym korkiem, stosuje się w ten sam sposób jak chlorek etylowy: odkręca się metalowy kapsel i otworem na dół puszcza się strumień płynu na miejsce, mające być znieczulone z odległości 10 do 40 ctm. Znieczulenie, wywołane anästholem, dosięga głębszych warstw i jest silniejsze od znieczulenia po chlorku etylowym. Autor stosował ten preparat w 200 przypadkach extractio dentium, oraz w niektórych większych operacjach w jamie ustnej, zawsze z bardzo dobrym wynikiem.

— 212. (hk) Asthma bronchiale.

Przeciwno asthma bronchiale zaleca Golibow kombinację z argentum nitricum i extractum Belladonnae:

Rp. Argent. nitr. 0.1

Extr. Bellad. 0.3

Mfpill № 30.

S. 3 razy na dzień po 1 piułce.

(Semaine médicale, № 50, 1899).

— 213. (jz) Kąpiel atramentowa.

Leistikow zaleca kąpiele atramentowe i okłady z atramentu w erythema, pruritus, herpes progenerialis, eczema, ulcus cruris. — Atrament posiada własności ściągające oraz znieczulające. Za każdym razem przygotować go trzeba świeżo, mianowicie:

Rp. Sol. tannini puri 3%—10%

Sol. ferri sulfurici 2%—5%

aa.

(Monh. f. prakt. Derm., 11).

— 214. (hk) Mięśnienie w chorobie Basedowa.

Dr. Zabłudowski stosuje mięśnienie w przypadkach choroby Basedowa z dobrym wynikiem. — Najodpowiedniejsze do tej kuracji są wola miękkie i tętniące. Z. otrzymywał polepszenie ogólne i złagodzenie głównych objawów chorobowych przez mięśnienie trzonu gruczołu tarczowego, wraz z uciskiem wibracyjnym na pewne nerwy, oraz gimnastyką bierną.

(La Sem. Med.).

— 215. (jz) Colitis.

Strauss z Berlina zachwala użycie w zapaleniu kiszki grubej łąwatyw z jagód czarnych. Strauss używał wyciągu z jagód, przygotowywanego przez J. Fromm'a w Frankfurcie w stosunku łyżki stołowej na 1/4 litra wody gorącej,

w celu zubożenia kwasów dodaje się nieco sody. Lawatywy robić należy 2 razy dziennie, chory zatrzymuje je przez 10 -- 12 minut. Wyniki były bardzo dobre. Prócz tego autor zaleca czopki składu następującego:

Rp. Ext. Bacc. myrtill. 30.0

Kali carbon. 3.0

Aqu. destill. 1.0

Ol. cacao 60.0

M. f. supposit. № 30

S. 2 czopki dziennie.

(Ther. Monatsh., 3).

= 216. (*jz*) **Impetigo.**

Przeciw impetigo na głowie i twarzy u dzieci Kistler zaleca:

Rp. Acidi salicyl. 2.0

Bismut subni 40.0

Talc. pulv. 15

Ungn. rosar. 100.0

Mfpasta.

(M. med. Woch., 18).

= 217. (*hk*) **Kreosotal i Duotal.**

Kreosotal i Duotal stosował Seiffert (Lancet, 1899) w 20-tu przypadkach zapalenia płuc i nieżytych oskrzeli z dużym powodzeniem. Kreosotal dawał dzieciom w dawkach 2.0 w zawiesinie w przeciągu 24 godzin. Po dawce dziennej 6.0 ciepota w przeciągu 24 godzin spadła do 38.7°, a po następnych dawkach dziennych 10.0 znikły stopniowe i inne objawy chorobowe. Cornet zaleca kreosotal i duotal pacjentom z bardzo obfitą i bogatą w łaszczyki płwocinę dla zmniejszenia wydzieliny; również i Hölseher (Bericht über d. Congress zur Bekämpfung der Tuberculose, Berlin, 1899) przypisuje obydwom tym preparatom duże znaczenie lecznicze. W tym samym sensie przemawiają Cassoute i Gergier („Traitement des infections bron-

cho-pulmonaires aiguës par le Créosotal“, Montpellier, 1899). Autorzy ci przeprowadzili swe badania nad bardzo licznym materiałem i z otrzymanych wyników są nadzwyczaj zadowoleni. Również i Eschle (Therap. Monatsh., № 7, 1899) na podstawie licznych doświadczeń nad suchotnikami, przyszedł do tych samych wniosków. W tym samym mniej więcej rodzaju wypowiadają się Masarrotto (Corrier sanitario, 1899) i Songe (The Medical Magazine, № 8, 1899).

(Wien. Med. Pr., № 13, 1900).

= 218. (*hk*) **Naftalon.**

O wielorakiem zastosowaniu, oraz o dodatnim działaniu naftalonu mamy znowu kilka nowych komunikatów. W szeregu chorób skórnych stosował Leiser (Med. Neuigkeiten, № 12, 1899) naftalon z dobrym wynikiem; również pochwały oddają temu preparatowi Varga (Pester. med. chirg. Presse, № 30 — 32, 1899) i Vehmeyer (Die ärztliche Praxis, № 7, 1899). Na szczególną uwagę zasługuje artykuł Rohleder'a p. t. „Die Anwendung des Naftalon in der allgemeinen ärztlichen Praxis“ (Therap. Monatsh., № 7, 1899). Wyniki pracy swej autor streszcza w ten sposób: Naftalon jest doskonałym środkiem pomocniczym w cierpieniach narządów ruchu, w reumatycznych cierpieniach mięśni i stawów, jest on o wiele skuteczniejszym od starych pędzlowań nalewką jodową. Jest on dobrym środkiem na ostrą pryszczycę, doskonałym na przewlekłą i zawodową pryszczycę. Zaleca go również autor w psoriasis vulgaris, pruritus cutaneus, scabies i w cięższych dermatomykozach, jak pi-

thyriasis versicolor. W ulcera cruris działanie naftalonu jest również skuteczne. W oparzeniach i odmrożeniach pierwszego i drugiego stopnia może być również z dodatnim wynikiem stosowanym. W przypadkach tych działa kojąco. Naftalon, podług słów słów autora, przyspiesza także wchłanianie, — działanie to stwierdził on w przypadkach zapalenia przyjądrza pochodzenia tryprowego, w periophlebitis, tendovaginitis serosa i struma follicularis.

— 219. (hk) Pastyłki czyszczące.

Rp. Fol. Sennae

Tub. jalap.

Sacchar. aa 30.0

Pulp. Tamarind. 150.0

Mf. pastill № 55, obduce massa cacao.

— 220. (jz) Sirolin.

Jest to nowy środek zastępujący kreozot, wprowadzony przez dr. Oelberga z Wiednia. Skład środka nie jest znany, przypuszcza się, że jest to thiocol rozpuszczony w syr. cort aurant. — Oelberg stosował go z powodzeniem zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

(Woch. med. Pr., 9).

— 221. (jz) Taenia solium.

Kime podaje nowy i ciekawy sposób usuwania tasiemca. Kime wychodzi z założenia, że oddzielne członeczki tasiemca są z sobą połączone za pomocą naczyń, usuwa więc część tasiemca przez podanie do wewnątrz naczeczki od-

waru granatów lub pelletierinum tannicum z 2 kroplami olejku krotonowego. Skoro część tasiemca pokaże się w stolcu, wstrzykuje w tasiemca 0.03 grm. morfiny i w ten sposób zabija go, poczem tasiemiec wychodzi.

(M. M. W., 18).

— 222. (jz) Przeciw tasiemcowi Dupont zaleca:

Rp. Semin. cucurbit docortic.

20.0 — 45.0

Sacchari 25.0

Lactis 60.0

MDS. Zażyć naczeczko, w 2 godziny potem olej ryecynowy.

— 223. (hk) Mydło tuberkulinowe w wilku.

Unna zaleca mydło tuberkulinowe przeciwko wilkowi. Skład jego jest następujący:

Sapon. unguinos 10.0

Tuberculin. 0.5 — 2.0

Mf. sapo.

Nieznaczna ilość tego mydła wciera się w chore miejsce palcem, pokrytym zamszą, aż do suchości, następnie zwilża się palec nieco wodą i wciera dalej aż do piany; procedurę taką powtarza się od 4 do 5 razy. Po wcieraniu takim występuje pierwiastkowo lekkie palenie, następnie obrzęk i przekrwienie danego miejsca. Po kilku dniach zapalenie znika, chore miejsce blednie, jest płaskie i gładkie. Leczenie mydłem tuberkulinowym stosuje się również w przypadkach scrophuloderma, lupus erythematodes i keloidach.

(Aerzt. Rundsch., 46).

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 5 marca 1900 r.

I. *Majewski* mówi o leczeniu ciężkich powikłanych złamań kończyn i przedstawia dwa odnośne przypadki.

W ciężkich powikłanych złamaniach kończyn chirurg w pierwszej zaraz chwili ma do rozstrzygnięcia pytanie, czy przypadek dany nadaje się do zachowawczego leczenia, czy też należy w nim wykonać pierwotne odjęcie kończyny.

Przypadki, gdzie kończyna jest zmiążdżona, kości pokruszone na liczne odłamki, skóra równocześnie obdarta na znacznej przestrzeni, nerwy i naczynia porwane i gdzie nareszcie dolny odcinek jest zimny i pozbawiony czucia, — przypadki takie wymagają, o ile stan ogólny chorego pozwala na to, doraźnego pierwotnego odjęcia kończyny, gdyż, usuwając przez odjęcie części skazanych na zgorzel, ognisko chorobowe najskuteczniej zabezpieczamy się od zakażenia.

Przypadki jednak, gdzie wskazania do odjęcia są jasne, zdarzają się stosunkowo rzadko; w większości ciężkich powikłanych złamań trudno jest stanowczo orzec o bezwzględnej konieczności odjęcia pierwotnego.

Liczne statystyki wykazują, że w przypadkach nawet najbardziej rozpaczliwych — sposobem zachowawczym otrzymywano wyniki dodatnie.

Wyniki te datują od czasów wprowadzenia przeciwnilnej metody opatrywania ran.

Rose w klinice Zurychskiej od r. 1867 do 1871 — na 102 przypadki powikłanych złamań otrzymał 25% śmierci, podczas gdy po r. 1871 na 224 także przypadki, traktowane przeciwnilnie, stracił wszystkiego 1.3%.

Statystyka powikłanych złamań Billrotha w pierwszym okresie, przedantyseptycznym, wykazuje 41% śmiertelności, podczas gdy po wprowadzeniu metody opatrywania ran przeciwnilnej obniża się do 9%.

Jako przykład ciężkiego złamania, gdzie na razie zdawało się koniecznym odjęcie kończyny, a gdzie jednak udało się utrzymać ją i doprowadzić do stanu czynnościowej odpowiedniości do właściwych jej funkcji, może służyć pierwszy z przedstawianych przypadków.

Anastazyja B., lat 40, służąca, upadła na bruk podwórza z wysokości I-go piętra z ganku, w którym część podłogi wyjęto, a przejścia nie zagrodzono. Przyniesiono ją zaraz po wypadku do szpitala Sw. Wincentego, gdzie M. przy badaniu znalazł, co następuje.

Osobnik dobrze zbudowany i odżywiany, średniego wzrostu, dużej wagi.

Na lewej goleni na 6 ctm. ponad kostką całkowite powikłane, poprzeczne złamanie obydwóch kości. Mięśnie poszarpane. Skóra na bocznych powierzchniach rozerwana, z tyłu trzyma się płatem skórnym szerokości 4 ctm., z przodu wąskim płatkem szerokości $1\frac{1}{2}$ ctm. Dolny odcinek zupełnie zmieszczony, ustawiony obok kończyny przy zewnętrznym jej brzegu podeszwą stopy do góry tak, że zięjące powierzchnie złamania znajdowały się na jednym poziomie i zwrócone były obie ku dołowi; łączność stopy z kończyną utrzymywały przedni i tylny płatki skóry — oddzielone od kości i porwanych mięśni i zsunięte nieco ku górze — i poszarpane, krwawiące, powyciągane pęczki ścięgien.

Majewski stopę odprowadził i nałożył przeciwnilny unieruchamiający opatrunek szynowy. Ciepłota, w chwili zabiegu wynosząca 38.5° , wieczorem podniosła się do 40.0° ; chora czuła w kończynie silne bóle; stan ogólny był ciężki; tętno—132, język—wilgotny.

Następnego dnia w ranie wydzielina surowiczno-krwawa; ciepłota rano 39.2° , wieczorem 39.5° ; tętno 124; język wilgotny; nałożono opatrunek szynowo-krochmalny unieruchamiający, na obydwóch bocznych powierzchniach którego wycięto szerokie otwory, dające dostęp do ran. Od dnia tego, nie poruszając opatrunku unieruchamiającego, zmieniano codziennie opatrunek przeciwnilny ran.

Ciepłota w ciągu pierwszych 10-ciu dni była stale podniesioną, wahała się w granicach 38.2° — 39.5° ; jedenastego dnia spadła do 36.8° , poczem w przeciągu 5-ciu dni po niewielkich wahaniach wróciła ostatecznie do normy.

Rany goiły się prawidłowo, lecz bardzo powoli; martwaki kostne nie oddzielały się; po sześciu tygodniach opatrunek unieruchamiający zdjęto; wobec jednakże ruchomości odłamków nałożono go znowu na miesiąc. Po miesiącu kości okazały się zrośniętymi z pewną jednak jeszcze ruchomością w miejscu złamania.

Dopiero po trzech miesiącach blizna kostna stała się nieruchomą; około tego czasu zablizniły się i rany skórne.

Dalsze leczenie polegało na kąpielach i masażu.

W pięć miesięcy po złamaniu A. B. wypisała się ze szpitala z kończyną krótszą o $\frac{1}{2}$ ctm. w stanie, pozwalającym jej chodzić bez laski.

W drugim przypadku, Józiovi Z., lat 6-ciu, rówieśnik przy zabawie uciął siekierą palec wskazujący prawej ręki, przecięwszy średni członek bezpośrednio ponad stawem, łączącym go z członkiem pierwszym. Przecięta została kość, ścięgna, naczynia, nerwy; pozostał jedynie na dłoniowej powierzchni palca waziatki wyłącznie skórnny płatek szerokości kilku milimetrów, na którym odcięta część wisiła.

M. w kwadrans po wypadku część odciętą przyłożył i, potarłszy o siebie obie powierzchnie rany, nałożył opatrunek szynowy unieruchamiający. Gdy zaś następnego dnia część odcięta miała czucie i była ciepłą, nałożył na dłoniowej i tylnej powierzchni po jednym szwie jedwabnym.

W przebiegu leczenia część skóry na tylnej powierzchni zmarła i oddzieliła się; oddzielił się i niewielki martwak kostny; staw międzyczłonkowy pierwszy unieruchomił się; poczem po dwumiesięcznym gojeniu rana się zablizniła i obecnie M. przedstawia J. Z. z palcem prostym normalnej długości, o ruchach prawidłowych w stawach dłoniowopalcowym i międzypalcowym drugim; palec funkcjonuje prawidłowo. Chory używa go przy pisaniu i innych zajęciach.

W dyskusyi *Staniszewski* opisuje przypadek, gdzie 10-letniemu chłopcu przecięto siekierą cztery ostatnie palce lewej nogi, tak, że trzymały się one na miękkich częściach podeszwy. Po nałożeniu kilku szwów rana w ciągu tygodnia zagoiła się rychłozrostem i obecnie stopa funkcjonuje prawidłowo.

Adam Majewski.

VI. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 20-go marca 1900 r.

Przed porządkiem dziennym: *Bregman* przedstawił nowotwór mózdzka, rozpoznany za życia chorego dziecka 6-cioletniego, pochodzącego z rodziny, w której matka i kilkoro rodzeństwa miewali drgawki. Dziecko rozwijało się źle, miewało drgawki, zaczęło mówić w 3-im roku życia. Od $\frac{1}{2}$ roku chory miewało częste bóle głowy napadowe, bardzo silne, kończące się wymiotami. Po ostatnim bardzo silnym napadzie chory zaczął tracić wzrok. Przy badaniu znaleziono: rozwój fizyczny i umysłowy dobry, ślepotą zupełną, brodawki zastoinowe z przejściem w zanik, chód paretyczno-bezlądnie-mózdkowy, odruchy ścięgien wzmożone, clonus pedum, lekkie drżenie pęczkowe na prawej połowie twarzy, ograniczenie ruchów gałek ocznych i języka na prawo. Podczas pobytu w szpitalu było kilka napadów bólu głowy, jeden z odchyleniem głowy w tył i sztywnością w karku. — B. rozpoznał nowotwór mózdzka; sekcyja, dokonana po 2 tygodniach, wykazała tuberculum solitare wielkości orzecha tureckiego w prawej połowie mózdzka.

Na porządku dziennym *Arnstein* mówił o leczeniu balneoterapeutycznym otyłości w Ciechocinku. Leczenie otyłości powinno polegać na zmniejszeniu ilości tłuszczu bez utraty części azotowych i przy zachowaniu energii mięśniowej. W ostatnich czasach Oertel i Epstein zaczęli powstawać przeciw leczeniu balneoterapeutycznemu otyłości, ponieważ użycie płynów jest przeciwwskazane. Dawne zarzuty, że sól kuchenna sprzyja rozpadowi białka, zostały odparte przez Noordena. Doświadczenie A. w Ciechocinku wskazało, że

picie solanki (400.0 — 600.0) i kąpiele solankowe ciepłe w ciągu 4 — 6 tygodni dawały zmniejszenie wagi ciała o 8%. Główne wskazanie do leczenia otyłości w Ciechocinku stanowi postać pletoryczna; postać anemiczna i zmiany w narządach krążenia mało nadają się do leczenia w Ciechocinku.

W dyskusji *Sokołowski* zaznacza, że wszystkie dotychczasowe metody leczenia otyłości zawodzą, ponieważ patogeneza choroby jest niepewna. *Bouchard* stawia otyłość w związku z cierpieniami artretycznymi. Otyłość wskutek obżarstwa zdarza się w 20 — 30% wszystkich przypadków i tu leczenie dyetetyczno-balneoterapeutyczne przynosi pożytek. Solanki, zwłaszcza gazowe (Kissingen) są lepsze, niż Marjenbad i Karlsbad; leczenie w kąpielach morskich i hydropatya mają tu również zastosowanie. Nie można stwarzać szablonu w leczeniu otyłości, lecz należy przystosować się do ogólnego stanu chorego. Leczenie w zakładach specjalnych, gdzie czuwa się nad przemianą materii, jest bardzo celowe.

Ciągliński jest również za przystosowaniem się do stanu chorego przy leczeniu otyłości; głównym czynnikiem jest dyeta. Jako środek pomocniczy *C.* zaleca koce, które przyspieszają przemianę materii.

Dunin uważa, że leczenie otyłości jest konieczne tylko w przypadkach zaburzeń krążenia. Najważniejszymi są wskazówki dyetetyczne. Leczenie balneologiczne nie ma wielkiego znaczenia i musi być stosowane w tych przypadkach, kiedy chorzy nie mogą zmienić trybu życia. Gdzie chodzi o szybkie schudnięcie, *D.* stosuje dietę mleczną (2 litry dziennie); już po kilku dniach chory traci 5—6 funt. Dobrym środkiem pomocniczym jest tyreoidyna.

Pawiński odróżnia prócz otyłości pletorycznej i anemicznej, otyłość ze stwardnieniem naczyń i bez niego. U pierwszych jest rzeczą zwykłą przerost serca, co wymaga specjalnego leczenia. Tyreoidyna winna być stosowana z wielką oględnością.

Bronowski jest zdania, że u otyłych artretyków należy dążyć do zmniejszenia wagi ciała, ponieważ otyli pocą się silnie, co usposabia do zaziębień i obostrzeń choroby stawów, oraz ze względu na to, że chore stawy winny mieć mniejszy ciężar do dźwigania. Leczenie balneologiczne u otyłych reguluje przemianę materii.

Chłapowski jest gorącym zwolennikiem solanek gazowych przy leczeniu otyłości w połączeniu z ogólnymi zabiegami dyetetyczno-hygienicznymi.

Nussbaum uważa za najskuteczniejszą terapię dyetetyczną. Zbyt szybka utrata wagi prowadzi niekiedy do neurastenii. Tyreoidyna może być stosowana tylko w przypadkach, kiedy chorzy nie mogą chodzić skutkiem cierpień artretycznych.

Posiedzenie z d. 27-go marca 1900 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Halpera* przedstawia mężczyznę 43 letniego z licznymi condylomata acuminata w okolicy odbytnicy.

Gruczoły pachwinowe i łokciowe są powiększone; urethritis posterior świadczy o przebyciu trypra, z którym pozostają w związku condylomata. Powiększenie gruczołów zależy od przebytej ospy.

2) *Sawicki* przedstawił dwie chore po usunięciu bursitidis praepatellaris za pomocą cięcia półkolistego, okalającego guz od dołu, ponieważ operowanie po środku kolana daje czasem powikłania.

3) *Kozerski* przedstawił mężczyznę lat 57, który zauważył przed 6 laty guzik w okolicy wewnętrznej kąta oka. Po 3 latach guz zaczął powiększać się szybko i uznany został za raka skórznego. Chory nie zgodził się na operację, lecz pędził guz roztworem Czernego tak energicznie, że wywołał rozległe zapalenie skóry w okolicy oka lewego i powiększenie guza. Chory udał się do Czernego, który stosował w ciągu 4 miesięcy smarowanie kwasem arsenowym. Po upływie tego czasu nowotwór znikł prawie zupełnie; pozostał nowotwór, którego dno stanowiła lewa kość nosowa, która wypadła po 6-ciu tygodniach. Przy dalszym smarowaniu odpadały strupy, pod którymi wytworzyła się blizna wypełniająca prawie zupełnie braki.

4) *Łapiński* przedstawił 19 letnią dziewczynę, u której przed 3-ma miesiącami wystąpiły silne bóle w kończynach dolnych. W szpitalu po 10-ciu dniach zjawiała się wysypka na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i stóp w postaci drobnych plamek czerwonych, wielkości łebka śpilki do ziarnka grochu. Bóle w kończynach powiększały się przy ucisku. W dalszym ciągu wysypka rozszerzyła się na całe kończyny dolne i na tułów, znikła parę razy i powracała znowu, ciepłota 38^o C. W moczu białka nie znaleziono. Na kończynach występowały bolesne obrzmienia. L. uważa za przadek za dermatomyositis.

W dyskusji *Dunin* uważa przypadek za peliosis rheumatica.

Halpern jest zdania, że takie przypadki zdarzają się często na wiosnę.

Sawicki obstaje za rozpoznaniem dermatomyositis z powodu ograniczonych nacieków w mięśniach i obrzęków skóry.

Na porządku dziennym *Rejchman* mówił o patogenezie nawykowego zaparcia stolca. Z pośród różnych postaci zaparcia stolca, jedna zasługuje na szczególną uwagę, gdy stolec zjawia się stale raz na 2--4 tygodni i dłużej przy dobrym łaknieniu i stanie ogólnym osobnika. Ciężar ciała u takich osobników nie wzrasta, ilość mocznika nie powiększa się. Przyczyną takiego zaparcia jest prawdopodobnie zmniejszenie wytwarzania się kału wskutek zmniejszenia wydzieliny kiszki (soki, śluz, komórki złuszczone). Prócz tego pokarm przy długim pozostawianiu w przewodzie pokarmowym wchłania się pewno w znacznej części. Osobników tego rodzaju spotyka się bardzo rzadko. R. przytacza jeden taki przypadek i jest zdania, że nie należy uważać ich za chorych i nie leczyć.

W dyskusji *Dunin* uważa za najważniejszą przyczynę zaparcia stolca, wpływy nerwowe. Nie ma bezpośredniego związku pomiędzy zaparciem i brakiem ruchu, chyba ten, że brak ruchu usposabia do

neurastenii. Zaparcia nawykowego nie należy leczyć, natomiast odwracać od niego uwagę chorego.

Dąbrowski uważa zaparcie stolca również za objaw neurastenii; bóle głowy i bezsenność, często spotykane przy zaparciach, są zależne nie od nich, lecz również od cierpienia podstawowego:

Nussbaum zapytuje, jakimi sposobami posługiwał się R. do stwierdzenia, że jego chory miewał stolce raz na 4 tygodnie. Ścisłe spostrzeżenia wskazują, że człowiek może nie jeść czas długi; zaparcie długotrwałe, ściśle stwierdzone, byłoby zjawiskiem bardzo zajmującym dla fizjologa. Zaparcia nawykowego nie należy leczyć; lekarze niesłusznie zwracają na nie zbyt baczną uwagę.

Prof. Baranowski uważa nawykowe zaparcia kilkotygodniowe za zjawisko niezwykle, tembardziej, że ilość kału przy opróżnieniach jest niewielka. Pogląd, że zaparcie stolca jest zawsze pochodzenia neurastenicznego nie jest słuszny; osłabienie tłoczni brzusznej, np. u kobiet, które często rodziły, brak ruchu, stany kataralne w przewodzie pokarmowym, niektóre trucizny (opium, ołów, nikotyna) spowodowują ten objaw, nie obojętny dla ustroju.

Grundzach jest zdania, że nie zawsze można dać wiarę twierdzeniu chorego, który opowiada że miewa stolec raz na 4 tygodnie.

Landsstein podaje siebie samego jako przykład człowieka, cierpiącego na zaparcie nawykowe, chociaż nie spostrzega u siebie objawów neurastenii.

Wolberg przytacza jako dowód, że zaparcie nawykowe nie zawsze jest zależnem od neurastenii—fakt, że spotykamy je u małych dzieci, a nawet u noworodków, które nie można posądzić o neurasteniję dziedziczną.

Przyborowski przypomina, że chorzy niekiedy skarżą się na bezsenność w ciągu kilku miesięcy, a jednakże śpią; podobnie z niedowierzaniem należy patrzeć na zaparcia.

Korniłowicz zaznacza, że nasieniotok, często wywołwany przez zaparcie, prowadzi do neurastenii.

Zieliński Ed. wyraża zdziwienie, że nie zauważono u chorego R. przyrostu wagi ani wzmoczonej przemiany materji, pomimo że wydzielal znacznie mniej, niż spożywał. Co się zatem działo ze spożytymi pokarmami?

Rejchman odpowiada, że wyłącza u swych chorych udawanie; nie spostrzegał również u nich żadnych objawów neurastenicznych. Mała ilość kału tłumaczy się tem, że wszystkie części składowe, prócz włókien sprężystych i celulozy podlegały strawieniu. Ścisłe badanie przemiany materji nie było przeprowadzone.

W. Miklaszewski.

VII. ODCINEK.

Z wycieczki balneologicznej.

K R A N Z,

jako miejscowość kąpielowa morska.

Napisał

Józef Jaworski.

(Odczyt, wypowiedziany w wydziale zdrojowisk Towarz. Hygienicznego).



Stosowanie kąpeli morskich jako środka leczniczego, naogół biorąc, zdaje mi się, mniej jest u nas rozpowszechnione, niż wypływa to ze wskazań lekarskich.

Nie mam zamiaru wyliczania poszczególnych form patologicznych, które, ze względu na swą naturę i przebieg, nadają się do takiego leczenia, gdyż, naprzód, bliższe zastanawianie się nad tym przedmiotem w tem tutaj gronie wydaje mi się zbyt zbytecznym; powtóre, że w wyborze i zalecaniu kąpeli morskich, jako środka leczniczego, sądzę, nie można się kierować — tak jak wogóle w leczeniu, nazwą choroby, lecz konstytucją chorej, czy chorego, ich stanem odżywiania, wrażliwością i mniejszem lub większem oddziaływaniem na bodźce zewnętrzne.

Poruszać tutaj bliżej nie chcę wpływu leczniczego morza na różne postaci niedokrwestości, na różne formy nerwic czynnościowych i wskazywać na dobroczynny wpływ powietrza morskiego, resp. dłużej trwających podróży morskich, na pewne cierpienia dróg oddechowych, a w tej liczbie i na mało rozwiniętą, lub przewłoczną postać gruźlicy płuc, a także na pewne stany nerwowe, pragnę natomiast rzecz tę ogólniej postawić i rozpatrzyć, a mianowicie podnieść ważność pobytu nad morzem dla ludzi zdrowych, lecz przepracowanych, w celu dobrze zrozumiałego i odpowiednio wyzyskanego odpoczynku podczas miesięcy letnich.

Wielkomijskie środowiska z życiem gorączkowym, wyczerpującem, posiadają, jak to dobrze wiemy, całe, bardzo liczne zastępy ludzi niby zdrowych, ale przepracowanych, nie tylko fizycznie, lecz i umysłowo, i co gorzej, ze względu na naturę swych zajęć i obowiązków, nie posiadających wprost możliwości na podjęcie dłuższego, racjonalnego leczenia. Innemi słowy: cała t. zw. inteligencja wielkomijska, ludzie wolnych zawodów, najeczęściej zmuszeni są warunkami

mi życiowemi, jeżeli się już poddają leczeniu, osiągnąć względnie najlepszy wynik w jaknajkrótszym czasie, a nadto, nieraz z niedużym stosunkowo nakładem pieniężnym.

My, lekarze, przy kwalifikowaniu chorych do tej lub innej metody leczniczej, liczyć się musimy, i ze względami czysto praktycznej natury, życiowemi.

Takich właśnie względów i okoliczności w wielu razach nam lekarzom z uwagi spuszczać nie wolno.

Przy stosowaniu leczenia klimatologicznego już sam wybór, raczej wskazanie przez nas, tej lub innej miejscowości, nieraz rozstrzyga o tem: czy dany osobnik skorzystać może, lub nie, z leczenia się w zalecony sposób.

Najprzód więc odgrywać tutaj może rolę sam czas wyjazdu. Mając w tym razie na uwadze wyłącznie leczenie kąpielami morskimi, powiemy, że Bałtyk najodpowiedniejszy jest — ze względu na temperaturę wody — poczynając od końca czerwca, przez lipiec, do połowy sierpnia, kiedy woda zaczyna się już oziębiać.

Na morze Północne znów najlepiej z tych samych względów posyłać chorych od połowy lipca na sierpień do połowy września. Południowe zaś morza nadają się do kąpieli i w miesiącach następnych.

Drugi wzgląd — to oddalenie od miejsca stałego zamieszkania i środki komunikacyjne.

Piękną i pociągającą jest np. Rugia, lecz kosztowną i utrudzającą do niej podróż, gdyż na Berlin i Stralsund trwa droga do Crampas-Sassnitz bez mała godzin 24.

Nareszcie, i środki pieniężne, jakimi rozporządza chory, muszą być brane pod uwagę przy wyborze miejscowości.

Sama naprzykład podróż do Ostendy pociągnie więcej kosztów na osobę, niż wygodny pobyt miesięczny np. w Kranzu.

Przypuszczam, że mam choć w części słuszność, gdy powiem, że śród przyczyn, iż stosunkowo rzadziej zalecamy leczenie kąpielami morskimi, niż po temu znajdujemy wskazania, jest także i brak nieraz dokładnych wiadomości o miejscach kąpielowych tej kategorii. Potrosze wina za to spada i na zarządy tych miejsc leczniczych, które w porównaniu z zakładami takimi w górach i wogóle z miejscowościami kąpielowymi na lądzie, prawie wcale, a przynajmniej bardzo rzadko, używają dla przypomnienia się tyle dogodnej formy inseratów, jaką są broszury, i wogóle szczegółowe opisy wszelkich urządzeń z wymienieniem cen i udogodnień dla przyjeżdżających.

To też zdaje mi się, że nie będę dalekim prawdy, gdy wyrażę to zdanie, że wprawdzie nie często, lecz czasami, dowiadujemy się dopiero od chorych o pewnych brakach i niedogodnościach, lub przeciwnie, danej miejscowości leczniczej.

Szczególniej, według zdania mego, dotyczy to właśnie miejscowości kąpielowych morskich.

Ja osobiście, kierując się tylko przewodnikiem, parę razy doznałem pod tym względem zawodu.

O tyle dziś ucześnie i modnie Szeweningen otrzymałem od mej pacjentki, którą przed paroma laty tam wysłałem, relacją, przeczając informacyom przewodników.

Relacja ta między innemi mówi: plaża bardzo nieszczególna, woda niby z gliną zmieszana, kuchnia znacznie gorsza od tych, jakie znam w miejscach niemieckich na wybrzeżu morza Północnego; drożyna; braki te wynagradza chyba bliskość Hagi Gdym inną moją chorą, która znała ważniejsze miejscowości Atlantyku, skierował dla odmiany do St. Malo, doniosła mi znów, że wobec tego, że dno morskie jest tutaj wprost skaliste, że do wybrzeża przeznaczonego na kąpiel, przylega wykuta w skale twierdza, wraz z koszarami, zmuszoną była przejechać do niezbyt oddalonego Paramé, które choć mało znane, gdyż dopiero rozwijające się, posiada dodatnie warunki przyrodzone na kąpiele, a urządzenia pierwszorzędne i tanie. Przyznam się, że o Paramé, jako miejscowości kąpielowej, powziąłem wiadomość dopiero z tego źródła. Opinię tę o niem w rok potem potwierdził, nieżyjący już dziś, kolega Roman Jasiński.

Nie chcę przez podanie tych przykładów twierdzić, że turystyczne wrażenia chorych stanowczo powinny oddziaływać na zdanie nasze o danej miejscowości, lecz uważam, że znajomość jaknajdokładniejsza, nawet w najdrobniejszych, napozór mało znaczących szczegółach, miejscowości leczniczej, do której kierujemy chorych, jest bardzo, ale to bardzo, dla nas samych nie tylko pożyteczna, ale wprost konieczna. Z drugiej strony, nie potrzebuję chyba dowodzić, że wiadomości te, czerpane u źródła, a podawane nie przez osoby interesowane, jakimi bezwątpienia są wszelakie zarządy kąpielowe, o wiele większą posiadają wartość, ponieważ są oparte nie tylko na osobistem i fachowem doświadczeniu, lecz i dalekim od stronności spostrzeganiu. Temi względami powodowany, pragnę się podzielić z panami wrażeniami z wycieczki mej w ciągu ubiegłego lata nad Bałtyk przedsięwziętej. Dotyczą one miejscowości bardzo mało u nas znanej, a jednak, śród innych, zasługującej także na naszą uwagę.

Nim podam wiadomość informacyjną o Kranzu, o którym właśnie mam zamiar mówić, zastrzedz się muszę, że w myśl tego, co obecnie o sile leczniczej morza wogóle wiemy, znaczenie w ścisłem słowa pojmowaniu — *lecznicze*, posiadają tylko wybrzeża, a przedewszystkiem wyspy morza Północnego, a także Atlantyku; miejscowości zaś na morzu Bałtyckiem, a tembardziej nadbrzeżne, uważać trzeba głównie i przeważnie, jako miejsca bardzo korzystne dla zdrowia i przyjemnego pobytu podczas znojących i upalnych dni letnich.

Bałtyk bowiem, jako morze śródlądowe, nie jest w stanie współzawodniczyć co do własności leczniczych z sąsiednim morzem Północnem, lub oceanem.

Kąpiele morskie wybrzeża Bałtyckiego, zgodnie z poglądem Mettenheimera, podzielić można na kilka kategorii.

Do pierwszej — należą kąpiele na wyspach, lub nizinach nadbrzeżnych, otoczonych zewsząd wodą, narażone ze wszystkich stron

na panujące wiatry; bezleśne lub z bardzą skąpą roślinnością. Takimi są np. Wardnemünde, Wustrow.

Do drugiej kategorii zaliczyć trzeba kąpiele na południowym wybrzeżu Bałtyku, położone na samym brzegu, otwarte na morze, a zakryte ze strony lądu lasami, które stanowią nietylko ochronę od prądów powietrznych lądowych, lecz są niejako rezerwuarem czystego powietrza leśnego. Do takich kąpiele należą: Heiligendamm (Doberan), Gross-Müritz, Heringsdorf, Dievenow, Soboty, a także Kranz.

Na trzecią wreszcie kategorię kąpiele Bałtyku składają się te miejscowości, których brzeg i teren jest wyniosły i skalisty. Do takich miejsc (np. Putbus na Rugii) posyłać można osoby silne, amatorów nużących wycieczek, żadnych silniejszych wrażeń.

Już z tego podziału widać, że znakomita większość miejsc kąpielowych Bałtyku posiada tylko klimat mieszany.

Tak zwany Küstenklima.

Miejsca te ustąpić muszą pierwszeństwa kąpielom morskim na małych wyspach, od stałego lądu znacznie oddalonych, a tem samem posiadających klimat czysto morski, stanowiący istotę tego, co Niemcy nazywają Seeluftbad.

Na Bałtyku również nie mamy tych wielkich kilkunasto-metrowych fal; tych gwałtownych ruchów morza Północnego, właściwych także niektórym miejscom nad oceanem.

Nareszcie, odsetka soli nieorganicznych w wodach Bałtyku, nie dosięga 1%, gdy wody morza Północnego wykazują ich z górą 3%.

Z drugiej strony przedstawia Bałtyk pewną wyższość nad morzem Północnem. Stacje kąpielowe na tem ostatniem (Sylt, Helgoland, Norderney), — to puste wyspy, na których, oprócz piasku i trochę trawy, ani śladu lasu nie znajdzie. Wycieczek, spacerów oprócz pływania po morzu i spacerowania po piasku, nie ma prawie żadnych.

Co innego nad, lub na Bałtyku.

Tutaj wiele miejscowości posiada nietylko położenie piękne, lecz i bogatą roślinność, a nie rzadko lasy rozległe, stąd możność przyjemnych wycieczek i duża różnorodność podczas pobytu.

Dodajmy, że same brzegi Bałtyku, najczęściej płaskie, nieskaliste, pokryte gruboziarnistym piaskiem, nadają się do celów kąpiele morskiej.

Cechy te w większym lub mniejszym stopniu, obok warunków natury praktycznej, o których na wstępie mówiłem, posiada miejscowość, którą lata ubiegłego zwiedziłem.

Miejscowość Kranz, leżąca w Prusach wschodnich, w okręgu Królewieckim, o 28 kilm. na północ od Królewcza, na szerokim wybrzeżu Bałtyku, posiada już pewną tradycją. Powstanie jej datuje się od roku 1816-go. Wzrastała ona stopniowo, a doszła do stanu obecnego rozwoju dzięki opiece rządu pruskiego, który jako jej właściciel, nie skąpił nakładów i nie dawniej dopiero jak w r. 1895 oddał ją na rzecz gminy. Dzisiaj Kranz, pomimo że leży zdala od większych centrów. z wyjątkiem Królewcza, odwiedzany jest rok rocz-

nie przez 7 — 8 tysięcy przeciętnie kuracyszów, a przeszło 120 tysięcy osób przejezdnych.

Kranz, otwarty ze strony północno-wschodniej, posiada dobrą falę, uznaną oddawna za najsilniejszą na wybrzeżu Bałtyku. Wypada na 117 dni sezonowych przeciętnie tylko 27 dni, takich, w których morze bywa tu spokojne.

Nieszerokie wybrzeże jest piaszczyste, toż samo spodnie warstwy dna morskiego. Sam brzeg niski, łatwy do wejścia dla kąpiących się. Miejsca do kąpieli niezbyt oddalone od środka osady, a drogi do nich wygodne. Z morza widać odpowiednio umieszczone zegary, co daje możność kontrolowania czasu trwania kąpieli. Przeciętna temperatura powietrza wynosi tu w czerwcu 13.5° R.; w lipcu 14.75° R.; w sierpniu 15.0° R.; we wrześniu 12.05° R. Średnia temperatura morza w czerwcu 11.62° R.; w lipcu 14.5° R.; w sierpniu 13.9°; we wrześniu 12.0° R.

Względna wilgotność powietrza wyraża się przeciętnie w cyfrach: w czerwcu 83°; w lipcu 78.6°; w sierpniu 84.6°; we wrześniu 83.2°.

(Dok. nast.).

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go maja 1900 r.

—h.— Na kilka dni przed zjazdem międzynarodowym lekarskim w Paryżu odbędzie się tamże pierwszy zjazd międzynarodowy przedstawicieli prasy lekarskiej (26 — 28 lipca). Myśl potrzeby wspólnego omówienia spraw, dotyczących prasy lekarskiej, która przez swe spotęgowanie się w latach ostatnich, przez obejmowanie coraz szerszych sfer wpływu, sięgających po za granice poszczególnych krajów, stała się wielkością o znaczeniu międzynarodowym, ma już swoją krótką historję.

W roku 1894 na kongresie w Rzymie M. Boudouin i C. Posner z Berlina rzucili projekt utworzenia „Związku międzynarodowego prasy lekarskiej“, któryby miał na celu ułatwienie zadania sprawozdawcom dzienników lekarskich podczas wielkich kongresów.

Z drugiej strony na ostatnim zebraniu ogólnem tegoż zjazdu dr. H. Dobrzycki postawił wniosek, aby do zwykłego programu zjazdów dołączoną została sekcya specjalna dla spraw prasy lekarskiej.

Komitet międzynarodowy prowizoryczny wybrany wtedy z dr. Labordem (Paryż), jako przewodniczącym, miał opracować projekt statutu przyszłej sekcji. Miała się ona zebrać z początku w Brukseli w r. 1896, następnie w Moskwie w r. 1897. Zebranie jednak nie przyszło do skutku i odłożone zostało do zjazdu paryskiego.

Związek z tym zjazdem jest jednak przypadkowy tylko, nie wchodzi bowiem jego zadanie do prac kongresu, jak tego żądał kol. Dobrzycki. Komitet zarządzający liczy jedynie, że napływ na ogólny zjazd międzynarodowy — pośrednio przysporzy mu uczestników. Ale i kwestye postawione w programie obrad są już same przez się na tyle ważne, że mogą wzbudzić bezpośrednio zainteresowanie i samodzielnie ściągnąć członków.

Zwracają na siebie szczególnie uwagi następujące tematy:

1) Potrzeba zawiązania stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej (referaty Laborde, C. Posner, Rubino (Neapol) — będą w odbitkach rozdane przed rozpoczęciem posiedzenia).

2) Zastosowanie zasad obrony własności literackiej do literatury lekarskiej (referaty de Maurans, Pouillet, Rochet z Paryża).

Następnie przyjdą pod obrady: projekt ujednostajnienia terminologii technicznej dla wskazówek bibliograficznych; rozszerzenie na dziennikarzy lekarskich pewnych przywilejów materyalnych, przyznanych prasie politycznej, prawo reprodukcji, prawidła zamiany, przedstawicielstwo zagranicą; udział w organizacyi i pracach kongresów.

Zjazd obradować będzie w 4 językach: francuskim, niemieckim, angielskim i włoskim.

Komunikaty powinny być nadsyłane najpóźniej do 1 czerwca, z dołączeniem treści (1 — 2 stron druku) w języku francuskim (dr. Blondel, sekretarz generalny komisji organizacyjnej, — Paryż, ul. de Castellane № 8). Udział członkowski 25 fr.

Kongres prasy lekarskiej wypada jednocześnie ze zjazdem lekarzy i przyrodników w Krakowie, na którym będzie pracować oddzielna sekcya dla prasy lekarskiej. Z tego względu zapewne mało kto z przedstawicieli naszej prasy lekarskiej będzie mógł uczestniczyć w zjeździe omawianym. Niemala to szkoda, mianowicie ze względu na ewentualne wyniki kwestyi utworzenia związku międzynarodowego prasy lekarskiej, przyczem byłoby bardzo do życzenia, aby i nasza prasa lekarska zaznaczyła swoją obecność i mogła przystąpić do związku.

Wprawdzie myśl stworzenia związku międzynarodowego każe przypuszczać istnienie już wszędzie związków prasy krajowej, będąc sama niejako dalszym krokiem w rozwoju organizacyi. Takie związki istnieją jednak dotąd dopiero we Francyi i Niemczech. Nie dziwimy się więc wiele, że u nas poczucie potrzeby tej jeszcze nie powstało; jest to niezawodnie owoc wyrastający samodzielnie tylko przy szerszej i głębszej uprawie tej niwy. Może jednak uda się go sztucznie przeschęcić dzięki wpływom zewnętrznym, mianowicie z konieczności stworzenia jakiejś organizacyi wewnętrznej, aby móż przystąpić do związku międzynarodowego, coby w każdym razie było zawsze z korzyścią dla naszej wegetacyi prasowej.

Dobrzeby było, gdyby myśl ta poruszona została w sekcyi prasy zjazdu krakowskiego.

—z.— Pogotowie ratunkowe sprowadziło z Wiednia karetkę specjalną do przewożenia chorych niezamożnych z domów do szpitali lub odwrotnie. Jak wiadomo, od początku istnienia korzystają za opłatą z przewozu karetką specjalną umyślnie w tym celu sprowadzoną chorzy zamożni. Instytucja zrobiła krok naprzód i pragnie niezamożnym dać także same udogodnienie. Korzystać z niej będą mogli chorzy, których ubóstwo poświadczone zostanie przez osoby wiarogodne i których stan według świadectwa lekarza wymaga przewiezienia w położeniu poziomem. Od żądającego przewozu wymagane jest zapewnienie, że posiada miejsce w szpitalu zamówione, oraz że choroba nie jest zakaźna.

Przewozy odbywać się mogą między godz. 9 rano a 1-szą po południu.

Innowacja ta ma doniosłe znaczenie dla chorych naszego miasta, dotąd dostarczano ich z wielką dla zdrowia ujmą dorożkami.

—z.— Jenerał Gubernator Warszawski zakomunikował zarządowi Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej prawidła, na zasadzie których lekarze dyżurni w razie nieobecności lekarzy miejskich mają sporządzać protokoły sądowo-lekarskie.

Prawidła są następujące: 1) Zarząd Towarzystwa otrzyma bezpłatnie księgę z blankietami, drukowanymi według wzoru zatwierdzonego. W blankietach tych lekarz wypełni godziny oględzin, imię i nazwisko poszkodowanego, miejsce wypadku oraz rodzaj i stopień uszkodzenia; 2) talon księgi pozostanie w aktach Towarzystwa, sam zaś protokół będzie wręczony policyi; 3) protokół ma być pisany w języku rosyjskim; 4) protokoły będą spisywane we wszystkich wypadkach uszkodzeń zewnętrznych lub ran zadanych w celu przestępnym umyślnie lub skutkiem nieostrożności, oraz w wypadkach wybuchu, zaważenia ścian, ziemi i t. p., w wypadkach zaś wywołanych przez siły natury (piorun) lub skutkiem nieostrożności poszkodowanego są zbyteczne; 5) gdyby na miejscu wypadku był lekarz miejski sporządzenie protokołu należy do niego.

Zarząd postanowił powyższe prawidła przyjąć i zawiadomić p. Jenerał Gubernatora.

Sprawa ta pod względem sądowo-lekarskim posiada wielką doniosłość, dotąd bowiem oględziny lekarskie były dokonywane przez lekarzy policyjnych w dni kilka dopiero po wypadku, obecnie spisywane będą natychmiast, co wpłynie na kwalifikację uszkodzeń dotadnio.

—z.— Przypominamy sz. kolegom, że wszyscy autorzy prac polskich od r. 1891 są proszeni o nadsyłanie na wystawę broszur, dzieł, wydawnictw i t. p.

—z.— Wpadła nam w ręce recepta z nagłówkiem następującym: „*bezpłatne ambulatoryum kliniki* prof. A. Szezerbaka we wtorki, czwartki i soboty od 10 — 12 w poł. (Konwiktorska, 7).“ Ponieważ dotąd nie nie słyszeliśmy o otwarciu ambulatoryum klinicznego w tem miejscu, należałoby może, aby nie wprowadzać w błąd

publiczności, zaznaczyć, że jest to *prywatne* ambulatoryum, redakcyja nagłówka bowiem jest bardzo niejasna...

—kd.— Na ostatnim kongresie otiatrów włoskich w Rzymie w październiku r. p. prof. Gradenigo z Turynu mówił o tytule specjalisty otho-rhino-laryngologa. Zdaniem jego, lekarz specjalista winien posiadać wszechstronne wykształcenie lekarskie, znać metody badania i leczenia, technikę operacyjną, często dosyć skomplikowaną w tej specjalności. W uniwersytetach choroby gardła i uszu są traktowane po macoszemu: katedr bardzo niewiele, przedmioty te nie są dla studentów obowiązkowe; odwiedzanie specjalnej kliniki przez parę miesięcy jest jeszcze niedostateczne. Nie może być mowy o tem, ażeby zabronić dyplomowanym lekarzom zajmować się leczeniem tych chorób, jak i zabronić używać tytułu specjalisty, nawet jeżeli nie badał tych cierpień podczas kursów nauk lekarskich. Dyplom lekarski nie daje jeszcze prawa lekarzowi wszystkim się zajmować, ale upoważnia go tylko do praktyki w tym zakresie, który dobrze posiada: żaden praktyk nie może być zmuszonym zajmować się leczeniem chorego, jeżeli sam się uważa za niekompetentnego. Dobrze byłoby zażądać od rządu utworzenia specjalnego egzaminu, dla otrzymania oficjalnego tego tytułu specjalisty, jak to już jest urzędzonym dla higienistów. W razie gdyby rząd odmówił swego poparcia tej sprawie, towarzystwo laryngologów, modyfikując swe statuty, mogłoby wziąć w opiekę godność praktyki specjalnej. Towarzystwo przyjęłoby zgłaszających się członków i kandydatów, którzy, ażeby zostać członkami, musieliby pracami swemi stwierdzić, że są warci tego tytułu. Tym sposobem wybranie na członka rzeczywistego byłoby najlepszym dowodem zasłużonego tytułu specjalisty.

SPROSTOWANIE.

W zeszycie VIII-ym „Kroniki“ na str. 300 w wierszu 4 od góry po wyrazie śledziona dodać *nie*, — w wierszu 6 usunąć słowa „na podszwach“.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. 19 przypadków koincydencji zbroczeń umysłowych z wrzekomem obojactwem, 4 przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków oraz 57 spostrzeżeń spraw sądowo-lekarskich, dotyczących wrzekomych obojnaków—Fr. Neugebauer (ciąg dalszy) — str. 375.
- II. Przypadek ropnego zapalenia opłucny pochodzenia promienicowego — K. Lidmanowski — str. 385.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

193—206. Wyciąg sprawozdawczy z 13-go zjazdu chirurgów francuskich, odbytego w Paryżu pomiędzy 16 i 21 października 1899 r. (dokończenie) — str. 387.

II. Syfilidologia.

207. A. Fournier — Niebezpieczeństwo społeczne przymiotu — str. 395. 208. Dr. Ed. v. Seligson — W sprawie etylogii późnego okresu przymiotu — str. 400.

III. Choroby oczu.

209. A. Darier — O mięsieniu oka; mięsienie rogówki, mięsienie wibracyjne, mięsienie uciskowe i wpływ tegoż na akomodację i refrakcję — str. 402. 210. Dr. Ch. Abadie — O leczeniu jaskry — str. 405.

IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 407.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 410.

VI. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 412.

VII. Odcinek — str. 416.

Kronika bieżąca — str. 420.



Do Numeru dzisiejszego dołącza się program zjazdu krakowskiego.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.