

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*).

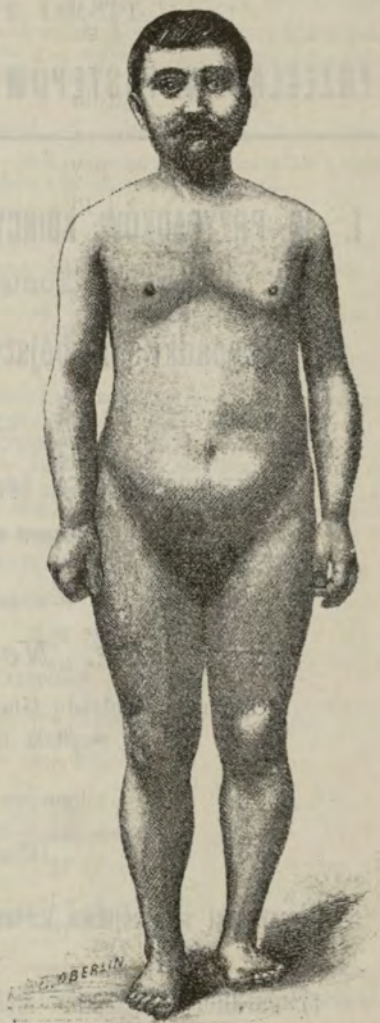
4 przypadki samobójstwa usiłowanego przez wrzekomych obojnaków.

1) Tardieu („Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels contenant les souvenirs et impressions d'un individu, dont le sexe avait été méconnu“, Paris, 1874, pag. 61 — 174), opisując przypadek samobójstwa wrzekomego obojnika Aleksyny B., podaje pozostawioną przez nieszczęsnego samobójcę autobiografię in extenso w druku. „Samo-

bójstwo to — pisze Tardieu — „fournit en effet l'exemple le plus cruel et le plus douloureux des conséquences fatales que peut entraîner une erreur commise dès la naissance dans la constitution de l'état civil.“ „On va voir la victime d'une semblable erreur, après vingt ans passés sous les habits d'un sexe qui n'est pas le sien, aux prises avec une passion qui s'ignore elle même, avertie enfin par l'explosion de ses sens, puis rendue à son véritable sexe en même temps qu'au sentiment réel de son infirmité physique, prenant la vie en dégoût et y mettant fin par le suicide.“

Nieszczęsny osobnik ten wychowany w klasztorze i na pensjach dla panien aż do 22-go roku życia, po złożeniu egzaminów otrzymał dyplom na nauczycielkę, nagle został zmuszony przez wyrok sądowy trybunału w Larochele do zmiany swego stanu cywilnego. Nie mógł jednak znieść następstw tej nagłej zmiany socjalnego stanowiska kobiety, do którego przywykł, na stanowisko mężczyzny! „Les combats“ — pisze Tardieu — „et les agitations aux quels a été en proie cet être infortuné, il les a dépeintes lui-même dans des pages qu'aucune fiction romanesque ne surpasse en intérêt. Il est difficile de lire une histoire plus navrante, racontée avec un accent plus vrai, et alors même que son récit ne porterait pas en lui une vérité saisissante, nous avons dans des pièces authentiques et officielles la preuve, qu'il est de la plus parfaite exactitude.“

W lutym 1868 r. w izdebce ubogiej na facyatce jednego z domów przy ulicy paryskiej „de l'École de Médecine“ znaleziono trupa tego osobnika,



Aleksina B., samobójca,
ofiara mylnego określenia płci.

który zadał sobie śmierć przez zaczadzenie. Trup leżał na podłodze obok kociołka, zawierającego tylko popiół po spalonych węglach. Trup był na wpół ubrany, twarz była siną, z ust sączyła się krewa piana. Dr. Régnier po oględzinach trupa i skonstatowaniu anomalii rozwojowej, rozejrzał się po izdebce i znalazł na stole list nieśczęsnego samobójcy do matki pisany, w którym przeprasza matkę za sprawiony jej żal i smutek przez przerwanie życia, którego mąk dłużej znosić nie był w stanie. Prócz tego znaleziono rękopis, zawierający obszerną autobiografię Aleksiny B. Otóż Tardieu podaje rękopis ten in extenso. Ponieważ autobiografia ta jest najlepszym zwierciadłem udręczeń psychicznych, wywołanych mylnem określeniem płci w stanowisku płci obcej, sędzę, że zainteresuje czytelnika podanie tego opisu chociażby w skróceniu, a mianowicie podaję opis w oryginale francuskim Raffegau'a.

„Élevé pendant vingt ans au milieu de jeunes filles, Aleksina B... au sorti de pension, fut d'abord pendant deux années au plus, femme de chambre; à 17 ans et demi, il entra en qualité d'élève-maitresse à l'École normale de X. A 19 ans, il obtint son brevet d'institutrice avec le N^o. I, et quelques mois après, il était nommé institutrice-adjointe dans un pensionnat assez renommé de l'arrondissement de... Y.“

„Dans ces différentes situations, il eut toujours pour l'une des jeunes filles dont il partageait l'existence, un attachement passionné et sans qu'il s'en rendit compte tout d'abord les sentiments qu'il éprouvait étaient bien plutôt ceux d'un amant que d'une amie. On le voit d'abord en pension „entourer d'un culte idéal et passionné tout à la fois, une de ses camarades nommée Léa“.“

„A 15 ans il devient la camériste de M^{lle} Clotilde de K. et dit-il, assistant le matin à son lever, l'aidant à s'habiller, je me prenais parfois à l'admirer naïvement. La blancheur de sa peau n'avait pas d'égale. Il était impossible de rêver des formes plus gracieuses sans en être ébloui.“

„Devenu la lectrice de M. de R... il écrit plus loin: „J'avoue que je fus singulièrement bouleversé à la lecture des metamorphoses d'Ovide.“

„A 17 ans, Aleksina B... entre à l'École normale de X et il raconte ainsi ses impressions des premiers jours: „je ne sais quel trouble inexprimable vint me saisir, lorsque je franchis le seuil de cette maison. C'était de la douleur, de la honte. Ce que j'éprouvais, nulle parole humaine ne pourrait l'exprimer.“

„Lorsque j'arrivai à la classe des élèves-maitresses, la vue de tous ces frais et charmants visages qui me souriaient déjà me serra le cœur. Sur tous ces jeunes fronts, le lisais la joie, le contentement, et je restais triste épouvané;

quelque chose d'instinctif se révélait en moi, semblant m'interdire l'entrée de ce sanctuaire de virginité. Un immense dortoir composé de 50 lits à peu près réunissait les pensionnaires. Habitué depuis longtemps à avoir une chambre pour moi, je souffris énormément de cette espèce de communauté. L'heure du lever était surtout un supplice pour moi, j'aurais voulu pouvoir me dérober à la vue de mes aimables compagnes, non pas que je cherchasse à les fuir, — je les aimais trop pour cela, mais instinctivement; j'étais honteux de l'énorme distance qui me séparait d'elles physiquement parlant.

„A cet âge on se développent toutes les grâces de la femme, je n'avais ni cette allure pleine d'abandon, ni cette rondeur des membres, qui révèlent la jeunesse dans toute sa fleur. Mes traits avaient une certaine dureté, qu'on ne pouvait s'empêcher de remarquer. Un léger duvet, qui s'accroissait tous les jours couvrait ma lèvre supérieure et une partie de mes joues. On le comprend, cette particularité m'attirait souvent des plaisanteries que je voulus éviter en faisant un fréquent usage du rasoir. Je ne réussis, comme cela devait être qu'à l'épaissir d'avantage et à la rendre plus visible encore.“

„J'en avais le corps littéralement couvert, aussi évitais-je soigneusement de me découvrir les bras, même dans les plus fortes chaleurs comme le faisaient mes compagnes. Quant à ma taille elle restait d'une maigreur vraiment ridicule.“

„Néanmoins j'étais né pour aimer. Toutes les facultés de mon âme m'y poussaient: sous une apparence de froideur et presque d'indifférence j'avais un cœur de feu. Aussi je me liai bientôt d'une amitié étroite avec une charmante jeune fille nommée Thécia, plus âgée que moi d'une année.“ „Cette liaison ne tarda pas à m'attirer des reproches. De temps à autre, notre maîtresse me surprit au moment où je me penchais vers mon amie pour l'embrasser, tantôt sur le front et, le croirait on de ma part, tantôt sur les lèvres; cela se repetait vingt fois en une heure.“

„Aleksina B. parle ensuite de ses nuits troublées par d'étranges hallucinations, faisant allusion sans doutes aux pertes séminales qui parfois mouillaient sa couche. A 19 ans il entre comme institutrice-adjointe au pensionnat de M-e D... laquelle avait deux filles. Aleksina B... conçut bientôt pour la plus jeune, nommée Sarah, une véritable passion. Je ne l'aimais pas dit-il, je l'adorais. Au bout de quelque temps, la descente des testicules dans le scrotum ayant commencé à se faire avec des vives douleurs, Aleksina, qui ne pouvait s'expliquer ces souffrances et en était très inquiète, engagea Sarah à venir partager son lit. „Et c'était ainsi“ dit-il, „que je devins son amant.“ Il pousse même à cette occasion, comme un cri de triomphe. Sarah m'appartenait désormais!!! Elle était à moi!!!“ Ce qui dans l'ordre naturel des choses, devait nous séparer dans le monde nous avait unis!!!“ Deux années s'écoulèrent de la sorte. Enfin Aleksina, auquel un médecin,

consulté pour ces douleurs, avait donné l'éveil, va trouver l'évêque qui la fit examiner par le Dr. H... et quelques semaines après, le tribunal civil ordonna que rectification fut faite sur les registres de l'état civil, en ce sens que je devais y être porté comme appartenant au sexe masculin." Cette décision nécessitait un prompt éloignement; au bout de quelques jours Aleksina ayant changé de vêtements, arrivait à Paris.

„Il reste 5 années dans les bureaux de la compagnie des chemins de fer: Paris-Lyon-Méditerranée et se repand en recriminations sur tout et sur tous! Sa correspondance avec Sarah dure encore quelque temps, mais peu à peu, à l'expression d'une tendre affection succède une froide réserve, et une dernière lettre lui signifie une rupture complète. Il lui semble, quelque chose se déchire au dedans de lui même. Son isolement lui apparaît dans toute son horreur, et sa haine du monde et de la vie s'en accroît. Son journal n'est qu'une suite des plaintes et de déclamations contradictoires.“

„Va maudit! poursuis ta tâche! Le monde que tu invoques, n'était pas fait pour toi! Tu n'étais pas fait pour lui! Dans ce vaste univers ou toutes les douleurs ont place, tu y chercheras envain un coin pour y abriter la tienne! Elle y fait tache. Elle renverse toutes les lois de la nature et de l'humanité. Le foyer de la famille t'est fermé. Ta vie même est un scandale, dont rougirait la jeune vierge, le timide adolescent.“ „30 Mai 1868: Il quitte la place au chemin de fer.“ „Seigneur! le calice de nos douleurs n'est il pas encore vide? Votre main adorable ne doit elle donc s'étendre sur moi que pour frapper, pour briser ce coeur si profondément ulcéré, qu'il ne s'y trouve plus de place ni pour la joie, ni pour la haine.“

„Après avoir essayé de place de plusieurs emplois, Aleksina que son esprit irrésolu et toujours tourmenté empêchait de prendre une sage détermination, se trouva dans la misère et le suicide lui apparut comme le seul remède à ses maux“ ¹⁾.

N^o 2: Spostrzeżenie osobiste moje z r. 1896 dotyczy tentaminis suicidii 18-letniego mężczyzny, mylnie za pannę wychowanego, przez otrucie strychniną. Przytaczam tylko sam fakt, pomijając wszelkie detale. Przyczyną zamachu na życie własne była rozpacz z powodu cierpień moralnych, wywołanych narzuceniem stanowiska socjalnego przeciw-naturalnego, jako kobiety osobnikowi, który odczuwał jaknajwyraźniej, że jest mężczyzną i miał dowody na to. Sam czyn, usiłowanie samobójstwa, uważam po prostu za następstwo mylnego wy-

¹⁾ Wyciąg ten z opisu Raffegau podałem naumyślnie w oryginale francuskim.

chowania męskiego spódzca za kobietę, czyli za pośrednie następstwo anomalii rozwojowej organów płciowych.

№ 3: Rein („Protokoły Kijewskawo-Akuszorsko-Ginjekologiczskawo Obszczestwa“, vol. VIII, 1895, pag. 73, dnia 25/X, — „Wracze“, 1895, N. 1, pag. 18) demonstrował organa płciowe 22-letniej Barbary Sk., która się otruła fosforem. Zewnętrzny wygląd trupa był kobiecy. Rysy twarzy były kobiece, bez zarostu męskiego. Sutki kobiece, również zewnętrzne organa płciowe. Clitoris 4 centymetrów długości. Otwór cewki poniżej lechtaczki pomiędzy dwiema fałdami bocznymi. Wargi większe wiotkie sfałdowane, małe wargi prawidłowe. Organa płciowe wewnętrzne po części męskie. Jądra ze szczytkowo rozwiniętymi przyjądrzami w wargach sromowych wielkich leżące dają się łatwo odprowadzić do jamy brzusznej; mały gruczoł krokowy zawiera kilka drobnych torbieli płynem napełnionych. Spermatozoidów nie znaleziono. Miednica wązka, lejkowatego kształtu. Vesiculae seminales dosyć znaczne. Był to więc obojnak męzki „par erreur de sexe“ za kobietę wychowany. Już przed 7-iu laty Barbara Sk. zgłosiła się do tejże kliniki kijowskiej z żądaniem odpowiedniej zmiany co do jej płci w metycee, ponieważ czuje się mężczyzną. Ostrzygła sobie poprzednio krótko włosy i ubrała się w męzkie ubranie. Prośbie jej wtenczas nie zadosyćuczyniono. Z rozpaczy odebrała sobie życie.

№. 4: Bacaloglu i Fossard: w artykule: „Deux cas de Pseudo-Hermaphroditisme: Gynandroides“ (La Presse Médicale, 1899, pag. 331 — 333) opisali przypadek samobójstwa wrzekomego jakoby obojnaka żeńskiego. Emilia M. przywiezioną została dnia 29 marca 1899 r. na salę doktora Fernet'a w szpitalu Beaujon w Paryżu po usiłowaniu samobójstwa przez zaczadzenie się. Osoba 47-letnia, nie zamężna. Wyraz twarzy osobliwy, zdradza i męzkie i kobiece rysy. Włosy na czole przez fryzurę zebrane ku górze, tak, że całe czoło jest odsłonięte, włosy na głowie splecione w warkocz, sięgający aż do pasa. Bródka, policzki i warga górna są ogolone. Twarz wygląda jak u mężczyzny, który ogolił się dwa dni temu. Już kilka dni po przyjęciu chorej do szpitala widać było zarost męski świeży, ponieważ w szpitalu go nie zgolono. Sutek prawie nie ma, górna część ciała czyni wrażenie męskiej. Srom przedstawia obraz zupełnego obojactwa wrzekomego. Mons Veneris i okolica sromu znacznie owłosione. Lechtaczka, o napletku wielkim, ma cztery i pół centymetra długości; podczas częstych erekcyj organ ten znacznie nabrzmięwa i powiększa się, jak twierdziła posługaczka, która na własne oczy to widziała. Pomiędzy żołądźką i ciałem lechtaczki *sulcus*,

jak po za żołądźią prącia męzkiego. Na dolnej powierzchni łechtaczki widać rowek czyli rynnę sięgającą aż do osady łechtaczki, wskazującą na granicę dwóch ciał jamistych, z których składa się łechtaczka. Gdy uda złożyć lub w pozycyi stojącej wargi wielkie przylegają ściśle ku sobie, tak, że czynią najzupełniej wrażenie moszny męskiej — nie widać wtedy ani śladu otworu pochwy. W wargach sromowych wielkich nie ma ani śladu gruczołów płciowych jakichkolwiek. Małe wargi są bardzo szczałkowe. Poniżej osady łechtaczki widać po rozwarciu ud otwór cewki kobiecej o małym polipie śluzowym, poniżej widać otwór pochwy oraz *carunculae myrtiformes*, otaczające otwór pochwy. Z powodu ciasności pochwy, palec chociaż wazeliną posmarowany z trudem li tylko wchodzi do jej światła. Macica jest bardzo małą, o drobnutkim otworze ust macicznych. Sklepienia pochwy są bardzo głębokie. Przy badaniu per rectum wymacano ciało macicy „sans lésions“ (?). Klatka piersiowa i kończyny pokryte długim włosiem męzkim miękkim. W płucach skonstatowano gruźlicę rozwiniętą już znacznie, szczególnie w lewym szczycie. Płuco prawe również zajęte. Serce prawidłowe, białkomocz. Chora zdradza zupełne wyczerpanie sił, kacheksyę znaczną. Na obu pośladkach odleżyny znaczne, które z dnia na dzień po przybyciu chorej do szpitala się powiększały — wskutek nietrzymania moczu i stolca. Chora na zapytanie odpowiednie odpowiedziała, że miała peryody zawsze nieregularne i trwające zaledwie po 2 lub 3 dni. Nigdy nie miała stosunku płciowego ani z mężczyzną, ani z kobietą. Dwa miesiące po przybyciu do szpitala chora zmarła wskutek wycieńczenia ogólnego. Sekcyi nie zrobiono. Wywiady za życia chorej polecono jednej z nadzorczyń sali szpitalnej. Jej to zeznała chora przed śmiercią, że obcowiała z kobietami moralnie upadłemi, że wolała być w ich towarzystwie, niż w męzkim. Osoba ta, o pewnych pozorach męzkich, miała należeć do tak zwanych „hommasses“, o których Dionis pisze: „Le clitoris croit quelquefois tellement qu'il devient long et gros comme la verge de l'homme. Cella arrive fréquemment aux Égyptiennes. Les Européennes, qui l'ont plus long que les autres sont appellées des „ribaudes“, parcequ'elles peuvent abuser et se polluer avec d'autres femmes. C'est ce qui a fait proposer l'amputation pour ôter à ces femmes le sujet d'une lascivité continuelle: Mais il en est peu qui se soumettent à cette opération, car si elle est sâge, elle n'en abuse pas; si elle est débauchée, elle ne se privera pas volontairement d'une partie, qui contribue au plaisir qu'elle trouve de sa débauche.“

Sprawy sądowe, dotyczące wrzekomych obojnaków.

W całej kazuistyce wrzekomego obojactwa znalazłem tylko 2 spostrzeżenia, w których wrzekomy obojnak stał się ofiarą przestępstwa alterius:

1. W czasopiśmie „The-Sei-I-Kwai“ (Medical Journal w Kochi), XI, 1890, w Japonii opisano przypadek zabójstwa żony przez męża, który po dokonaniu zbrodni zbiegł. Przy sekcji sądowej ku ogólnemu zdziwieniu lekarze skonstatowali na trupie zabitej mężatki płeć męską pomimo pozorów zupełnie kobiecych.

2. E. F. Bellin („Słuczaj zatrudnitelnawo opredjelenja poła i graždanskich praw. Muższczyzna ili żenszczyzna?“ Charków, 1898) był ekspertem w sprawie zgwałcenia 24-letniej panny M. X. — Dnia 21/I, 1898, na wyrobnicę porwracającą z fabryki w mieście na wieś, na szosie napadło 2 mężczyzn: uderzono ją w głowę, poczem zemdlął; gdy odzyskała przytomność, czuła silny ból i rżnięcie w odbytnicy, z której lała się krew. Przy zbadaniu sądowym skonstatowano rozdarcie odbytnicy w 3 miejscach, obwód otworu odbytu krwią zbroczony, brzegi mocno obrzękłe i spuchnięte. Naderwania mają do 2¹/₂ cent. głębokości i krwawią. Dalej pokazało się, że dziewczyna stała się ofiarą bezwiednie popełnionej pederastyi, i że pederastyi tej sprzyjało nieprawidłowe ukształtowanie organów płciowych, albowiem M. X. była *mężkim spódcem o hypospadiasis peniscrotalis*, oraz pochwie jednego tylko centymetra głębokości. Jądra przy poziomej pozycji, leżąc w jamie brzusznej przy ucisku na ścianę brzuszną, wyskakują do wrzekomych warg sromowych, przy chodzeniu pozostają w wargach. Odruchy mm. cremasterum silne. Penis fissus 2 etm. długości o erekcyi przy każdym dotykaniu palcem. Wejście pochwy otoczone błoną dziewiczą. Wzrost 169 etm., brak sutek kobiecych, zarost męzki na twarzy. Peryodów ani również wytrysków męzkich panna M. X. jeszcze nigdy nie miała i jeszcze żadnych popędów płciowych nie odczuwała. *Erreur de sexe*: Zgwałcenie wrzekomego obojnika męskiego mylnie za pannę wychowanego.

Sprawy sądowe, wytoczone wrzekomym obojnakom dotyczą po większej części nieobyczajności, zgwałcenia, incestu i t. d., lecz były podawane skargi sądowe i z innych przyczyn.

№ 1. X. X., wrzekomy obojnak męzki 18-letni, mylnie za pannę wychowany, był pod sądem pod zarzutem usiłowanego zabójstwa matki i brata przez otrucie strychniną. Udowodniono tylko usiłowanie samobójstwa, skazano podsądneho, jako niepełnoletniego,

na pokutę kościelną oraz oddanie rodzicom pod dozór (Spostrzeżenie własne, 1896).

№ 2. Barbara Hoehn, 20-letnia kobieta, skazana była sądownie jako herszt bandy rozbójniczej (patrz: Virchow: „Gesammelte Abhandlungen zur wissensch. Medicin“, Frankfurt, 1856, p. 779, oraz „Verhandl. der Würzburger physical. med. Gessellschaft“, 1852, Bd. III, p. 359). Ogólny wygląd, charakter i usposobienie męskie popęd płciowy jednak ku mężczyznom skierowany. Sutki kobiece, hypospadiasis peniserotalis, istnieje pochwa, do której otwiera się cewka moczowa — zagłębienie sinus urogenitalis, w lewej połowie seroti fissi ciało miękkie bardzo przesuwalne, w prawej dwa ciała, twardsze i miękkie. Prawdopodobnie Barbara H. była spódzcem męskim, stanowczo rozstrzygnąć kwestyi płci Virchow nie mógł.

№ 3. Marya Chupin, oskarżona o zamiar zabójstwa dziecka, osadzona w domu dla obłąkanych (patrz poprzednio: spostrzeżenie Reverenon'a i Raffegeau'a).

№ 4. Nambrok Sadinach, wrzekomy obojnak męski o hypospadiasis peniserotalis, w więzieniu osadzony w Soerabaia na wyspie Java (patrz: Stratz „Die Frauen auf Java“, Stuttgart, 1897, p. 124 (Przyczyna uwięzienia nie podana).

№ 5. Osobnik 20-letni, w Waleneyi urodzony, o płci wątpliwej, osadzony w więzieniu jako wichrzyciel polityczny, oraz „homme à instincts dépravés“ (patrz poprzednio: spostrzeżenie Portilla'ego).

№ 6. W roku 1875 (patrz Jacques Duval) w klasztorze pańskim „de Sainte-Geneviève“ skradziono puchar srebrny. Wykryto, że puchar skradł posługacz, już od 12-go roku życia w klasztorze służący i wyznaczono mu jako karę chłostę wobec całego personelu klasztoru. Chłopak błagał o niewykonanie kary, albowiem, pomimo że był wychowany za chłopca, już 4 czy 5 lat temu przekonał się, że jest kobietą, a wobec wykonania wyroku tajemnica jego stałaby się publiczną. Przy zbadaniu tego osobnika pokazało się, że był to wrzekomy obojnak żeński o przeroście łechtaczki. Zaniechano więc wymierzenia kary cielesnej i dano posługaczowi odzież kobiecą, później wydano ją za mąż i były posługacz klasztorny został matką kilkorga dzieci.

№ 7. Marie Jeanne, urodzona 1755 r., w bliskości Dreux we Francyi, od najmłodszych lat zdradzała charakter i skłonności męskie; wyrósłszy, stała się ofiarą nałogów męskich: wino, tytuń i pohulanki w karczmie stawiała wyżej nad zajęcia domowe kobiece. Zachowywanie M. J. było tak niezgodne z obyczajami kobiet, że baby we wsi nazywały M. J. chłopakiem. Uwięziono ją nareszcie

za kradzież. W więzieniu dr. Worbe skonstatował płęć męzką o porach kobiecych, zależnych jedynie od rozszczepienia prącia i moszny. W następstwie inna kobieta została zapłodnioną przez Marie Jeanne (patrz: Geoffroy Sainte-Hilaire. „Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux, des monstrués” i t. d. ou Traité de Tératologie. Paris, 1836, Tom II, p. 71 ss.).

№ 8. Przy głosowaniu ze strony stronnictwa wighów brał udział niejaki 23-letni Snydam. Przeciwnicy zakwestyonowali wybór, przytaczając, że S. jest kobietą lub raczej obojnakiem, lecz nie mężczyzną, a więc nie posiada prawa głosu. Dr. Bary, któremu powierzono zbadanie Snydam'a, znalazł rozszczepienie prącia, oraz jedno jądro w mosznie, skonstatował płęć męzką ze służącemi jej prawami. Następnego dnia, skoro Snydam przystąpił do urny wyborczej, dr. Troknoer zaprotestował przeciw głosowaniu, twierdząc, że głosujący jest kobietą. Wyznaczono ponowne badanie przez 3 ekspertów, uznano we trzech płęć męzką, ponieważ dr. Bary przekonał 2 kolegów, że w wardze sromowej wielkiej jednej znajduje się jądro. Wybór więc został uprawnocniony. W kilka dni później dowiedziano się, że ów Snydam, utrzymanka osobnika, o którego wybór szło, wyszła za mąż za niego, że miewa regularne peryody co 4 tygodnie. Wtedy to po ponownem 3-em badaniu skonstatowano wszekome obojnactwo żeńskie o ectopia labialis ovarii unius. Wybory te miały miejsce w r. 1843 w Salisbury w stanie Connecticut w Północnej Ameryce (patrz: Ponté: „Hermaphrodisme et élection“, Lyon Médical, 11/II 1894, pag. 213).

Prócz 8 spraw sądowych, wszystkie inne dotyczą wyłącznie wykroczeń lub przestępstw przeciw moralności, skarg o incest., zgwałcenie, sodomię, uwiedzenie żony, alimenta etc.

№ 9. Akuszerce Maerker wytoczono proces o to, że pod pretekstem wadliwego położenia płodu u ciężarnej w 8 miesiącu panny, odbyła stosunek płciowy z ciężarną na drodze zgwałcenia. Wkrótce po podaniu owej skargi sądowej, podano jeszcze kilka skarg podobnych. Przy badaniu oskarżonej akuszerki pokazało się, że jest ona spódcem męzkim o rozszczepieniu prącia i moszny i jednostronnym kryptorchizmie, oraz istnieniu sinus urogenitalis przy braku absolutnym macicy oraz jajników. Akuszerka Maerker, kobieta zamężna, początkowo twierdziła, że miewa co miesiąc swój peryod, później jednak zeznanie to odwołała i wyznała, że odczuwa popęd płciowy wyłącznie do kobiet. Sąd chciał skazać akuszerkę M. „für widernatürliches Laster“, król jednak saski odmienił wyrok: skoro sąd

uznał, że akuszerka Maerker nie jest kobietą, a raczej męskim wrzekomym obojnakiem, nie ma racyi oskarżać jej o wbrew naturalny czyn płciowy, a można zarzucić jej li tylko zgwałcenie! Wobec jednak tego, że osoba ta — jako ofiara mylnego określenia płci i tak jest nieszczęśliwą, król saski postanowił darować jej karę sądową, a tylko kazał odebrać jej patent na praktykę akuszerki. Pomimo to akuszerka ta po dziś dzień praktykuje jako akuszerka i ma większą praktykę, niż kiedykolwiek, — naród prosty przypuszcza atoli, że chciano odebrać jej patent z przyczyny zazdrości! (patrz: J. Martini. „Ein maennlicher Scheinzwitter als verpflichtete Hebamme.“ Vierteljahrsschrift für gerichtl. u. oeffentl. Medicin herausgegeben von J. L. Casper, 19 Band, Berlin, 1861, pag. 303).

№ 10 — 33. Prócz tych 9 spostrzeżeń wymienić wypada sprawy rozwodowe, które uwzględniłem już w roku 1899 w artykule, w „Gazecie Lekarskiej“ ogłoszonym: „Pięćdziesiąt małżeństw, zawartych wskutek mylnego określenia płci pomiędzy mężczyzną a wrzekomym obojnakiem męzkim, lub kobietą a wrzekomym obojnakiem żeńskim.“ Spraw rozwodowych wskutek mylnego określenia znalazłem 24 (№ 1, 2, 8 — 17, 20, 28, 31, 36, 37, 39, 41 — 43, 47, 50, oraz spostrzeżenie opisane przez Rushton Parker'a).

Wszelkie inne sprawy sądowe, wytoczone wrzekomym obojnakiem, dotyczą przestępstw na polu erotycznym.

№ 34. Podług Arnaud'a, w roku 1603 sąd skazał na śmierć przez spalenie żywcem pewnego wrzekomego obojnika za używanie praw fizycznych, przynależnych płci odmienniej.

№ 35. Podług Venette'a, sąd skazał pewną służącą na zakołanie w ziemi żywcem za to, że wybrała sobie płeć żeńską i jako wrzekoma kobieta zapłodniła córkę swego chlebodawcy.

Venette również cytuje spostrzeżenie, które dziś do bajek zaliczamy: W roku 1663 w Walencji pewni państwo młodzi zawarli ślub, wkrótce po ślubie oboje jakoby byli w ciąży. Skazano oboje na śmierć przez spalenie, lecz wysoko cenionemu lekarzowi, Laurent Matheu, udało się obalić wyrok na zasadzie, że kościół ich połączył „pour pouvoir s'unir ensemble, ne faire qu'une même chaire“. „Tennendum firmiter credo delictum penibile in iis Hermaphroditis non reperiri; et quod ad forum internum, opinor, quod licite utroque sexu poterant virtute potestatis acquisitae per matrimonium, cum facti fuissent duo in carne una ad finem naturalis prolis et ad finem remedi incontinentiae.“

№ 36. Gunckel („Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus“, D. J. Marburg, 1887) opisuje spostrzeżenie następujące:

Dziewczynka sub pubertate zdradza skłonność płciową do kobiet. Z powodu denuncyacji o wrzekomym inceście już w r. 1863 poddano ego osobnika badaniu sądowo-lekarskiemu i uznano go dla oznak przemawiających więcej za płcią męską (prącie, moszna bez jąder, broda) za męskiego spódzca. Dekretem rejencyjnym jednak dozwolono mu nadal nosić ubiór żeński. W 50 roku osobnik ów zmarł. Znalaziono, pomimo więcej męskiego rozwoju części płciowych zewnętrznych, 2 jajniki, jajowody, więzy szerokie, macicę o włókniakach, więzy jej oble i pochwę ku dołowi znacznie się zwężającą i otwierającą się do cewki moczowej męskiej in colliculo seminali. Wskutek zrośnięcia się wielkich warg sromowych ze sobą powstały pozory moszny. Cewka moczowa nie przebijała żołądki, a otwierała się na 2 $\frac{1}{2}$ cent. poniżej glandis tego wrzekomego prącia czyli przerosłej znacznie łechtaczki. Osobnik ten był więc kobietą, której płeć w roku 1863 eksperci lekarze mylnie określili za męską.

№ 37. Leopold (Archiv f. Gyn., vol. XI, pag. 357) opisuje kobietę, która zgłosiła się do ojca Leopold'a dla zbadania w celu obrony przeciw oskarżeniu o zgwałcenie pewnej dziewczyny, jako mężczyzna. Kobieta niezamężna, 46 $\frac{1}{2}$ lat, o pozorach zewnętrznych zupełnie męskich. Był to wrzekomy obojnak męzki o hypospadiasis peniscrotalis, o jądrach w rozszczepionej mosznie i o pochwie ślepo u góry zakończonej, bez śladów macicy.

№ 38. Jean Chroker (Facta Histor.) opisał Magdalenę Mugnoz, która w klasztorze Dominikanów w mieście Ubeda w 7 lat po wstąpieniu do zakonu nagle została mężczyzną. (Descensus testiculorum retardatus). Wydalono ją z klasztoru, zmuszono do noszenia męskiej odzieży i imię Magdaleny zmieniono na imię Franciszka. W następstwie Franciszek Mugnoz, była zakonnica, był oskarżony przez pewną kobietę, którą uwiódł i zapłodnił i skazany został sądownie (Cytow. podług Arnaud'a).

№ 39. Arnaud podaje spostrzeżenie dotyczące Anny Grandjean, późniejszego Jean Baptiste Grandjean. Anna Grandjean, urodzona w r. 1732 w Grenobli, do 14-go roku życia wychowaną była za dziewczynę. Później zaś wskutek rady spowiednika wychowano ją za chłopca pod imieniem Jana. Dnia 24/VI 1764 roku Jan ożenił się z panną Franciszką Lambert w Chambéry. Małżeństwo pozostało bezdzietnem. Po pobycie mniej więcej jednorocznym w Chambéry, państwo ci przeprowadzili się do miasta Lyon i tutaj spokojnie i przykładowo żyli przez 3 lata. Wtenczas do Lyonu przybyła dawniejsza znajoma Jana i opowiedziała Franciszce, że mąż jej jest obojakiem. Franciszkę taka denuncyacja mocno zaniepokoiła, zaczęła

ona wtedy zdawać sobie sprawę z tego, dlaczego dzieci nie ma i co jej w tym wypadku należy zrobić, nareszcie opowiedziała spowiednikowi o tem, co jej mówiła dawna znajoma męża. Spowiednik radził jej, aby nadal męża nie uważała za mężczyznę. Dziwnym trafem okoliczności spowiednik dawniej radził rodzicom Jana, aby córkę Annę nadal za syna wychowywali, teraz znów spowiednik zabronił żonie uważania męża za mężczyznę. Nareszcie doniesiono prokuratorowi o tem, że w mieście jakaś Franciszka Lambert żyje już od lat kilku z inną kobietą „w małżeństwie“. Oskarżono Jana i skazano bardzo surowo za „profanację sakramentu“ — „comme profanateur de Sacrement de mariage“ i uwięziono w Conciergierie du Palais w Paryżu. Skazanie brzmiało na utratę czci, karę cielesną oraz wygnanie dożywotnie z kraju. Jan apelował; eksperci po zbadaniu Jana twierdzili, że jest on kobietą mylnie za mężczyznę wychowaną i li tylko po świetnej obronie przez adwokata Verneil'a zwolniono Jana od odpowiedzialności sądowej, małżeństwo zaś rozwiedziono. Janowi nakazano w przyszłości nosić odzież kobiecą i raz na zawsze zabroniono mu obcowania z Franciszką Lambert, lub też z jakąkolwiek inną kobietą. Pomyłka w określeniu płci była wywołaną przestępstwem lechtaczki.

(Ciąg dalszy nastąpi).



II. WSPÓŁCZESNE POGLĄDY

na leczenie

TĘTNIAKÓW TĘTNICY GŁÓWNEJ.

PODAJE

Razimierz Dudrewicz.

Kwestya leczenia tętniaków tętnicy głównej oddawna już zajmuje lekarzy. Pierwsze próby leczenia tętniaków rozpoczęto przed dwoma blisko wiekami. Próbowano różnych metod leczenia i wkrótce je zarzucano, bądź z powodu niedostatecznych wyników, bądź z powodu niebezpieczeństwa dla życia pacjenta.

Jak wiadomo powszechnie, krew w tętniaku tylko w części jest płynną, prąd krwi zwolniony: worek tętniaka zwykle w mniejszym lub większym stopniu bywa wypełniony skrzepami, które, po zorganizowaniu się, mogą wzmacniać ścianę i ściągnąć worek tętniaka tak, że przywraca się normalne krążenie. Chory taki pozbywa się swych dolegliwości i czuje się zupełnie zdrowym. W literaturze starej i nowszej znajdujemy kilkanaście przypadków samoistnego wyleczenia tętniaków tętnicy głównej (Goodhardt, Bruce, Salamon-Kellar, Vogel, Chaplin).

W roku 1728 Valsalva i Albertini podali przy tętniakach swoją metodę leczenia, polegającą na doprowadzeniu chorego ad vitam minimam. Chory powinien być leżeć w łóżku i bardzo słabo się żywić, a oprócz tego powinno mu się od czasu do czasu krew puścić i dawać gorące kąpiele. Pod wpływem osłabienia ustroju, małej ilości krwi i zwolnionego krwioobiegu, w tętniaku mogą utworzyć się skrzepy i chory może się wyleczyć. Metoda ta nie miała wielu zwolenników, chociaż dużo autorów późniejszych wspomina o pomyślnych wynikach, otrzymanych przy stosowaniu tej metody. W literaturze znajdujemy około trzydziestu przypadków wyleczenia tą metodą ¹⁾.

W roku 1874 J. Tufnell podał swoją metodę leczniczą, polegającą na ograniczeniu stałego, a szczególniej płynnego pożywienia. Chory powinien 6 -- 8 tygodni spokojnie leżeć w łóżku i przyjmować najwyżej 300 gramów stałych potraw i 240 gramów płynów na dobę. Czynniki te ułatwiają krążenie, ponieważ wpływają dodatnio na zmniejszenie ogólnej masy krwi, a spokój w łóżku na pracę serca ²⁾.

Huchard nie uważa suchej diety za właściwą w leczeniu tętniaków tętnicy głównej. Podług niego, należy unikać tylko tych środków odżywczych, które zawierają substancje zwiększające ciśnienie krwi w naczyniach, jak bulion, tłuste zupy, mięso, ryby morskie, ser, herbata, kawa, napoje wysokowe, tytoń. Stosowaną winna być przedewszystkiem dieta mleczna, a oprócz tego jarzyny i owoce.

M. Schmidt uważa za bardzo dobre ograniczenie ilości płynów w pożywieniu chorego do 500 — 600 gramów na dobę, przy leżeniu w łóżku w przeciągu 8 tygodni. Na zjeździe internistów niemieckich

¹⁾ Huchard. „Traitement des anévrysmes aortiques.“ *Bullet. Gen. de Thérap.*, 1899, № 20 — 23.

²⁾ Tufnell. „The successful of aneurism by position and restricted diet.“ *Med. chirurg. Trans.*, 1874.

w Karlsbadzie w kwietniu 1899 roku przytoczył ośm własnych obserwacji, wyleczonych od dłuższego czasu i okazał preparat tętniaka wyleczonego, pochodzącego z osobnika, zmarłego od ubocznej choroby.

Laache¹⁾ opisał niedawno przypadek tętniaka tętnicy głównej u 48-letniego mężczyzny, któremu ograniczył dietę do 600 gramów płynów na dobę i dawał jodek sodu; chorego ułożył do łóżka i zalecał od czasu do czasu przykładanie lodu na okolicę serca. W ciągu $\frac{1}{2}$ roku pacjent stracił na wadze 12 kilogramów i polepszyło mu się na tyle, że mógł wrócić do zajęć i żył jeszcze 5 lat.

Działanie jodu na tętniaki spostrzegano wielu autorów. Środek ten dobrze działa na ateromat naczyń, który zwykle bywa u chorych z tętniakami. Działa jod na prąd krwi, rozszerzając obwodowe naczynia i obniżając napięcie tętnicze. Wątpić jednak należy, czy wystarcza do wyleczenia trwałego, zwłaszcza, że nikt dotąd jeszcze nie wykazał wpływu tego środka na krzepnięcie krwi. Wobec częstego wykazywania przymiotu w wywiadach chorych z tętniakami tętnicy głównej, podawanie jodu ma prawie zawsze pewną rację bytu i w tych razach może nastąpić polepszenie. W początkowych okresach należy jod kombinować z rtęcią.

Ażeby bezpośrednio podziałać na szybkość krwioobiegu w worku tętniczym, stosowano i środki chemiczne, jak plumbum aceticum, ergotinum, ferrum sesquichloratum, nukleoalbuminy i t. p.;—wszystko to jednak bez leczniczego znaczenia, często zaś może być niebezpiecznym, szczególnie wstrzykiwanie do worka tętniczego, co już oddawna zarzucono.

Leczenie zimnem, mianowicie przykładanie pęcherza z lodem w celu wywołania skrzepu w tętniaku, w pewnych razach przynosi ulgę choremu (Senator), ale ma to i ujemną stronę, gdyż może wywoływać silne bóle, zgorzel, zatory i podnosić ciśnienie krwi.

Leczenie przez ucisk przy pomocy uciskadeł najczęściej nie osiąga celu. Jeżeli przeszkadza wypinaniu się tętniaka naprzód, to jednocześnie powoduje rozrost wgłęb i ucisk sąsiednich części, a ze względu na sploty nerwowe może być groźnym.

Rękoczynty chirurgiczne, jak akupunktura (Velpeau), filipunktura, elektropunktura, są nadzwyczaj niebezpieczne, ponieważ przy szybkim krzepnięciu mogą stać się powodem śmiertelnych zatorów.

¹⁾ Laache. „Ueber Diäta parca in der Behandlung des Aortaneurysmas.“ Therapie der Gegenwarth., 1899, № 2.

Elektro- czyli galwanopunkturę pierwszy stosował Pétrequin, a następnie Ciniselli, który opisał kilka przypadków leczonych z pomyślnym wynikiem, później stosowano ją rzadko (Bacelli, Duncan, Dujardin-Beaumetz, Tillmans). M. Schmidt uważa, że i teraz można próbować leczenia tętniaków galwanopunkturą. Bäumlér używał w tym celu z dobrym rezultatem igły Mac-Ewen'a, lekarze zaś amerykańscy, D. Stewart i Salinger, wprowadzali do tętniaka cienką złotą nitkę długą parę metrów i przepuszczali przez nią stały prąd.

Inni autorzy wprowadzali do tętniaka nitki jedwabne (Schrötter), włos koński (Bryant), katgut (Murray) i otrzymywali w pewnych przypadkach krótkotrwałą poprawę.

Starano się wpłynąć na krążenie krwi w tętniaku przy pomocy ligatury art. carotis communis, albo subclavia przy tętniakach tętnicy wstępującej i art. anonimae (metoda Brosdor'a), ale pomyślnych wyników nie otrzymano.

W r. 1896 Dastre i Floresco¹⁾, badając działanie koagulacyjne roztworu żelatyny na krew, znaleźli, że krzepliwość krwi znacznie się zwiększa przy wstrzykiwaniu zwierzęciu 5% roztworu żelatyny w naczynia.

Opierając się na pracy Dastre i Floresco, Lancereaux i Paulesco wpadli na myśl wstrzykiwania żelatyny w tkankę podskórną przy tętniakach tętnicy głównej²⁾.

Jeżeli żelatyna powiększa krzepliwość krwi, to zjawisko to występować będzie tembardziej tam, gdzie znajdzie przyjazne warunki, a więc w tętniakach, gdzie z jednej strony mamy zmienione ściany, a z drugiej zwolniony prąd krwi. Wskutek nagromadzenia się skrzepów i ściągnięcia worka tętniaka przez organizację ich, wzmacniają się ściany i ustępują objawy ucisku.

Co się tyczy działania fizyologicznego i dróg, jakimi zastrzykiwany pod skórę roztwór żelatyny dochodzi do miejsca swego przeznaczenia, Lancereaux mniema, że wessanie w krew następuje tu nie wprost przez naczynia krwionośne, lecz za pośrednictwem dróg chłonnych, co potwierdza się wynikami doświadczeń na zwierzętach.

1) Dastre et Floresco. „Action coagulante des injections de gélatine sur le sang.“ Archiv de Physiol., 1896.

Floresco. „Action des acides et de gélatine sur la coagulation du sang.“ Arch. de Physiol., 1897.

2) Lancereaux et Paulesco. „Nouvelle méthode du traitement des anéurysmes.“ Journ. de Médec. interne, 1. X, 1898.

Przechodząc przez drogi chłonne, rozczyń żelatyny nie na swych właściwościach koagulacyjnych nie traci.

Pierwszych pięć przypadków, leczonych wstrzykiwaniami żelatyny, Lancereaux przedstawił na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu w październiku 1898 r. Początkowo zastrzykiwał chorym 5% rozczyń żelatyny w roztworze soli kuchennej, a następnie dopiero wypracował swoją metodę leczenia ¹⁾. Przygotowywał 2% rozczyń żelatyny białej w 0.7% soli kuchennej, wyjaławiając go przy 120°. Jeżeli po wyjałowieniu żelatyna przy ochłodzeniu nie zastyga, co bywa skutkiem przegrzania, to rozczyń taki odrzuca się. Następnie trzymał żelatynę przez parę dni w termostacie przy temperaturze 38°, ażeby się przekonać, czy nie rozwinie się na niej pleśń. Do wstrzykiwań używa się kolba z zatyczką kauczukową, przeborowaną podwójnie dla wprowadzenia dwóch rurek szklanych: jedna z tych rurek sięga do dna kolby, pozostając w związku z igłą, druga krótsza, zagięta pod kątem prostym, łączy się z podwójnym balonem gumowym. Na przebiegu tej rurki umieszczony jest balonik z watą dla oczyszczenia przedostającego się przez nią powietrza. Cały aparat, jak i igła, powinien być wyjałowiony. Płyn, używany do wstrzykiwań, powinien być ogrzany do 37°. Ilość wstrzykiwanego płynu zwykle 100 — 200 centim. sześć. Wstrzykuje się go pomalą w tkankę podskórną brzucha lub pośladków. Często w miejscu zastrzyknięcia bywa silny ból; oprócz tego, po kilku godzinach daje się zauważyć podniesienie ciepłoty, czasem nawet dosyć znaczne. Na drugi dzień ciepłota spada do normy. Po zastrzyknięciu choremu zaleca się spokój bezwzględny i powstrzymanie się od obmacywania tętniaka, aby nie zniszczyć tworzących się skrzepów. Ponieważ wstrzykiwaniom żelatyny zwykle towarzyszy znaczny odczyn ustroju, to częściej, jak co 6 — 8 dni, wstrzykiwań powtarzać nie należy. Jak pokazały badania nad przebiegiem leczenia, ilość wstrzykiwań powinna być dużą — 10 nawet 15 i więcej.

Huchard ²⁾, opierając się na doświadczeniu, uważa, że dla utrwalenia wyników metody Lancereaux należy choremu zalecać w okresie leczenia dyetę, zmierzającą ku obniżeniu ciśnienia krwi w tętnicach.

1) Lancereaux et Paulesco. „Traitement des anéurysmes par la gélatine en injections sous-cutanées. Technique opératoire.“ *Bullet. de l'Acad. de Médec.* Posiedzenie 8 listopada 1898 r.

2) Huchard. „Injections gélatineuses et régime alimentaire dans le traitement des anéurysmes.“ *Journ. des praticiens*, № 47, 1898.

Sądzi on, że najlepiej byłoby używać 1% roztworu żelatyny i powtarzać wstrzykiwania rzadziej, co 8 — 10 dni.

A. Fraenkel ¹⁾ stosował leczenie metodą Lancereaux tętniaka tętnicy głównej u chorego z daleko posuniętą chorobą; po 10 już wstrzykiwaniach nastąpiła tak znaczna poprawa, że chory wkrótce potem wypisał się ze szpitala. W roku bieżącym chory znów zapisał się do kliniki i wkrótce zmarł od ubocznej choroby; na sekcji znaleziono liczne stare skrzepy w worku tętnicznym, których utworzenie Fraenkel przypisuje działaniu żelatyny.

Klemperer na dwa przypadki, leczone metodą Lancereaux, otrzymał jedno nieznaczne polepszenie po 8 wstrzykiwaniach.

Senator wstrzykiwał jednemu pacjentowi roztwór żelatyny i już po 4-em wstrzykiwaniu znalazł zmniejszenie się tętniaka i znaczne polepszenie w ogólnym stanie chorego. Metodę Lancereaux uważa za potrzebującą większego doświadczenia i więcej obserwacji.

W klinice Leydena wstrzykiwania żelatyny żadnych znaczących rezultatów nie dały.

Sokołow ²⁾ zastrzykiwał żelatynę chorej z tętniakiem w wieku lat 45. Po pierwszych 3 wstrzykiwaniach nastąpiło polepszenie nawet dosyć znaczne. Po siódmym wstrzykiwaniu nastąpiła śmierć z zapalenia włóknikowego płuc. Na sekcji w tętniaku znaleziono stary skrzep.

Beck ³⁾ stosował leczenie 1—2% żelatyną, wstrzykując ją przez dwa miesiące co 4 — 5 dni i otrzymał polepszenie subiektywne i wyraźne znaczne zmniejszenie tętniaka łuku tętnicy głównej.

W klinice Szerwińskiego w Moskwie Gołubinin ⁴⁾ stosował leczenie żelatyną u czterech chorych, lecz bez wyników pomyślnych. Chorzy, prawda, byli wszyscy — ciężko, z daleko posuniętymi tętniakami. U jednego zaledwie chorego spostrzegano krótkotrwałe polepszenie.

¹⁾ A. Fraenkel. „Zur Behandlung von Aneurysmen und Blutungen mittelst Gelatine Injectionen.“ Allgem. Medic. Centralzeitung, № 37, 1899.

²⁾ Sokołow. „Aneurysma aortae leczennaja wpryskiwanjami rastwora żelatyny.“ Protokoły zasiedanja wraczej S-Pbr. Marjinskoj bolnicy. Bolnicznaja Gazeta Botkina, № 11, 1898.

³⁾ Beck. „Aortic Aneurysm.“ New-York. Medic. Journal., 15 kwietnia 1899 r.

⁴⁾ Gołubinin. „Anewrismy aorty i wzglady na leczenie ich.“ Klinicz. Żurn., № 8, 1899.

Boinet ¹⁾ na trzy przypadki leczone metodą Lancereaux, w 2-ch nie widział wyraźnych wyników, trzeci zaś przypadek zakończył się niepomyślnie. Chory zmarł nagle wskutek przetarcia ściany venae cavae sup. przez worek tętniaka.

Barth obserwował przypadek, gdzie chora w wieku lat 49 była leczoną wstrzykiwaniami 1% żelatyny i miała się względnie dobrze. Po szesnastej iniekcji, do której zastosowano 2% rozczyń, chora zmarła. Na sekcji znaleziono, że śmierć nastąpiła od anemii mózgu skutkiem zatkania naczyń. Worek tętniaka, a także truncus brachiocephalicus i arteria carotis sin. były wypełnione starymi skrzepami na przestrzeni 6 centymetrów. Huchard przypisuje śmierć w tym przypadku użyciu mocniejszego, a mianowicie 2% rozczyń żelatyny.

Bourey ²⁾, opisując przypadek tętniaka tętnicy wstępującej z zejściem niepomyślnem, zauważył bardzo silny odczyn ogólny ustroju przy stosowaniu wstrzykiwań żelatyny i radzi być bardzo ostrożnym ze wstrzykiwaniami.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli, widzimy, że metoda leczenia tętniaków tętnicy głównej wstrzykiwaniami rozczyń żelatyny jeszcze nie jest dostatecznie zbadaną klinicznie i doświadczalnie. Dwa-dzieścia kilka spostrzeżeń, ogłoszonych dotychczas, to jeszcze zbyt mała ilość, ażebyśmy mogli uznać metodę tę za zbadaną zupełnie. Jedni z autorów, jak Lancereaux, Huchard, Beck, Fraenkel, widzą prawie cudowne wyniki leczenia; inni, jak Boinet, Klemperer, Gołubin, Bourey, nie widzą żadnych. Na jedno zgadza się większość z Unverricht'em, że przypadków ciężkich leczyć tą metodą nie należy.

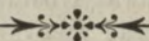
Że żelatyna nie jest środkiem obojętnym, niewinnym, widzimy to zwykle po zastrzyknięciu: ciepłota podnosi się czasem nawet dość znacznie, dochodząc do 39^o, pojawiają się często bóle na miejscu zastrzyknięcia, chorzy czują się jakby rozbitymi, osłabionymi, i to przez parę nawet dni. Ja spostrzegałem nawet wymioty w kilka godzin po wstrzyknięciu 115 cent. sześć. 1¹/₂% rozczyń.

1) Boinet. „Note sur 14 cas d'anéurysmes de l'aorte.“ Archiv. provin. de Médec., № 5 — 6, 1899.

2) Bourey. „Sur un cas d'anéurysme de l'aorte.“ La semaine méd., № 50, 1899 r.

Na mocy większego doświadczenia należy przedewszystkiem ustalić, jaki rozczyn należy brać do wstrzykiwań, jak często powtarzać wstrzykiwania, jakiej żelatyny używać i oznaczyć okres choroby, w którym dany zabieg jest wskazany. Nieznane są nam warunki i okoliczności, jakie ze strony chorego sprzyjają działaniu tego środka. Po ustaleniu na mocy większego doświadczenia tych danych, będziemy mogli śmieiej stosować metodę Lauceraux lub zarzucimy ją zupełnie.

Wobec niedostatecznego ugruntowania metody, wobec sprzecznych zdań wielu autorów, nie pozostaje nam nic innego, jak chorych z tętniakami tętnicy głównej kłaść na czas dłuższy do łóżka, zalecając im spokój, dyetę, a w pewnych przypadkach jed.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Medycyna wewnętrzna.*

266. Dr. M. Klippel. O pragnieniu patologicznem w ogólności, a w szczególności o pragnieniu w chorobie Brighta. („De la soif pathologique en général et en particulier de la soif brightique.“ — Arch. gén. de Médecine, Avril, 1900).

Zbadanie różnorodnych przypadków pragnienia patologicznego jest dopiero w zaczątku. Jako próbę klasyfikacyi, odpowiadającą dzisiejszym wiadomościom, podaje autor:

1) *Pragnienie kompensacyjne*, t. j. wskutek utraty płynu przez skórę (pot), przez kiszki (biegunka, cholera), przez nerki (polyuria) lub wskutek utraty krwi.

2) *Pragnienie wskutek potrzeby wydalania ze krwi* przez zwiększoną diurezę nadmiaru cukru, mocznika lub chlorków.

3) *Pragnienie dyskratyczne* z powodu zmian we krwi. Grupa zbliżona do poprzedniej, jednakże różniąca się od niej.

4) *Pragnienie pochodzenia nerwowego*, grupa bardzo obszerna, wymagająca poddziałów:

a) *pragnienie zurotne*, przez pobudzenie obwodowe n. vagi;

b) *pragnienie opuszkowe*, czyli polydypsia, wskutek chorób bulbi;

c) *pragnienie neuropatyczne*, spotykane w wielkich nerwicach;

d) *pragnienie psychopatyczne*, wskutek zaburzeń psychicznych, idei natrętnych (dipsomania).

Do tej grupy wchodzi wszystkie rodzaje pragnienia, zależne od zбочenia uczucia, którego przyczyna leży w nerwach obwodowych, bulbus lub korze mózgowej.

Badanie ogólne pragnienia powinno wyjaśnić stan i zmiany w jamie ustnej z niem związane. Ponieważ, jeśli głód jest specjalnym uczuciem, objawiającym się w żołądku, pragnienie ma siedlisko w jamie ustnej, gardzieli, tylnym odcinku jam nosowych. Autor nadmienia, że w pragnieniu w chorobie Brighta badanie jamy ustnej i gardzieli i ich wydzielin, oraz śliny dało mu wyniki dodatnie stałe.

Wreszcie badanie ogólne pragnienia patologicznego powinno zająć się i jego odmianami, jak adipsia, paradipsia, wykazać przebieg, oraz stosunki do innych często współtowarzyszących objawów. Tak np. u niektórych chorych pragnienie nadmierne występuje niekiedy równoległe z nadmiernym głodem jak w diabetes, lub oba objawy są równomiernie zmniejszone, jak w raku żołądka.

Zbadanie stosunku anorexii do adipsii byłoby interesujące i w innych dyspepsyach.

W innych znowu razach, jak np. w gorączce, głód i pragnienie są rozdzielone i występują w stosunku wzajemnie odwrotnym.

Dalej jeszcze zбочenia w pragnieniu raz polegają na tem, że chorzy co chwila zmuszeni są przyjmować małe ilości płynów, drugi raz w dłuższych przerwach czują potrzebę przyjmowania bardzo znacznych ilości płynu.

Do jakiej kategorii zaliczyć pragnienie zwiększone w chorobie Brighta?

W przewlekłych bezgorączkowych przypadkach choroby Brighta pragnienie jest objawem dość częstym. Najczęściej bywa w nephritis interstitialis z polyurią u dotkniętych stwardnieniem tętnic (3 — 4 razy na 10 przypadków). Według Dieulafoy, pragnienie, zjawiające się u arteryosklerotyków, powinno budzić podejrzenie, że nerki zostały zajęte. Na 3 kwestye wtedy zwrócić należy uwagę:

1) Jak się objawia pragnienie? 2) Jaki jest stan jamy ustnej i gardzielowej? 3) Jaki jest stosunek między stopniem pragnienia a ilością wydalanego moczu?

Chorzy pożądać pić w krótkich odstępach czasu, co 10 minut, a poprzestają na małych ilościach płynu. Często pragnienie takie objawia się tylko w nocy. Zmusza do picia uczucie gorąca i suchości w jamie ustnej, gardzieli, a niekiedy przetyku. Język jest suchy, lecz nie czerwony, a szarawy bez osadu. Podniebienie miękkie i gardziel są nastrzyknięte i mniej lub więcej zaczerwienione. Ilość śliny szczególnie ze ślinianki przyusznej zmniejszona, jak również wydzieliny błony śluzowej gardzieli. Przypuszczenie, że pragnienie to stoi w stosunku prostym do polyurii, gdyż zdarza się w nephritis interstitialis arteryosklerotyków, a nie bywa w nephritis parenchymatosa, upada, bo uczucie patologicznego pragnienia nie jest proporcjonalne do polyurii, tak, że potrzeba zwiększenia ciśnienia tętniczego, jako przyczyna pragnienia, nie wystarcza do jego objaśnienia. Między polyurią a pragnieniem wstawia się, zdaniem autora, jako czynnik pośredni stomatis ze zmniejszeniem wydzielin i śliny. Nasuwa się tu

porównanie do dyspepsji gastrycznej, często spotykanej w tej postaci nephritis, która też może zależeć od zmniejszonej wydzieliny gruczołów żołądkowych. W wyższych stopniach ta dyspepsja gastryczna, pochodzenia autotoksycznego, stać się może postacią gastro-intestinalną uremii.

Również, choć rzadziej, stomatis pierwotnie wspomniane przeobrazić się może w stomatitis gravis ze ślinotokiem.

Znaną jest w chorobach dyskratycznych dyspepsja, cechująca się zaburzeniami w czynnościach wydzielniczych odpowiednich gruczołów i ta jest opracowana należycie, czego powiedzieć nie można o trawieniu w jamie ustnej, która przecież także ma swe specjalne gruczoły, fermenty i śluz.

Artrytyzm, na podstawie którego rozwija się nephritis interstitialis jest chorobą z samozatrucia i często odbija się na układzie trawienia. Skoro nerki przyjmą udział, samozatrucie jeszcze się wzmacnia. Lecz nawet bez udziału nerek wielu artrytyków cierpi na pragnienie patologiczne, zależne od zaburzeń trawienia i uwarunkowane nieraz prostą zmianą diety.

Dwa zatem czynniki powinny zwrócić na siebie uwagę w pragnieniu brightyków: niedostateczność nerki resp. polyuria, a nadto zaburzenia wydzielnicze w jamie ustnej, pochodzące z samozatrucia. Do nich przyłącza się jako czynnik trzeci -- stan układu nerwowego (neuroartrytyzm), który pragnienie wzmacnia jeszcze bardziej. Autor zalicza pragnienie brightyków do grupy dyskratycznej.

Rzeczniowski.

Nowsze prace o suchotach płucnych.

267. Prof. Bäuml er. **Leczenie suchot w XIX stuleciu.** (Berlin. Klin. Woch., № 14, 1900).

Poglądy na istotę chorobową suchot były w początku XIX-go wieku bardzo niejasne; sprowadzały się one do upatrywania zaraźliwości i dziedziczności tego cierpienia. Już poprzednie stulecia przekazały pewne spostrzeżenia anatomo-patologiczne, mianowicie, że zmiany w płucach suchotników są podobne do zmian w gruczołach chłonnych w skrofulach (Deleboë, Sylvius, 1680); spostrzeżenie to zrodziło pogląd, że obydwie cierpienia są do siebie bardzo podobne i zdolniejsi lekarze leczyli je w jednakowy sposób (powietrze, dobre odżywianie).

Z jednej strony dziedziczność, z drugiej wielkie zmiany w płucach usposabiały badaczy pesymistycznie co do rokowania i leczenia; zwłaszcza pogląd Laënnec'a, który uważa gruźleczkę za nowotwór złośliwy, odbierał lekarzom nadzieję na możebność skutecznych zabiegów. Pomimo to jednak, stosowano leczenie przeciwzapalne (puszczenie krwi, środki przyszczące, zawłoki, środki wymiotne i t. d.), antymon, rtęć, jod i t. d.). Niektóre głosy wołały o dobre odżywianie

i powietrze dla gruźliczych (Clark); zaczęto dawać tran (1824), korę chinową i t. d.

W r. 1856 Buhl wyraził zdanie, że gruźelki prosówkowe są miejscem, w którym zbiera się zarazek choroby. Ledwo po upływie 26-ciu lat myśl ta została udowodnioną przez Kocha. Od tego czasu zaczęto usuwać na drodze rękooczynu różne ogniska gruźlicze (z kości, gruczołów chłonne i t. d.) i zaczęto stwierdzać gruźlicę w innych narządach i leczyć ją w rozmaity sposób, często na drodze chirurgicznej. Współrzędnie z tem zmniejszyła się ilość przypadków gruźlicy, zwłaszcza dzięki polepszeniu warunków sanitarnych. Już w r. 1866 dostarczył Buchanan danych liczbowych, dowodzących, że osuszanie gruntu wpływa dodatnio na walkę z gruźlicą. Ogólna np. praca urzędzeń sanitarno-lekarskich, poprawa mieszkań, fabryk i t. d. wpłynęły pomyślnie w tym samym kierunku.

Ta sama myśl znalazła zastosowanie w leczeniu gruźlicy. Brehmer (Görbersdorf) zastosował klimatyczno-dyetyczne leczenie, w górach, przy dobrym żywieniu i zastosowaniu różnych zabiegów mechanicznych, wychodząc z zasady, że u suchotników cały układ krążenia jest źle rozwinięty (Rokitansky). Dobroczynny wpływ klimatu górskiego na przebieg suchot płucnych był stwierdzony pierwaj jeszcze w Peru i Boliwii. Za przykładem Brehmera powstał zakład leczniczy w Davos i w innych miejscowościach. Jednocześnie została podniesiona myśl urządzenia podobnych stacji klimatycznych dla niezamożnych suchotników, oraz dla dzieci z początkami gruźlicy (Norderney). Spostrzeżenia długoletnie wskazały jednak, że nie wszyscy chorzy odzyskują zdrowie w miejscach leczniczych. Ponieważ poprawiają się przeważnie suchotnicy w początkowych okresach choroby, przeto zwrócono uwagę na rozpoznawanie jaknajwcześniejsze gruźlicy.

Postępy bakterjologii i zdobycie surowic leczniczych dla innych chorób skłoniły Kocha do badań nad tuberkuliną (1890), jednak po czątkowe oczekiwania zostały zawiedzione nawet co do wilka i tu berkulina ma obecnie tylko znaczenie przy rozpoznawaniu najpierwszych okresów suchot. Zapalenie wokoło gruźelków po zastrzykaniu tuberkuliny, które miało niszczyć gruźelki, zachęciło Landera do zastrzykiwań kwasu cynamonowego i jego przetworów do żył obwodowych; próby te, podobnie jak z kantarydą, zawiodły oczekiwania.

Od czasu uznania suchot za chorobę zaraźliwą zaczęto stosować szereg środków przeciwpasorzytniczych (wdechania chloru, środki balsamiczne i t. d.). Z całego zastępu tych środków stosuje się obecnie tylko kreozot i liczne jego przetwory, głównie ze względu dobrego ich wpływu na trawienie. Prócz tego stosowano szereg środków objawowych (przeciwgorączkowe, wzmacniające, uspokajające i t. d.).

Skreśliwszy ten szkic, autor wyraża przekonanie, że pojmowanie i leczenie suchot zrobiło w XIX wieku wielkie postępy.

W. Miklaszewski.

268. Korablew. **O leczeniu suchot płucnych zastrzykowaniami natri cinnamylici.** (Rus. med. wiestnik, № 6, 1900).

U dziewięciu chorych z niezbyt silnie rozwiniętymi zmianami suchotniczymi w szczytach płucnych były robione zastrzykiwania 2¹/₂% roztworu natri cinnamylici w ciągu kilku i więcej tygodni, początkowo co parę dni po 0.1 — 0.2; potem stopniowo do 0.6 co drugi dzień. W przebiegu leczenia były notowane: ciepota, tętno, waga, objawy podmiotowe i przedmiotowe. Autor przychodzi do następujących wniosków:

- 1) Objawy opukowe i wysłuchowe u chorych w czasie leczenia pozostawały bez zmiany, lub nawet stawały się wyraźniejsze.
- 2) Waga ciała zmniejszała się.
- 3) Ilość laseczników gruźliczych nie zmniejszała się, nawet było ich więcej w 6-ciu przypadkach.
- 4) Pocenie się i kaszel pozostawały bez zmiany.
- 5) Chorzy czuli się lepiej tylko początkowo, potem stan pogarszał się.

W. Miklaszewski.

269. Michaelis. **Znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne diazo-odczynu u suchotników.** (Berl. Klin. Woch., № 13, 1900).

Ze względu na diazo-ciała autor dzieli wszystkich chorych na 4 działy.

I. Chorzy, u których nie występuje diazo-odeczyn. Są to chorzy z cierpieniami przewlekłymi, w których drobnoustroje nie odgrywają żadnej, lub niewielką rolę (choroby nerwowe organiczne, choroby nerek, serca, guzy, stwardnienie naczyń i t. d.). Jeżeli jednak u tych chorych wystąpią diazo-ciała, to jest to wskazówką powikłania (owrzodzenie raka, odleżyny i t. d.).

II. U chorych na odrę i tyfus diazo-odeczyn występuje zawsze, tak że można go uważać za objaw stały.

III. W chorobach, w których diazo-odeczyn nie występuje normalnie, obecność jego daje złe rokowanie (np. błonica, zapalenie płuc włóknikowe).

IV. U suchotników diazo-odeczyn ma wielkie znaczenie. Już na zasadzie jego obecności przez czas dłuższy u chorego niegorączkującego, możemy podejrzewać suchoty. Zapalenie otrzewny lub opłucny gruźlicze, zapalenie opon mózgowych suchotnicze i t. d. można różniczkować na zasadzie obecności diazo-ciał. Lekkie, początkowe okresy gruźlicy nie dają prawie nigdy diazo-odeczynu; rokowanie w obecności odczynu jest złe. W postaciach rozpadowych suchot niekiedy nie spostrzega się ciał diazowych przez czas dłuższy; jednak w pewnych okresach można wykazać je zawsze.

Gorączka sama przez się nie wpływa na diazo-odeczyn; natomiast jest ścisły związek odczynu z ilością laseczników i plwociny (stosunek prosty). Rokowanie w obecności stałej dużej ilości ciał diazowych u suchotników jest bezwarunkowo złem; śmierć następuje przed wpływem pół roku. Na 111 suchotników, u których autor spotykał stale diazo-odeczyn poprawiło się zaledwo 15-tu, 13-tu pozostało bez poprawy, 3-eh wątpliwych i 80 umarło; na 56-ciu zaś suchotników, u których nie wykazywał autor ciał diazowych stale przez czas dłuższy, wyzdrowiało 5-ciu, poprawiło się 44, bez poprawy pozostało 5-ciu, umarło tylko trzech.

Wobec ogromnej śmiertelności wśród suchotników ze stałym odczynem diazowym w moczu, co stwierdzili i inni badacze (Schröder), autor wnosi, żeby takich chorych nie przyjmować do uzdrowisk dla suchotników, ponieważ rokowanie jest w tych razach złem bezwarunkowo.

Diazociało wykazuje się w sposób następujący:

Płyn A: Acid. sulfanicieli 2.5 + Ac. muriatici 25 : 500.

Płyn B: Natri nitrosi 0.5 : 100.

49 ctm.³ A + 1 ctm.³ B miesza się przed użyciem i 10 ctm.³ tej mieszaniny dodaje się do 10 ctm.³ moczu. Wreszcie dolewa się do całej tej masy amoniaku w stosunku $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{8}$ mieszaniny. Występuje wtedy różowe, czerwone lub purpurowe zabarwienie. Żółte i inne barwy nie zależą od ciał diazo. W razach wątpliwych należy zostawiać mieszaninę na 24 godziny, w ciągu których tworzy się osad ciemno-zielony.

W. Miklaszewski.

270. J. Noir. **Zapobieganie gruźlicy.** („La prophylaxie de la tuberculose.“ Le progrès Médical, № 20, 1900).

Kongres w Neapolu znowu poruszył sprawę gruźlicy.

Pomimo że prace naukowe wykryły przyczyny powstawania i rozwoju tej choroby, jednakże środki zapobiegawcze, któremi ludzkość rozporządza, są wciąż niedostateczne i gruźlica stanowi i teraz jedną z najstraszniejszych plag.

Według Hellera, suchotnik przeciętny wypluwa dziennie — 720,000,000 laseczników. Należy więc umieścić chorych w szpitalach, sanatoryach, nie pozwolić na ich stykanie się ze zdrowymi, a wtedy „sublata causa tollitur effectus“. Tak radzi higienista grecki Kalliwokas. Piękna to jest teoria, ale nie da się zastosować w praktyce. Dotychczas można było zastosować takie środki zapobiegawcze tylko względem bydła. Na zarządzenia policyjne publiczność niewiele zwraca uwagi. Jeżeliby ustawiono na chodnikach sopluczeki, przechodnie nie omieszkaliby opluć chodnika naokoło naczynia. W samym Paryżu, jak wykazują badania, lekarze leczą po domach 2,500 niezamożnych suchotników, liczba ta nie stanowi nawet połowy chorych z klasy robotniczej. Wszystkie dochody towarzystwa „Assistance

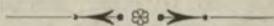
publique“ zaledwieby wystarczyły na utrzymywanie takiej ilości chorych w uzdrowiskach. Noir nie twierdzi wcale, by sanatoria nie były potrzebne, sam podaje przykład chorego, który, będąc zmuszony leczyć się w domu, zaraził żonę i troje dzieci. Noir twierdzi, że są to środki niewystarczające.

Ważnym bardzo czynnikiem, chociaż także niewystarczającym, jest wykład zasad higieny w szkołach. Zawsze się znajdują tacy, którzy będą spluwali wprost przed siebie.

Dotychczas więc nie załatwiono sprawy zapobiegania gruźlicy. Noir tłumaczy to w sposób następujący.

Rozwój każdej choroby zakaźnej zależy od 2 czynników. Od właściwego zarazka i środowiska, w którym zarazek ten ma się rozwijać. Otóż dotychczas wszystkie siły wyteżano, by zniszczyć, uczynić nieszkodliwym sam zarazek, nie zwracano zaś uwagi na czynniki, usposabiające do zakażenia, które są rzeczywistymi przyczynami straszliwego szerzenia się gruźlicy w naszych czasach. Takimi czynnikami są pracownie bez światła i powietrza, ciasne mieszkania robotników, niedostateczne odżywianie się, wyskok.

St. Muszyński.



271. Kanellis i Cardamatis. **Zimnica biegunkowa złośliwa**. („De la fièvre dysentérique dite pernicieuse.“ *Le Progrès Med.*, № 20, 1900).

Dawniejsi lekarze, zapuszczając się w szczegóły spostrzeżeń naukowych, mniej dbali o określenie i wyjaśnienie każdego zjawiska chorobowego; uwidoczniło się to w klasyfikowaniu gorączek złośliwych. Do tego działu zaliczono, jako odrębną chorobę „fièvre dysentéroïde“, szereg objawów chorobowych, które są właściwie powikłaniem gorączki przestankowej lub zwalnającej biegunką krwawą.

Istnienie gorączki biegunkowej złośliwej zostało odrzucone przez pisarzy, którzy przypuszczają możliwość rozwoju współczesnego dwóch chorób, zimnicy i biegunki krwawej u tego samego osobnika.

Colin powiada, że biegunka krwawa i zimnica panują w wielu krajach gorących, nie więc dziwnego, że dwie te choroby rozwijają się współcześnie. Według tego lekarza przekrwienie narządów wewnętrznych, zjawiające się w okresie dreszczowym napadu zimniczego, może wywołać w razie powikłania biegunką krwawą krwawienia w okrężnicy; tłumaczenie to wyjaśnia okresowe powstawanie krwawień.

W Rzymie, gdzie zimnica panuje stale, Colin nie spostrzegł gorączki biegunkowej i objaśnia to rzadkością zjawiania się w tem mieście krwawej biegunki. Już Hippokrates uważał to ostatnie cierpienie za powikłanie zimnicy, rozróżniają zawsze te dwie choroby J. Diedon i S. Mourson.)

W ten sam sposób zapatrują się na sprawę Kanellis i Cardamatis, którzy nie przywiązują znaczenia do znanych w literaturze

przypadków wyleczenia gorączki biegunkowej kilku dawkami chininy, uważając, że na biegunkę krwawą wpłynęła nie chinina, a inne środki skuteczne w nieżycie dyzenterycznym.

Ponieważ w krajach, gdzie panuje zimnica, występuje endemicznie również krwawa biegunka, widzimy tam często osoby chore na zimnicę, zapadające na biegunkę krwawą lub przeciwnie.

Stąd powstały opisy chorób: dyzenterya bagienna, dyzenterya przestankowa, zimnica biegunkowa złośliwa (dysentérie paludéenne, dysentérie intermittente, fièvre dysentérique pernicieuse).

Zdarza się zresztą, że biegunka, przebiegająca w ostrej postaci, powoduje gorączkę, nie będącą w żadnym związku z zakażeniem zimniczem. W takim razie chinina nie wpływa na zakończenie choroby.

Z 344,825 przypadków, zebranych z literatury, a dotyczących chorób bagiennych, 3,203 należały do gorączek złośliwych. Z tych ostatnich 1,466 były dokładnie określone i między nimi 8 tylko przypadków zaliczono do rubryki gorączki biegunkowej złośliwej. Jeżeli zwrócimy uwagę na okoliczność, że złośliwe te przypadki były spostrzegane w krajach, gdzie dyzenterya panuje, to przyjdziemy do przekonania, że statystyka ta przeczy istnieniu febris dysentericae perniciosae.

St. Muszyński.

272. Dr. Kollé. **Warunki higieniczne Afryki Południowej.** („Süd-Afrika, seine vorherrschenden Krankheiten und gesundheitlichen Verhältnisse.“ — Podług odczytu w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskim. — Allgem. Medicin. Central-Zeitung, № 8, 1900).

Afryka Południowa po rzekę Zambesi jest jedyną częścią lądu, która się nadaje do kolonizacji przez rasę białą. Wojnę obecną należy uważać za gwałtowniejszy wybuch stale od lat stu trwającej nienawiści i walki pomiędzy pierwszymi kolonistami holendrami a starającymi się odepchnąć ich od brzegów ku środkowi lądu — anglikami.

Wiadomo, że klimat odgrywa jedną z pierwszorzędných ról w sprawie powstawania i szerzenia się chorób epidemicznych nie tylko bezpośrednio przez wpływ swój na człowieka, ale głównie może pośrednio, sprzyjając rozwojowi pewnych gatunków drobnoustrojów chorobotwórczych. W Niemczech np. olbrzymie cyfry śmiertelności daje gruźlica, która w krajach podzwrotnikowych nie gra żadnej prawie roli, ustępując naczelnego miejsca zimnicy, żółtej febrze, cholery. Otóż pod względem warunków klimatycznych Afryka Południowa przedstawia niezwykłą różnorodność, zależnie od odległości morza, od położenia różnych okolic na różnej wysokości nad poziomem morza i t. p., w grubszych wszakże zarysach można określić klimat okolic północnych jako podzwrotnikowy, bliżej zaś południa leżą-

cych — jako umiarkowany; wogóle zaś cała interesująca nas obecnie okolica jest bodaj jednym z najzdrowszych zakątków kuli ziemskiej. Urządzenia higieniczne stoją niemal na równi z europejskimi, a zostają pod opieką ministerjum zdrowia publicznego, urzędników i komisji jego, nadto istnieją zakłady, przeznaczone wyłącznie do badań anatomo-patologicznych i bakteryologicznych chorób zaraźliwych, tudzież do obmyślenia środków higienicznych i profilaktycznych ku systematycznej walce z epidemiami kraju. Wielką uwagę zwrócono na kanalizację, która wszędzie jest znakomitą, natomiast w gorszym bez porównania świetle przedstawia się sprawa zaopatrywania miast w wodę. Zapewne też od tego braku dobrej wody, której, naturalnie, nie są w stanie oczyścić filtry pokojowe, zależy częstość i złośliwość *tyfusu*, niezwykle skłonnego tu do recydyw. (Dla armii angielskiej wysłano materiału do szczepień ochronnych przeciwtyfusowych na 50,000 żołnierzy: próba przeprowadzona na tak znacznej liczbie osób będzie na wyraz pouczająca, a co ważniejsza — decydująca stanowczo o wartości zabiegu i środka). Drugą chorobą, panującą tu epidemicznie, jest *dyzenterya*. Spotykamy ją w całej Afryce Południowej, o przebiegu wszakże względnie łagodnym. Wyjątek stanowi obecnie armia angielska, w której czerwonka ma przebieg złośliwy. Od *zimnicy* wolne są tylko najbardziej w stronę południa posunięte okolice Afryki Południowej; w innych częściach lądu spotykamy się z nią stale, głównie w Natalu i Delagoa, gdzie ma przebieg ciężki. Mówca przekonał się osobiście, że wszędzie dają się widzieć dwie tej choroby postaci: *febris intermitens tertiana et tropica*, z tą wszakże różnicą, że w okolicach północnych przeważa typ podzwrotnikowy, w Natalu zaś i Delagoa grasuje złośliwa trzeciaczka. Oprócz dotąd wymienionych, żadna z chorób epidemicznych, której możnaby się spodziewać, będąc raz zanieciona, nie usadowiła się tu na stale, a więc dżuma, cholera, febra żółta i t. p.

Niektóre choroby napastują głównie rasę czarną. Pierwsze miejsca w tym szeregu zajmują: *szkorbut* i *przymiot*; ten ostatni przypomina nieraz epidemie europejskie w wiekach średnich, a przebieg ma często do tego stopnia złośliwy i ostry, że każde podejrzewać nieraz inną jaką infekcję złośliwą, dopóki dodatni wynik kuracji specyficznej nie wykaże istoty cierpienia. *Pellagra*, wbrew oczekiwaniu, spotyka się nader rzadko. *Gruźlica* ludności miejscowej prawie jest nieznaną, natomiast *trąd*, o którym w początkach jeszcze bieżącego stulecia nie tu nie widziano, rozszerza się obecnie z siłą zaiste zastraszającą (można liczyć do 10,000 chorych). Pomiedzy ludnością czarną bardzo częste bywają przypadki *zapalenia płuc*, o przebiegu bardzo ciężkim, zwykle śmiertelnym. Przyczynę tego widzi prelegent w zatruciu alkoholem, które też zalicza do głównych przyczyn wielkiej śmiertelności wśród murzynów, zwłaszcza murzynek. Należy wszakże zauważyć, że śmiertelność w Afryce Południowej na ogół mniejszą jest, niż w Europie, a byłoby jeszcze mniejszą, gdyby nie znaczna śmiertelność wśród dzieci wskutek złego, nieodpowiedniego i zgoła niedostatecznego ich żywienia. Wyjątek pod tym względem stanowią boerowie: 12 dzieci w jednej rodzinie można

u nich przyjąć za zjawisko stałe, 24 nie jest jeszcze liczbą najwyższą; dodajmy, że śmiertelność wśród tych dzieci, karmionych niemal stale w niemowlęctwie piersią własnych matek, jest niezwykle małą, a będzie dla nas zrozumiałym objaw, dlaczego obecnie boerów jest 400,000, kiedy w połowie bieżącego stulecia było ich zaledwie 3 do 4,000; miał więc rację jeden z dyplomatów angielskich, mówiąc: „każdy rok zwłoki i odkładania wojny przysparza nam co najmniej 4,000 nieprzyjaciół w Transwaalu.

Istotną plagą całej Afryki Południowej są moskity; to też w pewnych porach roku niema na całym lądzie miejsca, na którym można spędzić noc bez okrycia się odpowiednio przystosowaną siatką. Godnem jest uwagi, że, pomimo żarłoczności moskitów, niektóre okolice, przez nie napastowane, wolne są od zimnicy; wobec tego powstaje wątpliwość, czy wogóle moskity przenoszą zarazek pomienionej choroby, a jeżeli tak, to zapewne nie wszystkie ich gatunki.

O ile choroby epidemiczne mało trapią ludność Afryki Południowej, o tyle, przeciwnie, napastują zwierzęta, a właściwie bydło domowe. Tak np. w drugiej połowie bieżącego stulecia w stadach Przyładka (Kaplandu) z trzech milionów owiec padło dwa miliony; do niedawna jeszcze istną plagą dla hodowców owiec były *parchy*, dzięki jednak dokładnej dezynfekcyi przypadki tej choroby spotykają się obecnie zaledwie sporadycznie. Do chorób pochodzenia pasorzytniczego, najbardziej rozpowszechnionych u zwierząt, należą: Red-water-malaria, Horse-sickness, Anthrax. Wszystkie te jednak choroby niczem są w porównaniu z pomorem na bydło (*Rinderpest*), którego hodują w Afryce Południowej około dziewięciu milionów sztuk, co reprezentuje kapitał 900 milionów marek. W roku 1895, kiedy po raz pierwszy ukazała się epidemia, śmiertelność wynosiła 90 — 100%. Wezwany na pomoc w roku 1896 Koch zastosował najpierw leczenie żółcią, które polegało na tem, że pewną ilość żółci (10 ccm.), wziętej od bydłęcia, które padło przed 4 — 6 dniami, zastrzykiwano zdrowemu, które na 4 — 8 dzień po tej operacyi stawało się już odpornem; odporność ta trwała wszakże nie dłużej nad 3 do 5 miesięcy. Metodę tę zastąpił później Koch inną, zastosowawszy wstrzykiwania odpowiedniej surowicy i krwi. — Takie zastrzykiwania zapobiegawcze zarządził później na wielką skalę prelegent, który z żalem zaznacza w końcu swego odczytu, że za tę wielce owoeną w skutkach czynność, dzięki której uratowano od zaraty, licząc na pieniądze, około 45 milionów funtów, ani on, ani Koch nie dostali nawet feniga od rządu angielskiego, z którym o wysokość honorarium żadnej zgóry umowy nie zawarli.

Fr. G — yć.

II. Choroby dzieci.

273—275.

Odżywianie niemowląt.

I. H. Cramer (Bonn). *Zur Mechanik und Physiologie der Nahrungsaufnahme der Neugeborenen.* (Volkmann's Vorträge, № 263, 1900 roku).

II. G. Ulmann. *La nutrition chez le nourrisson.* (Paris, 1900).

III. A. Baginsky. *Säuglings-Ernährung und Säuglingskrankheiten.* Säcular—Artikel. (Berl. klin. Woch., 23/IV, 1900).

Żaden dział pedatrii, a może nawet medycyny, nie może pochłubić się tak olbrzymiem bogactwem odnośnych prac, jak sprawa odżywiania niemowląt. Pomimo to każda niemal chwila przynosi nowe przyczynki, spostrzeżenia, doświadczenia i uogólnienia, usiłujące rzucić niejaki światło na rozmaite sporne lub niedość wyjaśnione zagadnienie z tej dziedziny. Przyznać trzeba, że ostatnimi czasy ilości prac ogłaszanych odpowiada do pewnego stopnia i ich jakość; mniej bowiem znajdujemy w nich bezkrytycznych lub jednostronnych poglądów, natomiast więcej samodzielności w planie badań i zadawalniania się skromniejszym, ale za to staranniej wyzyskanym materiałem.

Z 3-ch prac, których nagłówki powyżej przytoczyliśmy, autor pierwszej we własnych spostrzeżeniach swoich oparł się na szczegółowem badaniu 5-ga dzieci, jednego karmionego mlekiem kobiecym i 4-ga sztucznie karmionych; autor zaś drugiej wyzyskał nader drobniawo materiał jeszcze szczuplejszy, bo obejmujący zaledwie dwoje dzieci, z których jedno było karmione piersią, drugie karmione mlekiem krowiem.

Podajemy treść prac tych w skróceniu:

I. Cramer zadał sobie pytanie: od jakich warunków dyetetycznych i higienicznych zależy skuteczność metody odżywiania noworodków? W tym celu zajął się przedewszystkiem „określeniem ilości pożywienia“ dla zdrowego, donoszonego noworodka, t. j. ilości pożywienia, niezbędnego dla fizyologicznego rozwoju dziecka.

Pod tym względem nie zadawał się danemi, otrzymanemi z zestawienia cyfr, otrzymanych przez rozmaitych autorów, którzy określali ilość przyjętego pokarmu, różnicę na wadze przed ssaniem i po ssaniu (u dzieci zaś sztucznie karmionych wagą pokarmu, podawanego dziecku), gdyż cyfry te dają tylko pojęcie o tem, ile dziecko przyjęło pożywienia, ale nie ile tegoż potrzebuje dla swego rozwoju fizyologicznego. Ten ostatni zaś, według C., jest dla noworodka naukowo ustalony, o ile ten noworodek zmuszony jest pokryć zwykłe w pierwszych dniach straty (220 — 250 g.) w pierwotnej swojej wadze w ciągu 8 — 10 dni swego życia. Dla określenia przebiegu fizyologicznej ilości pożywienia postąpił, jak następuje. Określał

ilości pożywienia całego szeregu dzieci donoszonych i prawidłowo rozwijających się i wyszukał takie, które przyjęło najmniejszą ilość pożywienia. Otóż przekonał się, że dziecko to całe przyjęte pożywienie użyło dla przyrostu na wadze; znaleziona przeto ilość największej była zbliżona do owej „ilości fizyologicznej“. Porównywając znalezione dziennie ilości pożywienia z odnośniami ilościami innych autorów, przekonał się, że te ostatnie przewyższały w dwójnasób, w trójnasób i więcej ilość pożywienia, które wystarczało do rozwoju prawidłowego dziecka o wadze 3,190 g. Dla określenia „ilości fizyologicznej pożywienia“ dzieci sztucznie karmionych, C. robił próby na dzieciach karmionych mlekiem wyjałowionem (1 : 2). Okazało się, że u trojga dzieci, w miarę zmniejszania się ilości pożywienia, zwiększał się przyrost na wadze; u jednego z nich krzywa fizyologiczna na tablicy odpowiadała krzywej przy pożywieniu naturalnem (piersią). Próby te przekonywają, że *najlepszą metodą odżywiania jest ta, która zapewnia dziecku możliwie największy przyrost na wadze przy możliwie najmniejszym pożywieniu*. Stosunek ten daje się określić ułamkiem, którego licznikiem jest przyrost na wadze, mianownikiem zaś podane pożywienie. Ułamek ten autor nazywa „ilorazem odżywiania“. Iloraz ten obliczono do 10-go dnia życia wynosił w doświadczeniach Cramera:

$$\text{u dziecka przy piersi: } \frac{260}{1520} = 17.10\%;$$

$$\text{u 4-ga dzieci sztucznie karmionych: } \frac{140}{226} = 6.10\%; \quad \frac{200}{2200} = 9.09\%;$$

$$\frac{280}{1480} = 18.92\%; \quad \frac{210}{1310} = 16.03\%.$$

Z innych zagadnień dyetetyki ssawca autor zastanawia się nad tem, jak często ma być karmiony noworodek i kiedy ma otrzymać pierwsze pożywienie?

Co do pierwszego, opierając się na dowodzeniu Czerny'ego, że przy niezbyt obfitym pokarmie żołądek ssawca zostaje opróżniony dopiero po 3-ch mniej więcej godzinach, Cramer przyjmuje odstępy 3-godzinne.

Co się tyczy pory pierwszego przystawienia do piersi lub podania wogóle pożywienia, autor jest zdania, że zdrowy donoszony noworodek może być karmiony po upływie 1 — 1½ dnia.

Przechodząc do drugiej grupy warunków (mechaniki odżywiania), autor zastanawia się nad pracą, którą noworodek musi wykonywać, przyjmując pożywienie. Za pracę tę uważa C. ssanie, co do którego pogląd autora różni się od dawniejszych.

Nie możemy tu towarzyszyć autorowi w opisie szczegółów, dotyczących fizjologii ssania, zaznaczymy tylko, że, powołując się na odnośne badania Bascha (który dowodzi, że ciśnienie ujemne w ustach noworodka przy ssaniu wynosi 4 — 14 cm. wody, ciśnienie zaś ujemne, niezbędne dla wyssania mleka ze zdrowej piersi 52 cm.

wody), dochodzi do wniosku, że siła aspiracyjna, jaką rozporządza ssawiec, nie wystarcza do pokonania napięcia muskulatury brodawki. Potrzeba tu jeszcze uciskania brodawki szczękami, wargami i językiem dziecka.

Autor badał za pomocą odpowiedniego manometru to ciśnienie i przekonał się, że można ułożyć pewien szematyczny stosunek tegoż do wzrostu dziecka.

Wnioski Cramera brzmią ostatecznie, jak następuje:

Przy stosowaniu odżywiania sztucznego ilość podawanego pożywienia winna odpowiadać ilości fizyologicznej i możliwie najważniejszej ilości pożywienia, jako dającej największy przyrost wagi.

Iloraz fizyologiczny, t. j. ilość wskazująca, jaka część pożywienia w najlepszym razie uwydatnia się w przyroście wagi, wynosi do 10 dnia życia 17 — 18%. Przy zwyczajnem karmieniu piersią iloraz ten wynosi około 10%.

Niemowlę dla przyjęcia pożywienia potrzebuje siły aspiracyjnej, która może powstać tylko z szeregu następujących po sobie ruchów ssania i odpowiada ujemnemu ciśnieniu, niezbędnemu do wysśania mleka z piersi (około 20 do 70 cm. wody), wobec którego wyciskanie mleka zajmuje już drugie miejsce.

Dla pojęcia „wytrysk trudny lub łatwy“, napięcie muskulatury brodawki nie jest miarodajne, wytrysk zależy od stopnia wypełnienia piersi mlekiem.

Dzieci przedwcześnie urodzone, mniej uzdolnione są do ssania z powodu nieznacznej ich pobudzalności odruchowej.

Praca wykonywana przez niemowlę karmione piersią jest znacznie większa, niż dziecka karmionego z flaszki.

II. Ulmann w pracy swojej uwzględnia przedewszystkiem chemizm trawienia, badając pilnie los substancji odżywczych, wprowadzonych do ustroju, zastanawiając się szczegółowo nad przeobrażeniami, jakim podlegają różne części składowe pożywienia, zanim zostaną przyswojone. Wobec trudności tematu, większość autorów odnośnych prac poprzedzała na specjalnem opracowaniu jakiegokolwiek działu tej kwestyi, nie kusząc się o połączenie ich w całość; jedni rozpatrywali części składowe mleka, inni badali mocz (np. Parrot i Robin, Martin i Ruge), inni znów kał (np. Wegscheider i t. d.); Rey np. zwraca uwagę przeważnie na przyswajanie przez noworodka wapnia; Forster i Voit badają asymilację wapnia u noworodków zdrowych i dotkniętych krzywicą.

Pierwszym badaczem, który sprawę przyswajania studyował w całej rozciągłości, był Camerer; poszukiwania jego, oparte na drobiazgowej obserwacji 7-miu własnych jego dzieci, stworzyły, rzecz można, pierwsze stałe podwaliny nauki o przyswajaniu pożywienia przez ssawca. Wyniki, otrzymane przez niego, zostały potwierdzone przez innych badaczy (Lange'go i Bendixa w Niemczech i Michel'a we Francji) i uzupełnione poważnemi badaniami kalorymetrycznemi (Lamblinga, d'Arsonvala i Bonniota).

Ulmann zajął się szczegółowem sprawdzeniem wyników, otrzymanych przez tych autorów. Spostrzeżenia jego, robione na dwojgu tylko dzieciach i to przez 6 pierwszych dni życia, z wyjątkiem badań kalometrycznych, zawierają szczegółowe dane, dotyczące wszystkich faz przeobrażenia się części składowych pożywienia noworodka.

Wnioski Ulmanna dają się streścić mniej więcej w sposób następujący:

Jakkolwiek przyswajanie substancji odżywczych przez dziecko podlega tym samym prawom bio-chemicznym, co asymilacja tych substancji u osobnika dorosłego, to jednakże istnieje wybitna różnica między jednym a drugim. Różnica ta polega na tem, że niemowlę potrzebuje względnie więcej pożywienia, niż dorosły. Jest to wynikiem ogólnego prawa, że ilość niezbędna do wyżywienia osobnika jest w stosunku prostym do powierzchni powłok ciała. Powierzchnia ciała noworodka jest stosunkowo większa, niż dorosłego; noworodek przeto więcej konsumuje, ponieważ, mając większą powierzchnię, musi więcej materiałów odżywczych zużywać dla pokrycia ogromnej utraty ciepła z powierzchni jego ciała, a także, ażeby podolać wygomom szybkiego wzrostu.

Substancje azotowe mleka matczyne są przyswajane w znacznie większej ilości, niż także substancje mleka krowiego (nie-rozcieńczonego), jakkolwiek to ostatnie posiada azotu dwa razy więcej.

Z wszystkich części składowych mleka (zarówno kobiecego, jak i krowiego) największą odsetkę przyswajania daje tłuszcz; następnie idzie azot; procent przyswajalności tego ostatniego jest większy u dziecka karmionego mlekiem kobiecym, niż u dziecka sztucznie żywnego. Przewajanie soli mineralnych zarówno mleka kobiecego, jak i krowiego, nie jest zupełne.

Teorya badaczy niemieckich o t. zw. „deficycie azotu“ (Stickstoffdefizit), zdaniem U., nie wytrzymuje krytyki. Teorya ta Langego polega na spostrzeżeniu, że o ile ilości azotu, otrzymane przy rozbiórce moczu i kału dorosłych, odpowiadają mniej więcej ilości azotu, dostarczonego przez pożywienie (równowaga azotowa); u niemowlęcia, rzecz się ma inaczej, t. j. suma azotu, zawartego w moczu i w kale, nie dorównywa ilości azotu, wprowadzonego przez mleko. Camerer tłumaczy ten fakt znikaniem azotu wraz z ulatniającym się przez płuca i skórę amoniakiem (perspiratio insensibilis); według Biederta, dzieje się to skutkiem rozkładu ciał białkowych przez bakterie w kiszkiach, ulatnianie się wolnego azotu wraz z gazami kiszkowymi. Bendix dowodzi, że azot zostaje w ciele i zużytkowuje się dla wzrostu komórek ustroju, zwłaszcza dla wytworzenia tkanki mięśniowej; B. posunął się jeszcze dalej, twierdząc, iż każdy brakujący gram azotu w kale i moczu reprezentuje 30 gr. mięsa. Rozumowanie to uważa autor za błędne, dowodząc między innymi, że azot w kale pochodzi nie tylko z mleka, ale i z substancji, które już służyły do odżywiania, więc z żółci, soku trzustkowego i t. d., że w obliczeniach swoich B. nie uwzględnił roli wody, tłuszczów, wodników węgla, wreszcie że B. zapomina przy obliczeniach, że odsetka

azotu w nerwach, gruczołach chłonnych i t. p. nie jest taka sama jak w mięśniach.

Obszerną pracę swą kończy autor uwagą, że, badając ingesta i excreta, można otrzymać bardzo cenne wskazówki co do asymilacji i że metoda ta, dając kompletny bilans odżywiania w każdym cierpieniu, może nam oddać wielkie usługi w tak trudnem badaniu niektórych chorób (atrophia infantis, athrepsia, krzywica i zakażenie przewodu pokarmowego).

III. O wiele ogólniejszy temat wybrał sobie A. Baginsky, poświęcając obszerny artykuł swój rzutowi oka na prace lekarskie z dziedziny odżywiania ssawców i chorób tych ostatnich w ciągu kończącego się obecnie stulecia.

Po krótkiej wzmiance o stanie, w jakim wiek XIX-ty zastał pediatrię wogóle, o studyach jeszcze zeszłego wieku sięgających w sprawie szpitali paryskich, o uwydatnionych już wtedy dążeniach do reformy szpitalnictwa, o wprowadzeniu szczepienia ospy przez Jenner'a, a także po zaznaczeniu wysokiej i dotąd wartości wielu ówczesnych prac z dziedziny chorób dzieci, autor dowodzi, że na początku wieku, pomimo wielu doskonałych obserwacji, rzuca się w oczy brak znajomości spraw fizjologicznych wzrostu i rozwoju dziecka, zwłaszcza zastosowania danych tych do dyetetyki. Wprowadzie z wielką przyjemnością i korzyścią i dziś czytać można takie zdania, jakie wygłasza np. P. Frank o wychowaniu i karmieniu dzieci; wszelako przeważają tam ogólnikowe wskazówki higieniczne, oparte jedynie na empirycznym doświadczeniu; brak zaś głębszego zbadania podstaw teoretycznych.

Toż samo rzecz można o ówczesnych podręcznikach chorób dzieci (Heuke'go, Fleisch'a, Jung'a, Underwood'a, Wendt'a i innych) z nielicznymi wyjątkami, w rodzaju Billard'a, zdradzającego gruntowniejszą znajomość rzeczy. Całe bogate doświadczenie, nabyte w życiu powszedniem i przy łożu chorego, streszczało się tam w twierdzeniu, że dla zdrowia i życia niemowląt właściwym pokarmem jest mleko matczyne i że wszelkie surogaty tegoż są szkodliwe i mniejszą posiadają wartość. Po za to rzadko kto dalej się posunął, natomiast nie brak było sceptyków, w rodzaju Hecker'a, który dowodził, że sztuczne karmienie może nieraz lepiej służyć dziecku, niż niedobre mleko matki; nigdzie jednak nie określił pojęcia dobre mleko. Nigdzie wogóle nie znajdujemy prób określenia związku między ilością i jakością pokarmu a zwiększaniem się długości lub wagi ciała, pomimo że potrzeba takiego określenia była widoczną, choćby ze statystyki śmiertelności niemowląt¹⁾ i głosów niektórych lekarzy (np. Rau, 1836) o błędach popełnionych przy żywieniu niemowląt.

¹⁾ Duchâtel podaje, że w r. 1836 z 5,000 podrzutek zmarło w ciągu 2-ech pierwszych tygodni 1,300. Nie wiele lepsze wyniki otrzymano w Londynie, Petersburgu, Berlinie i t. d.

Z biegiem czasu zjawia się coraz więcej usiłowań w celu poznania czynników, wpływających na tak znaczną śmiertelność noworodków, zwłaszcza w domach podrzutek i urabia się przekonanie, że troskliwa opieka i umiejętne pielęgnowanie dzieci mogą zniżyć cyfrę śmiertelności do takiego poziomu, na jakim dawniej nigdy nie bywała.

Przyczyniły się do tego także doświadczenia różnych wzorowych zakładów i oparte na szerokiej podstawie porównanie wyników, otrzymanych w różnych miejscach, jak widać z prac Friedmanna i ostatnio Silbergleita. Pomimo to i z zestawień tego ostatniego widać, że śmiertelność dzieci w dużych miastach jest jeszcze bardzo znaczna.

Badając dokładnie fakty, dotyczące śmiertelności dzieci, dojdziemy do ogólnego prawa, że są one w związku z ogółem warunków, jakie stwarza stanowisko społeczne ludności, określane mianem zamożności. Pfeiffer dowodzi, że stan („standard of life“) rodziców jest skalą prawdopodobieństwa pozostania dziecka przy życiu.

Nie możemy tu szczegółowo streszczać całej pracy B., która sama w większej części jest tylko obszernym streszczeniem, przedstawiamy więc na przytoczeniu w kilku słowach jej punktów wytycznych, wyjaśniając, że autor omawia w niej ogólnikowo różne zagadnienia (dotyczące odżywiania niemowląt), które przez cały wiek XIX zaprzętały i dotąd zaprzętają jeszcze umysły pediatrów, więc: karmienie dziecka przez matkę, zalecane jeszcze w starożytności (Plin-tarch, Soranus), wszelkie surogaty mleka kobiecego, właściwość tegoż w porównaniu z mlekiem rozmaitych zwierząt roślinożerzych (krów, kóz, oślic i t. p.), dalej różnice w składzie chemicznym sera i innych części składowych mleka kobiecego i krowiego, B. kładzie nacisk na wynikające stąd 2 kategorie zadań, mających na celu: a) określenie rzeczywistych wymogów ustroju ssawców pod względem pożywienia za pomocą starannego ważenia dziecka przed ssaniem i po ssaniu i badań nad przemianą materii, i b) zbadanie rozwoju budowy anatomicznej i czynności fizjologicznych przewodu pokarmowego.

W ogólnym przeglądzie Baginsky nie pomija, bez drobnej chociaż wzmianki, żadnego prawie ważniejszego przyczynku do omawianej dziedziny i uwzględnia nawet zdobycze naukowe i dezyderaty ostatniej chwili, jak np. nawoływanie Biederta do zakładania stacji doświadczalnych, przeznaczonych do wypróbowania rozmaitych sposobów badania niemowląt.

B. Polikier.

276. Dr. Hille. **Leczenie krzywicy w okresie początkowym.** („Zur Behandlung der Rhachitis im Anfangsstadium.“ — Der Kinderarzt, 1900, Heft 4).

Zapobiegać krzywicy nie możemy, ponieważ przyczyna tej choroby nie jest nam znana. Pewne jest tylko, że dzieci sztucznie karmione częściej zapadają na krzywicę, niż karmione piersią matki lub mami. Stąd płynie wskazówka, by starać się zawsze o pokarm naturalny, co w wielu razach w przyszłości, jak i teraz, będzie tylko pobożnym życzeniem. Zresztą zdarza się, że i dzieci, karmione przez matkę, chorują na krzywicę.

Autor, opierając się na doświadczeniu, twierdzi, że krzywica nie bywa poprzedzona zwiastunami.

Nie jest prawdą, że w okresie początkowym dziecko bywa niedokrwiste, skłonne do upartych nieżytów narządów trawienia i oddychania, że jest kapryśne. Owszem, objawy krzywicy często spotykamy u dzieci, stawianych za wzór zdrowia. W każdym razie najwcześniejszym objawem krzywicy są zimne poty, występujące mianowicie na potylicy.

Według autora, krzywica rozwija się już w pierwszych miesiącach życia, tylko wyjątkowo po 6 miesiącu. Ogólnie jest stwierdzone, że krzywica zjawia się najpierw na czaszce, następnie na tułowiu i wreszcie na kończynach, ma być jednakże dużo wyjątków od tego prawidła. Otóż tego ostatniego twierdzenia autor nie uznaje. Według niego, w przypadkach takich ślady krzywicy na czaszce już znikły, a na kończynach wciąż jeszcze choroba trwa.

Choroby, towarzyszące krzywicy (nieżyty oskrzeli, kiszek), autor uważa za jej skutek, nie zaś za przyczynę.

Postawiwszy rozpoznanie krzywicy, przedewszystkiem należy, zdaniem autora, zwrócić uwagę na pościel, w której śpi chore dziecko. Poty, jak zaznaczono wyżej, są jednym z pierwszych objawów i, jak twierdzi autor, jedną z ważniejszych przyczyn, powodujących nieżyty narządów oddechowych i trawienia. By poty usunąć, należy wyrzucić z łóżka wszelkie pierze i puchy, wystarcza materacyk i poduszka z włosia końskiego i wełniana kołdra. Dziecko powinno sypiać rozebrane do koszuli. W razie nieustawiania potów wskazane są nacierania wyskokiem.

Z lekarstw za najlepszy środek uważać należy fosfor (w tranie 0.01 : 100.0 po łyżeczce rano i wieczorem). Rzuca się w oczy dobroczynny wpływ jego na objawy nerwowe, jak np. na skurez krtań i drgawki ogólne. Przy craniotabes zwykle można zauważyć już po kilku tygodniach stosowania fosforu twardnienie kości czaszkowych. Zauważyć także się daje powstrzymanie rozwoju choroby na tułowiu i kończynach. By uniknąć niestrawności, należy po 2 tygodniach stosowania lekarstwa usunąć je na tydzień.

Drugim nader skutecznym środkiem są kąpiele solankowe. Po stu mniej więcej kąpielach (2% — 3%) autor spostrzegał zawsze powiększenie wagi ciała i lepszy wygląd chorych. Dziesięciminutowa

wieczorna kąpiel o 27° sprowadza sen spokojny, orzeźwiający. W braku solanek naturalnych można urządzać sztuczną kąpiel słoną, biorąc 1 kilo soli na 3 wiadra wody, baczyc tylko należy na dokładne rozpuszczenie soli w wodzie, bo od tego zależy skuteczne jej działanie.

Wyżej opisane leczenie daje, według autora, bardzo pomyślne wyniki. *St. Muszyński.*

277. **Clement Lucas. Gościec rzeżączkowy w następstwie takiegoż zapalenia oczu u noworodków.** (Annales de Dermat. et Syphil., № 3, 1900).

Autor w r. 1885 opisał pierwszy przypadek gościa stawowego u dziecka nowonarodzonego, który rozwinął się w następstwie rzeżączkowego zapalenia łączniczy. Od tego czasu autor zebrał jeszcze 18 przypadków, w których zapalenie oczu było następstwem zarażenia dzieci wydzielinami pochwowymi matek w czasie porodu.

Stawy były zajęte w $\frac{2}{3}$ przypadków, w końcu 2-go tygodnia lub na początku 3-go. Najczęściej ulega chorobie staw kolanowy (10 przypadków), później napięstkowy lewy (6 przyp.), nakoniec łokciowy, goleniostopowy i śródstopowy. Zmiany stawów trwały tak długo, dopóki istniało zakażenie łączniczy.

Prawie we wszystkich przypadkach chorzy powrócili do zupełnego zdrowia, nawet wtedy, gdy zmiany stawów groziły wytworzeniem się ropni.

Obecność gonokokków w wysięku stawowym była stwierdzona 6 razy. Na trzy przypadki z ropnem zajęciem stawów, w dwóch oprócz gonokokków istniały jeszcze inne mikroby, jak np. stafilokoki i streptokoki. *J. Wojciechowski.*

278. **A. Tripko. O nowej chorobie epidemicznej (Erythema infectiosum febrile) u dzieci w Koblency i okolicy tejże.** („Ueber eine neue Kinderseuche in Coblenz und Umgebung.“ — Der Kinder-Arzt, 1900, Heft 4).

W końcu stycznia i przez cały luty r. b. autor spostrzegł u dzieci w Koblency i w okolicy tejże większą epidemię choroby, dotychczas prawie zupełnie nieznaną, gdyż, podług autora, chorobę tę opisali dopiero w ciągu ostatnich 2 lat prof. Sticker i dr. A. Schmidt.

Ponieważ w ostatnich czasach nowa ta choroba wystąpiła i w innych okolicach Niemiec i w następnych latach stać się może ogólną plagą, więc autor przytacza dokładny jej obraz:

W najlepszym zdrowiu (prawie we wszystkich przypadkach) była tylko przez jeden dzień, poprzedzający rozwój choroby, lek-

ka biegunka) kładły się dzieci spać; w nocy budziły się nagle z uczuciem silnego pragnienia. Rodzice zauważyli, że dzieci silnie gorączkowały i przez całą noc były bardzo niespokojne. Naza-jutrz rano stwierdził autor stan następujący: dzieci robią wrażenie ciężko chorych; na policzkach wysypka mocno czerwona, piekąca, do-syć wyraźnie odgraniczona; na piersiach również wysypka, składają-ca się z plam różowo-czerwonych, wielkości łebka szpilki lub grochu; plamy te po części znajdowały się odosobnione na zdrowej skórze, przeważnie jednak były szerokie, lub też połączone z sobą zapomocą cieńszych, lub grubszych, wyrostków tak, że piersi przedstawiały wygląd plamisty, marmurkowaty, podobny do mapy. Skóra na pozo-stałej okolicy ciała nie przedstawiała żadnych zmian. Dzieci najczę-ściej nie miały wcale kataru nosa; błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli nie przedstawiała żadnych zmian; gruczoły chłonne nie były obrzmiałe; badanie płuc i serca dawało wyniki ujemne; śledziona nie była powiększoną; brzuch był miękki, nie wzdęty; ciepłota ciała, mie-rzona w odbytnicy, wykazywała 40—41°, tętno 160—180.

Następnych dni wysypka rozprzestrzeniła się również na brzuch, na plecy i na wyprostne powierzchnie górnych i dolnych kończyn; podczas gdy stale występowała na brzuchu i na górnych kończynach, nie było jej często na krzyżu i na kończynach dolnych, a najpóźniej dokazywała się na czole i na skroniach. W niektórych przypadkach wysypka występowała również i na zginających powierzchniach koń-czyn, ale wtedy przedstawiała się w postaci bardzo cienkich, ledwo widocznych, czerwonych linii. W każdym razie zawsze pozostawały wolne od wysypki: szyja, części uwłosione, pośladki, vola manus i planta pedis.

Co się tyczy wysypki na brzuchu, plecach, kończynach i czole, to nie przedstawiała się ona w postaci rozlanego zaczerwienienia, lecz miała wygląd czerwonych siatek i kratak.

Od początku wysypki aż do chwili, gdy ta przestała występo-wać, upływało zazwyczaj od 2 do 3 dni; przez cały ten czas był zupełny brak apetytu, wysoka gorączka od 40—41°, — jednym słowem, obraz ciężkiej choroby. W dalszym przebiegu wysypka zaczę-ła powoli blednąć, przyjmując wygląd brudno-szary, jednocześnie na całym ciele; po upływie 2—3 dni nie było jej już ani śladu.

W niektórych przypadkach gorączka utrzymywała się jeszcze przez dni kilka, nawet po zupełnem zniknięciu wysypki. Kilkakrot-nie spostrzegł autor krytyczny spadek ciepłoty wraz z nagłym znik-nięciem wysypki.

Podczas blednięcia wysypki skóra nie podlegała łuszczeniu, ani nie przedstawiała pigmentacji.

Przez cały czas choroby (przeważnie 4 — 6 dni, rzadko kiedy dłużej) nie było żadnych powikłań. Natomiast po przebyciu cho-roby nawet te dzieci, które przedtem były obrazem kwitnącego zdrowia, strasznie wychudły i miały wygląd zastrasząco chlorotycz-ny; dzieci, które już od 2 — 3 miesięcy chodziły, po przebyciu cho-roby nawet w kilka tygodni potem nie mogły ani stać, ani chodzić; najwięcej ucierpiały wskutek tej choroby dzieci rachityczne.

Z osobliwości zaznaczyć należy, że w 2-ch przypadkach wystąpienie wysypki połączone było z drgawkami, w 4-ch miały miejsce nawroty choroby, w 3-ch wysypka pokazała się na drugi dzień już istniejącego zapalenia płuc włóknikowego.

Co się tyczy wieku, to autor nigdy nie widział, żeby chorobą tą dotknięci byli ludzie dorośli, natomiast często występowała ona u ssawców, zresztą najczęściej u dzieci w wieku od 1 do 3 lat.

Choroba zatem przedstawiała się jako Erythema simplex seu hyperaemicum, a po części również jako Erythema exsudativum. — Nie była ona udzielającą się w tak znacznym stopniu, jak odra lub szkarlatyna.

Podobną bardzo epidemię opisał prof Sticker z Giessen i chorobę określił jako Erythema infectiosum febrile. Również opisał ją Ad. Schmidt z Gracu.

Józef Winiarski.

279. A. Köppen. **O zaparciu stolca u ssawców wskutek rys naokoło otworu stolcowego.** („Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter.“ — Der Kinder-Arzt, 1900, Heft 3).

Kał dziecka, karmionego przez matkę, jest papkowaty, dziecka zaś, otrzymującego mleko krowie, stały. Dlatego u dzieci, żywnionych mlekiem krowim, częściej spotykamy zaparcie stolca. Objaw ten chorobowy bywa zwykle skutkiem niewłaściwego składu mleka (zarówno matczynego, jak krowiego), lub nadmiernej jego ilości. Gdy błędy w żywieniu i, jako ich skutek, zatwardzenia częściej się powtarzają, twarde kał powodować może pęknięcie błony śluzowej w odbycie lub jego okolicy tem łatwiej, że ściany odbytnicy u dzieci są nader delikatne, cienkie. Naddarcia te, choćby najmniejsze, są nader wrażliwe, bolesne. Ból przy przechodzeniu kału wywołuje skurez, wskutek którego kał zatrzymuje się w kiszce. W ten sposób rozumieć należy pojawianie się bólu na długo przed stolcem. Ostatecznie wielkie i twarde masy kałowe przy przejściu przez odbyt rozszerzają i naddzierają pęknięcia jeszcze więcej.

W przypadkach takich stawiane bywa rozpoznanie „nawykowe zaparcie stolca“. Lekarz, nie wiedząc o przyczynie, bezskutecznie zmienia sposób żywienia, stosuje środki czyszczące lub mięśnienie. Tymczasem chorobę leczyć należy miejscowo. Autor, według Conitzer'a, stosuje ichtyol, który rozsmarowuje pędzelkiem. Pomocne bywają także lałatywy. W przypadkach więcej uporeczywych wlewa autor do odbytnicy 10 — 20 cm. sz. świeżej oliwy, która chroni od obrażeń, łagodzi bóle i ułatwia wskutek tego stolce.

St. Muszyński.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

280. Jako środek zastępujący preparaty bromu, Fischer i Beddies zalecają **bromeigon**, przygotowywany przez fabrykę Helfenberga. Działanie także samo, jak dotychczasowych bromków, ubocznych jednak działań nie zauważono.

(M. m. W., 14).

J. Z.

281. W Wiedeńskim Towarzystwie Lekarskim dr. Nossal przedstawiał z oddziału Osera bardzo ciekawy **przypadek samoistnie wyleczonego zapalenia otrzewny** wskutek perforacji. Młody człowiek przywieziony został na oddział z bardzo wyraźnymi objawami peritonitis perforativa w stanie ciężkiej zapaści. Przedziurawienie kiszki trwało mniej więcej około 14 godzin, w jamie otrzewny znajdowało się bardzo dużo wolnego płynu. Cała okolica podbrzusna aż do pępka dawała odgłos wypukowy tępy. Wobec takiego stanu rzeczy odstąpiono od wszelkiej interwencji chirurgicznej, uważając ją za bezcelową. Pomimo tych ciężkich objawów rozlanego zapalenia otrzewny pacjent przyszedł do siebie, wysięk wessał się, w 8 dni po przedziurawieniu utworzył się w prawem hypochondrium wielki otorbiony ropień. Ropień otworzono szerokim cięciem, wkrótce nastąpiło zagojenie i pacjent do zupełnego zdrowia powrócił.

H. K.

282. **Pożywienie mięsne u dzieci do 2-go roku życia.** S. Guicciardello z Neapolu przychodzi na podstawie spostrzeżeń nad dziećmi i doświadczeń nad młodymi psami do następujących wniosków: 1) do 18 miesiąca najlepszym pożywieniem dla dzieci jest mleko, jaja, węglowodany, ulegają one strawieniu i przyswajają się; 2) mięsa: wołowe, cielęce i inne ulegają bardzo małym zmianom w przewodzie pokarmowym dzieci przed 15 m., a więc są szkodliwe. W razie istnienia zaburzeń żołądkowo-kiszkowych nie należy dawać mięsa przed 18 m. Wogóle należy mięso dawać dzieciom dopiero w 18 — 20 m.

(ref. W. Med. W., 25).

O. H.

283. **Leczenie chirurgiczne przewlekłej gruźlicy otrzewny.** Zdania co do wyniku zabiegów chirurgicznych w gruźlicy otrzewny są dość podzielone. Nie mało wpływa na to ta okoliczność, że różni autorzy różnie pojmują określenie wyniku „wyzdrowienie“ i rozmaicie dzielą swe przypadki. Frank przedstawił świeżo wyniki przypadków operowanych w klinice heidelberskiej od 1878 roku. Było 96 przypadków, które F. dzieli na 3 kategorie: wysiękowe, suche ze zrostami, ropno-wrzodziejące. Najlepsze wyniki daje postać wysiękowa, około 40 — 50% zupełnych wyzdrowień (3 lata po operacji). Druga postać dała wyleczenie zaledwie w 25%. W trzeciej rokowanie jest smutne. — Najlepszą prognozę dają przypadki, w których sprawa za

punkt wyjścia miała narządy rodne kobiece (75% wyzdrowień) i ich przydatki (50%).

Przy jednocześnie występujących zwięzieniach kiszki należy robić i enteronastomozę.

Doświadczenia nad stosowaniem leczenia wewnętrznego wykazuje, że nie należy go lekceważyć (środki wzmacniające, pobudzenie skóry przez zawijanie, rozcieranie, kąpiele, miejscowe stosowanie KJ; sapo kalinus). W trzech przypadkach otrzymano zupełne wyleczenie. (Według Wien. Pres., 25). O. H.

284. **Epityphlitis traumatica.** Traumatycznym uszkodzeniem kiszki ślepej, szkodliwie fakty takie są znane zdawna, jako czynnikiem sprawdzającym zapalenie otrzewny, zwykle mało przypisuje się znaczenia. Skottmüller opisał trzy takie przypadki z oddziału prof. Lenhartz'a. Były to osoby młode (7 — 10 lat), u których po urazie, pośrednim lub bezpośrednim, brzucha (skok, kopnięcie w brzuch, uderzenie dyszlem) wystąpiły objawy zapalenia otrzewny. Przy operacji znajdowano stale kamienie kałowe w wyrostku robaczkowym, zgorzel jego ściany i ogólne zapalenie otrzewny. Autor jest zdania, że były to stare kamienie, które wywoływały częściową uzurę ściany w jej warstwach wewnętrznych, bez jakichś wyraźniejszych objawów. Wskutek uderzenia trafiającego na kamień następowało doszczętne rozerwanie ściany i — peritonitis perforativa. Niekiedy wystarcza do tego słaby uraz; w jednym przypadku — oparcie o brzuch świdra.

Autor zwraca uwagę na tę ważną okoliczność, że tu przerwanie następuje nagle i że nie mogą przeto wytworzyć się zlepienia uprzednie. To też operować należy jaknajśpieszniej, w pierwszej dobie po urazie, inaczej następuje rozlane zapalenie otrzewny.

(Mitheil. a. d. Grenzgeb., VI, 1 — 2; W. Pr., 25). O. H.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 kwietnia 1900 r.

I. A. *Majewski* przedstawia chorego, któremu wyciął na lewym przedramieniu fałszywy staw, powstały po powikłanem złamaniu.

J. M., robotnik wiejski z pod Parczewa, trzymając za uzdę narowistego konia, dostał mu się pod nogi i uległ skutkiem bezpośredniego uderzenia kopytem całkowitemu powikłanemu złamaniu lewego przedramienia; opatrunek nałożono unieruchamiający, szynowy; zmieniano go kilkakrotnie, zdjęto po ośmiu tygodniach; rany zewnętrzne pogoiły się; kości jednak nie zrosły się; na granicy dolnej trzeciej części przedramienia powstał fałszywy staw z obrzerną

ruchomością we wszystkich kierunkach; wobec tego kończyła stała się choremu ciężarem i w 8 miesięcy po złamaniu przybył on po radę do Lublina do szpitala św. Wincentego.

Chory lat 25-ciu, średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony; chorób poważniejszych nie przechodził; obecnie cieszy się zdrowiem dobrem. Na lewym przedramieniu na granicy dolnej trzeciej części całkowita przerwa w ciągłości obydwóch kości, długa na 3 ctm.; części miękkie ponad przerwą, prócz niewielkich blizn, zmian innych nie przedstawiają. Ręka pozostawiona sama sobie, zgina się w przerwie pod kątem 120° . Ruchy bierne w fałszywym stawie dają się wykonywać w bardzo obszernym zakresie i we wszystkich kierunkach; ruchy czynne są bardzo nieznaczne; palce ręki mogą być celowo użyte jedynie przy unieruchomieniu fałszywego stawu drugą ręką.

Wobec tego, dn. 23 lutego r. b. przy łaskawym współudziale kol. Dobruckiego i kol. Czerwińskiego i Tymińskiego, — Majewski wykonał choremu w uspieniu chloroformowem zabieg wycięcia fałszywego stawu.

Ponad każdą z kości M. zrobił podłużne długości 10 ctm. przecięcie powłok. Złamanie na obydwóch kościach było skośnem; pomiędzy odłamki wstawione były mięśnie; na każdym z odłamków narosła gruba warstwa kostniny.

M. od każdego z odłamków odpiłował poprzecznie piłką Gillégo po 1 — 3 ctm. kości z kostniną, poczem, ustawivszy rękę w położeniu nawrotno-wyrotnem (pronacyjno-supinacyjnem), nałożył na każdą z kości szew materacowy srebrnym drutem, poczem miękkie części ponad kośćmi zaszył na glucho. Opatrunek nałożono unieruchamiający szynowo-krochmalny.

Następnego dnia ciepłota podniosła się wieczorem do 38.5° a gdy i trzeciego dnia wieczorem wynosiła 38.6° — dn. 26 lutego M. zmienił opatrunek; w obydwóch liniach cięć wyjął po jednym szwie, wypuścił niewielkie ilości zebranej tam krwi i zaprowadził po małym kawałku gazy aseptycznej. Gazę tę w dwa dni potem wyjął. Dalszy przebieg był bez powikłań.

Dnia 18 marca — w trzy tygodnie po zabiegu — opatrunek szynowo-krochmalny zdjęto, nałożono lekki opatrunek szynowy i rozpoczęto masaż.

Obecnie w pięć tygodni po zabiegu rany zewnętrzne zagoiły się; kości zrosły się; położenie kości jest prawidłowe; lewe przedramię — o $1\frac{1}{2}$ ctm. jest krótsze od prawego; kostnina zrostu jest jeszcze nieco elastyczną; przy masażu jednak i prawidłowem ustawieniu dłoni — wynik pomyślny jest zapewniony.

Przypadek ten, łącznie z dwoma innymi tegoż rodzaju przypadkami, M. poda w szerszem opracowaniu na jednym z przyszłych posiedzeń.

II. *K. Jaczewski* przedstawia chorego, który, oprócz zwykłych objawów kiły drugorzędnej (wysypka grudkowo-soczewicowata na skórze czoła graniczącej z porostem włosów, kłykciny sączące na mosznach i ad anum), ma na wardze górnej w miejscu, gdzie się

zwykła umiejscawiać figówka — sycosis, na 3 — 4 mm. nad poziom przyległej zdrowej skóry wystający naciek ze stromymi brzegami. Powierzchnia nacieku jest płasko wypukła, pokryta cienkim strupem, po zmyciu którego widać powierzchnię gładką, bez włosów, sącząca wydzielinę surowiczą, mętnawą. Ponieważ nigdzie nie widać ropiejących torebek włosowych. J. sądzi, że sprawa ta da się określić jako przerosła kłykeina.

III. *K. Jaczewski* przedstawia R. H., lat 24, która zgłosiła się na oddział oczny szpitala św. Józefa w celu poddania się operacji keratoconus na oku lewym.

Przy badaniu znaleziono cały szereg zmian t. zw. dystroficznych, a mianowicie: Chora lat 24, wzrostu mniej aniżeli małego (120 cm.), mikrocephalia, w pewnym stopniu asymetria twarzy, w szczęce górnej 12 zębów, tyleż w dolnej, przestworza pomiędzy nimi bardzo duże, kły stożkowato-śpiczaste, na zębach siecznych nadżerki w kształcie bruzd poziomych (érosions sulciformes), zęby trzonowe małe, bez nadżerek, ale mają koronę nieprawidłowo rozdzieloną na pagórki i bruzdy. Zęby dolne nie podchodzą pod górne, lecz stykają się z górnymi swoimi wierzchołkami. Muszle uszne nieproporcjonalnie duże, ustawione nie na jednym poziomie. Obie rogówki stożkowate, prawa w większym stopniu od lewej. Chora trochę się zacina, głupkowata. Sutki zaledwie odznaczone, owłosienie sromu prawidłowe, virgo intacta, — miesiączkuje w odstępach 5 do 6 tygodni po 2 dni, odpływ skąpy. Przyczyna tego zwyrodnienia pozostała ciemną, gdyż nie mogłem się z nikim z jej najbliższych spotkać, a chora żadnych wyjaśnień dać nie umiała.

IV. *St. Radomycki* przedstawia obserwowany przez siebie w szpitalu św. Józefa przypadek lupus erythematodes.

Dziewczyna wiejska, lat 24, chora od lat pięciu. cierpi na charakterystyczny wykwit na twarzy, uszach, nosie, szyi, tułowiu i kończynach. Przypadek ten jest ciekawym przez umiejscowienie po całym ciele: jest to t. zw. lupus erythematodes disseminatus. Podczas pobytu w szpitalu (około 2 miesięcy) chora nie miała ciepłoty podniesionej, ani też innych objawów ogólnych, które się zdarzają w tem cierpieniu.

V. *A. Puławski* demonstrowuje przyrządy gimnastyczne Stanisława Sachsa z Berlina.

Przyrządy składają się z kijów z metalową osadą na jednym końcu, oraz podstawek z pogłębieniem, oprawnem w metal. Połączenie kija z podstawką tworzy jakby staw ramieniowy, wskutek czego ujawniwszy przeciwległy koniec kija w ręce i przyciskając go mocno do podstawki, można wykonywać cały szereg ruchów jedną lub dwoma rękami. Rozmaitość ruchów powiększa się przez to, że podstawki można umieszczać na podłodze lub na ścianie, oraz że kije są dwojakiej wielkości: krótkie i długie. Dla zwiększenia oporu na kije można nasuwać ciężary i przymocowywać na różnej wysokości. Przyrządy te mają wyższość nad innymi przyrządami tego rodzaju, że mogą być zastosowane do różnych ćwiczeń, że zabierają mało miejsca i są tanie (komplet kosztuje 30 marek). Przyrządy te zy-

skwały wielkie uznanie w Niemczech i są w powszechnem użyciu tak w zakładach, jak i wśród osób prywatnych. Wynalazcą ich jest warszawianin, od lat 10 zamieszkały w Berlinie.

VI. *A. Puławski* mówi o nowych prądach w terapii chorób nerwowych: 1) praca, jako środek leczniczych; 2) sanatoria dla chorych niezamożnych.

Sprawozdanie z prac Moebiusa i Grohmana, którzy domagają się, aby do arsenału środków leczniczych w zakładach dla chorych nerwowych wprowadzić pracę oraz otwierać sanatoria dla chorych niezamożnych. Opis zakładu w Zehlendorfie pod Berlinem.

P. zaznacza, że idea pracy, jako środka leczniczego, ma u nas oddawna przedstawiciela w dr. Bielińskim z Nowego Miasta.

List d-ra Bielińskiego. — Idea ta wogóle nie jest obcą w nowych zakładach leczniczych (Nałęczów, Grodzisk, Ojców), potrzebuje tylko wielkiego rozwinięcia.

Sanatoria dla niezamożnych chorych nerwowych trzeba postawić na porządku naszych potrzeb.

Adam Majewski.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 maja 1900 r.

I. *Majewski* mówi o metodzie Czerny'ego (z Pragi) leczenia raka pędzłowaniem arsenikiem i przedstawia chorego metodą tą uleczonego.

Wkrótce po niefortunnej metodzie Deniseńki niekrwawego leczenia raka glistnikiem jaskółczym (chelidonium majus). Czerny z Pragi opisał nowy bezkrwawy sposób doszczętnego niszczenia ognisk rakowatych rozcynem kwasu arsenowego.

Sparzony świeżem doświadczeniem, ogół nasz lekarski odniósł się do nowej metody z pewnem niedowierzaniem i, pomimo pochlebnych o niej odezów francuskiej prasy lekarskiej, szerzej jej stosować dotychczas nie zaczął.

Metoda ta polega na pędzłowaniu tkanek nowotworowych 1% rozcynem kwasu arsenowego; pod ich wpływem tkanki rakowate giną, przemieniają się w strup i, gdy kolejno strup kilka razy odpadnie, otrzymujemy w końcu zwykłą zdrową ziarninę, łatwo gojąca się przy zastosowaniu leczenia przeciwnielego.

Czerny rozpoczyna leczenie od rozczynów stosunkowo słabych 1.0 na 150.0 (po 75.0 wody i alkoholu), wkrótce jednak przechodzi do rozczynów 1%, a następnie w razie potrzeby używa i nieco silniejszych (1:80). Pędzluje — wata lub pędzelkiem — 3 do 4 razy tygodniowo, a następnie, jeżeli organizm zabieg dobrze znosi, codziennie; pierwszy strup odpada mniej więcej po tygodniu. Opatrunków zewnętrznych na zapędzlowane miejsca Czerny nie nakłada.

Tkanki rakowate po zapędzłowaniu dają strup ciemno-czerwony, który na powietrzu czernieje; czarny kolor strupów ma być — według Czernego — charakterystycznym dla tkanek rakowatych i, póki go mamy, pędzlowania zaprzestawać nie należy.

W przypadkach, gdzie przy raku zewnętrznym powłoki są nie-naruszone, należy przed pędzlowaniem, o ile rak leży bezpośrednio pod skórą, lekko ją zadrasnąć. W przypadkach zaś, gdzie rak zajmuje tkanki nieco głębsze, wyciąć płatek skóry.

Raki i rakowce, spotykane w organizmie ludzkim, Czerny w zastosowaniu do swojej metody dzieli na trzy grupy.

Do pierwszej zalicza raka narządów wewnętrznych (np. raka żołądka) i wszystkie te przypadki, gdzie zajęte są drogi i gruczoły chłonne; w przypadkach tych uleczenie otrzymać można jedynie drogą operacyjną.

Do drugiej grupy należą obszerne owrzodzenia i nacieki rakowe na głowie i twarzy, gdzie doszczętne wycięcie jest nieraz wprost niemożliwe, a gdzie podłoże tkanek kostne lub chrząstkowe, stawiając opór rozszerzaniu się raka włąb, powoduje szerzenie się sprawy po powierzchni; dzięki temu, przypadki te ogromnie się nadają do leczenia metodą Czernego i większość ich jedynie tą drogą może być uleczona.

Do trzeciej grupy zalicza Czerny przypadki, gdzie obie metody mogą być z powodzeniem zastosowane (np. raki warg). Sposób jednak Czernego ma, podług niego, i tutaj przewagę z następujących względów:

- 1) wskazuje on dzięki swemu chemicznemu działaniu miejsca, zajęte przez raka, i pozwala w przebiegu leczenia orientować się w tem, czy istnieją jeszcze ogniska rakowe;
- 2) uniemożliwia samozaszczepienie raka;
- 3) nie niszczy sąsiednich tkanek zdrowych;
- 4) nie sprawia choremu żadnych bóli;
- 5) pozwala rozpocząć leczenie w okresach wczesnych, gdyż chory, nie będąc pod grozą operacji, nie ociaga się z przystąpieniem do leczenia.

Co do mechanizmu działania pędzlowań arsenikiem, badania chemiczne i histologiczne danych ścisłych dotychczas nie dały.

Arszenik powoduje zapalenie tkanki łącznej, połączone z wysiękiem, zakrzepami naczyń i krwotokami. W komórkach raka po obezwodnieniu ich przez alkohol protoplazma ścina się pod wpływem arseniku; w tkance łącznej komórki wyrodniają i powstaje wysięk, który ze swej strony do reszty niszczy zmumifikowane przez arsenik komórki rakowe. W tkankach zdrowych powstaje odczyn zapalny, odgraniczający je od części chorych i powodujący oddzielenie się tkanek nowotworowych.

Metodę swą Czerny stosuje od lat kilku; w r. 1898 odznaczony za nią został przez Akademię Lekarską w Paryżu nagrodą Barbier i tytułem laureata Akademii.

Jako dowód skuteczności metody Czernego, Majewski przedstawia uleczonego nią chorego.

S. K., adwokat z Lublina, wieku lat 57, dziedzicznie nie obciążony, choruje od r. 1894. Od dłuższego czasu używał pince-nez; w r. 1894 z lewej strony nosa w miejscu oparcia pince-nez powstało powierzchowne owrzodzenie, na które chory początkowo uwagi

nie zwracał; owrządzenie to stopniowo się szerzyło tak, że w r. 1897 zajęło cały wewnętrzny kąt lewego oka i przylegające części obydwoch powiek; charakter owrządzenia był już wtedy złośliwy i lekarze, do których się zwracał S. K., rozpoznawali raka.

W r. 1897, dowiedziawszy się o metodzie Czernego, S. K. rozpoczął pędzlowanie rany rozczyntem arseniku; wywołał jednak, dzięki nieumiejętnemu stosowaniu metody obszerne zapalenie skóry; wobec tego metodę tę zarzucił.

W tym czasie oglądał chorego w Warszawie dr. Kozerski, który, rozpoznawszy raka, stanowczo radził choremu poddać się doświadczonej operacji. Chory rady nie posłuchał i jakiś czas się wcale nie leczył; owrządzenie tymczasem rozszerzyło się na górnej powiece aż pod brew, ku dołowi zajęło połowę dolnej powieki i przeszło na lewe skrzydło i grzbiet nosa. W końcu 1898 r. chorego oglądał prof. Kosiński i, rozpoznawszy raka, stanowczo zalecił operację. Chory na operację nie zdecydował się; a pojechał do Pragi do Czernego, gdzie pozostawał od 12 stycznia do 4 czerwca 1899 r.

Wróciwszy stamtąd, S. K. zwrócił się do Majewskiego. M. znalazł wtedy na lewym skrzydle nosa otwór, wielkości monety 15 kopiejkowej; dno otworu stanowiła lewa kość nosowa; była ona biała, sucha, szorstka, nieruchoma; skóra naokoło otworu była czerwonawa, błyszcząca; owrządzeń lub nacieczeń rakowych nie było; w kilka tygodni później lewa kość nosowa wypadła; z pod niej pokazało się nacieczenie, które poczęło się szerzyć, przeszło na grzbiet nosa i nadźarło górną część przegrody nosowej.

Stosownie do wskazówek Czernego i nabytego przez siebie doświadczenia, chory rozpoczął znowu pędzlowanie arsenikiem i obecnie, po rocznem mniej więcej stosowaniu metody Czernego, zupełnie wyzdrowiał. Otwór w lewym skrzydle i na grzbiecie nosa, powstały skutkiem wypadnięcia kości nosowej, pokrył się zdrową, płaską blizną; powieki są ustawione symetrycznie, funkcjonują prawidłowo. Oszpecenia twarzy niema; przy bliższem jedynie przyjrzeniu się są widoczne miejsca, zajmowane niegdyś przez nowotwór.

II. *Staniszewski* przedstawia chorego, u którego rozpoznaje zapalenie opłucny ropne międzyrzazowe (pleuritis interlobaris suppurativa).

Przebieg choroby był następujący.

R. W., lat 25-ciu, przybył do szpitala Więziennego dn. 6-go kwietnia r. b. Choroba rozpoczęła się przed 2-ma dniami bólem głowy i ciężkim, suchym kaszlem. Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Ciężkość była podniesiona. Po dwóch dniach gorączka ustała, lecz kaszel suchy, męczący, pozostał. Stan taki trwał czas jakiś; 15-go kwietnia wieczorem chory dostał silnych dreszczy.

16-go kwietnia *Staniszewski* znalazł: temp. 39.6°, liczne rozlane wilgotne rżenia w klatce piersiowej i stłumienie nad 7-em prawym zębem od tyłu, stłumienie to zajmowało przestrzeń szerokości dwóch palców, poniżej zaś ton wypukowy był jasny; chory uskarżał się na duszność i na klucie w prawym boku. Przez następne dni —

do 24 kwietnia włącznie — powyżej opisane objawy spotęgowały się o tyle, że stłumienie powiększyło się w górę i zajęło przestrzeń szerokości dłoni; gorączka wahała się w granicach 38.3° do 39.8°, duszność i kłucie w prawym boku były coraz silniejsze; kaszel trwał ciągle i był męczący z nieznaczną śluzową plwociną.

Dnia 25-go kwietnia Staniszewski zauważył u chorego silnie cuchnący oddech, poczem chory zaczął oddawać gęstą, cuchnącą plwocinę w nader obfitych ilościach. Zmian przedmiotowych Stan. nie zauważył.

Od dnia tego plwocina była ciągle gęsta, silnie cuchnąca; gorączka powoli zaczęła spadać; chory począł mieć lepszy apetyt, kłucie w boku stopniowo zmniejszało się. W tym czasie Staniszewski zauważył trzeszczące rżenia nad 7-em prawem żebrem od tyłu.

1-go maja wystąpiło nieznaczne krwiopłucie. Po stłumieniu pozostały zaledwie ślady, rżeń niema wcale. Stan podgorączkowy.

4-go maja. Chory skarży się na ból w klatce piersiowej od przodu z prawej strony. W miejscu tem na przestrzeni między 3-iem i 7-em żebrami można stwierdzić przy wysłuchiowaniu oddech amforyczny.

Przypadek powyższy przebiegiem swoim ściśle odpowiada obrazowi, opisanemu w referacie Janiszewskiego (patrz protokół posiedzenia L. T. L. z dn. 19 grudnia 1899 r.) z pracy prof. Dieulafoy: „La pleuresie interlobaire“.

III. *Tolwiński* odczytuje pierwszą część obszernej pracy o rozwoju fizycznym ludności powiatu lubartowskiego, opracowanej na zadzie pomiarów rekrutów w ciągu dwunastolecia (od r. 1886 do roku 1897 włącznie).

W części tej podaje dane, dotyczące wzrostu.

Wszystkich rekrutów w ciągu 12 lat zmierzono 7,380; w tej liczbie :

a) ludności rdzennie miejscowej	5,884
b) kolonistów niemców	504
c) żydów	992

Podzieliwszy wszystkich zmierzonych na 5 kategorii wzrostu podług Ronkego (niżej 157 cent., 157 — 162, 162 — 169, 169 — 175 wyżej 175), było:

	polaków	niemców	żydów
w 1-ej kategorii	10.22%	5.4%	22.5%
w 2-ej „	25.9%	20.0%	35.3%
w 3-ej „	41.2%	42.5%	33.1%
w 4-ej „	19.1%	26.4%	7.8%
w 5-ej „	3.7%	5.7%	1.3%

Średni wzrost 5,884 zmierzonych wynosi:

z pomiędzy ludności rdzennie miejscowej	1647 mm.
średni wzrost 504 niemców	1660 mm.
„ „ 992 żydów	1613 mm.

Cyfra średniego wzrostu dla ludności rdzennie miejscowej powiatu lubartowskiego (1647 mm.) różni się od cyfry, wykazanej przez d-ra Snigirewa w pracy p. t. „Materiały dla medicynskiej statistyki i geografii Rossii. O rezultatach oswidetelstwowania i izmierenia grudi i rosta, przizwanych k wojennoj służbie w 1875 goda“, drukowanej w „Wojenno-Medicynskim Żurnale“ w r. 1878, w zeszytcie listopadowym, gdzie znajdują się dane dla p-tu lubartowskiego i gdzie średni wzrost 294 zmierzonych w r. 1875 wynosił 36,846 werszka, czyli 1637 mm. Różnica pochodzi stąd, że dr. Snigirew przy obrachowaniu średniego wzrostu odrzucił $\frac{1}{8}$ część werszka, co może stanowić omyłkę do 5.55 mm.; i że obrachowywał średni wzrost dla chrześcian i żydów włącznie.

Średni wzrost dla lubartowian w pracy p. Zakrzewskiego p. t. „Wzrost w Królestwie Polskiem“ (wyd. w Krakowie 1891 r.) wynosi 162.7 mm. Różnica pochodzi stąd, że p. Zakrzewski posiłkował się pracami komitetu statystycznego, których dane dotyczą tylko przyjętych do wojska; a więc największy kontyngens wysokich, jako bardzo często nie mających wymaganych rozmiarów klatki piersiowej, — nie został uwzględnionym przy obrachowaniu średniej.

Prócz tego w cyfrach komitetu statystycznego odrzucone są wszystkie ułamki werszka, co przy obrachowaniu może stanowić omyłkę do 44.44 mm. Na te niedokładności zwrócił uwagę sam p. Zakrzewski w późniejszej swej pracy p. t. „Ludność miasta Warszawy“ (Kraków, 1895 r., str. 20 i 21).

Obrachowany — z odrzuceniem ułamków werszek — średni wzrost dla 5,884 polaków, zmierzonych w pow. lubartowskim, wyniósłby 1622 mm., zamiast 1647 mm.

Średni wzrost 5,175 włościan z ludności rdzennie miejscowej wynosi 1648 mm.; średni wzrost 709 mieszczan 1644 mm.

Ludność wsi, położonych na niskim brzegu rz. Wieprza i w błotnistej dolinie rz. Minczy, jest niższą, aniżeli ludność innych miejscowości powiatu (np. we wsi Pożarowie średni wzrost wyniósł 1623 mm., Sułozyn 1623 mm., Wola Skromowska 1622 mm., Polecznicy 1628 mm., Staroścień 1631 mm., Samokłęski 1637 mm.).

Średni wzrost pierwotnych synów (ulgi rodzinne II-ej kategorii) wynosi 1647 mm. (1291 pomiarów).

Średni wzrost później urodzonych synów w rodzinach liczniejszych (ulgi rodzinne III-ej kategorii) wynosi 1650 mm. (339 pomiarów).

Wszystkie powyższe cyfry dotyczą ludności rdzennie miejscowej, z wyłączeniem Niemców i Żydów.

Z pomiarów rekrutów niedostatecznie rozwiniętych w 1-ym roku stawiennictwa do poboru, i mierzonych powtórnie w 22 roku życia i poraz 3-ci w 23 roku, — można wnioskować o przyroście ludności powiatu lubartowskiego między 21 i 23 rokiem życia. Przyrost między 21 i 22 rokiem wynosił:

u ludności rdzennej p-tu pomiarów	785	przyrost na 1-go	11	m.
u kolonistów Niemców	41	„	8	m.
u Żydów	296	„	3.6	m.

Między 22 i 23 rokiem życia:

u ludności rdzennej p-tu pomiarów	395	przyrost na 1-go	7 m.
u kolonistów niemców	21	„ „	2.5 m.
u żydów	140	„ „	3.3 m.

W ciągu 2-ch lat, t. j. między 21 i 23 rokiem życia:

u ludności rdzennej p-tu pomiarów	395	przyrost na 1-go	18 m.
u kolonistów niemców	21	„ „	11 m.
u żydów	140	„ „	8 m.

Z pomiędzy mierzonych 3 razy wcale nie urosło:

u ludności rdzennej p-tu	69	czyli	17.4%
u kolonistów niemców	4	„	19.0%
u żydów	59	„	43.0%.

Z powyższego wnioski:

1. Ludność rdzenna powiatu jest średniego wzrostu w wieku poborowym; przyrost jej między 21 i 23 rokiem jest dość znaczny i należy wnosić, że rośnie dłużej aniżeli do 23 lat.

2. Koloniści niemcy są wyżsi w wieku poborowym; po ukończeniu 21 lat rosną mniej, aniżeli ludność rdzenna.

3. Żydzi są znacznie niżsi od ludności rdzennej powiatu, po ukończeniu zaś 21 lat rosną znacznie mniej.

(Praca ta, ilustrowana tablicami i figurami graficznymi, po wykończeniu 2-jej części o rozmiarach klatki piersiowej, będzie drukowaną w jednym ze specjalnych wydawnictw).

Na tem posiedzenie zakończono.

Adam Majewski.

V. Uroczystości jubileuszowe krakowskie.

(Sprawozdanie „Kroniki Lekarskiej“).

Kraków, w czerwcu 1900 r.

W dniu 7 czerwca odbyła się w Krakowie niezmiernie rzadka, a doniosła uroczystość 500-letniej rocznicy odnowienia Wszechnicy Jagiellońskiej — uroczystość, na którą zjechali się z najdalszych zakątków ziemi najwybitniejsi przedstawiciele inteligencji, by uczcić w ten sposób jedną z najstarszych w świecie uczelni.

Właściwie uroczystości jubileuszowe rozpoczęły się już na dni kilka; dla nas lekarzy jednak najbardziej zajmującym było uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, jakie się w dniu 6-ym wieczorem odbyło we wspaniałej, w piękne obrazy (między innymi mistrza Matejki „Kopernik“) przystrojonej sali Collegii novi. Oprócz miejscowych lekarzy, profesorów i docentów, widzieliśmy tu przybyłych na uroczystości jubileuszowe gości, a więc profesorów lwowskiego

uniwersytetu: świeżo mianowanego radcę dworu Rydygiera, Marsa, Glużyńskiego, Kadyi'ego, Prusa, Sobierańskiego, docenta Wiczkowskiego, z Poznania: świeżo zamianowanego doktorem honoris causa Święcickiego, redaktora „Nowin Lekarskich“, z Genewy: dziekana wydziału lekarskiego tamtejszego uniwersytetu, prof. Laskowskiego, autora znakomitego atlasu anatomicznego; z Warszawy: nowego doktora honorowego, prof. Hoyera, wiceprezesa Tow. lekarskiego Nussbauma, d-ra Florkiewicza, Benniego; z Wilna d-ra Dembowskiego etc.

Prezydyum zajmowali znany filantrop prof. dr. Jordan, jako prezes, Droba jako sekretarz, wiceprezes prof. Pieniążek ustąpił tym razem miejsca prelegentowi, d-rowsi Augustowi Kwaśnickiemu, redaktorowi „Przeglądu Lekarskiego“. Po zagajeniu posiedzenia piękną przemową okolicznościową przez prezesa, wstąpił na mównicę dr. Kwaśnicki i wygłosił 1½ godzinny, niezmiernie zajmujący odczyt p. t. „Szkic dziejów wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego od jego założenia do dni naszych“, którego zebrani słuchacze, pomimo straszego upału, wysłuchali do końca z niesłabnącym zajęciem.

Prelegent rozpoczął swój odczyt od nakreślenia po mistrzowsku tła dziejowego, na którym zarysowała się doniosła instytucja, założona przez Kazimierza Wielkiego w r. 1364 pod nazwą „szkoły głównej“. Następnie rozpatruje dzieje wydziału lekarskiego tej szkoły, dzieląc je na XI okresów.

Okres 1-szy datuje się od r. 1364 aż do wydania pierwszej ustawy dla wydziału lekarskiego w r. 1433.

Okres II-gi obejmuje czas od skodyfikowania ustawy wydziału lekarskiego do epoki rozkwitu nauki lekarskiej w uniwersytecie krakowskim w wieku XVI. W okresie tym, mianowicie w 1-ej połowie XV-go stulecia takłynał uniwersytet krakowski na polu teologicznem, wydawszy takich ludzi, jak Paweł z Brudzewa, Jan Elgot Wieniawita, w 2-ej zaś połowie — na polu matematycznym, wychowawszy obok 8-go Jana Kantego, wiekopomny geniusz ludzkości Mikołaja Kopernika.

Okres III-ci dziejów wydziału lekarskiego w uniwersytecie Jagiellońskim obejmuje wiek XVI-ty i nosi na sobie szczytną cechę odrodzenia ducha ludzkiego. Okres ten dla rozwoju wydziału lekarskiego był niezmiernie ważny: pierwotną, niewystarczającą ustawę zamienioną na nową, więcej odpowiadającą ówczesnym zapatrywaniom i kierunkom. W tym to okresie nastąpiło w r. 1527-ym pierwsze uwieńczenie stopniem doktorskim 3 wychowańców wydziału lekarskiego krakowskiego: Adama z Brzezin, Mikołaja Sokolnickiego i Szymona z Szamotuł. Okres ten również odznaczył się całym szeregiem mężów uczonych, że wspomnę tu tylko Macieja z Miechowa, Józefa z Poznania, Śrusia i wielu innych.

Okres IV-ty dziejów wydziału lekarskiego uniwersytetu krakowskiego obejmuje wiek XVII i XVIII do wiekopomnej reformy przez komisję edukacyjną. Znamionuje on się powolnym podupadaniem szkoły Jagiellońskiej, a w szczególności wydziału lekarskiego.

Okres V-ty rozpoczyna się od reformy wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego przez komisję edukacyjną, t. j. od roku 1780-go.

Krótko trwał okres VI-ty i obejmuje zmiany, zaprowadzone przez rząd austriacki, podobnie jak i VII-my, rozpoczynający się w r. 1809.

Okres VIII-my dziejów wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego obejmuje czas wolnego miasta Krakowa, t. j. rozpoczyna się od r. 1805-go.

Następne okresy IX-ty i X-ty obejmują smutne dzieje wogóle uniwersytetu krakowskiego, a zwłaszcza wydziału lekarskiego, gdy po wcieleniu W. Księstwa Krakowskiego do monarchii austriackiej, nastąpiły próby w kierunku znieszenia tego uniwersytetu.

Wreszcie okres ostatni (XI-ty) obejmuje ostatnie 39 lat i znamionuje się odrodzeniem się uniwersytetu Jagiellońskiego, a zwłaszcza jego wydziału lekarskiego, który odtąd na drodze postępu kroczy śmiało naprzód, nie ustępując innym wszechnicom.

W dalszym ciągu prelegent, barwnie a szczegółowo, kreśli dzieje poszczególnych zakładów lekarskich w uniwersytecie Jagiellońskim; rozpoczynając ich opis od kliniki lekarskiej, założonej w roku 1780, a której twórcą i pierwszym profesorem był Andrzej Badurski, znakomity klinicysta. Następuje opis kliniki chirurgicznej—pierwszym w Polsce klinicystą-chirurgiem był Rafał Czerwiakowski, urodzony w r. 1743. Z pośród wybitnych chirurgów ostatnich czasów na wydziale lekarskim uniwersytetu Jagiellońskiego wymienić należy: Mikulicza, obecnie profesora chirurgii we Wrocławiu; Rydygiera, autora doskonałego podręcznika chirurgii szczegółowej, a obecnego profesora chirurgii we Lwowie, wreszcie nieodżałowanej pamięci Obalińskiego.

W dalszym ciągu opisuje prelegent dzieje kliniki położniczo-ginekologicznej, której znakomitymi przedstawicielami są: Mars, obecnie profesor we Lwowie, oraz prof. Jordan, obecny prezes Towarzystwa lekarskiego.

Nową klinikę okulistyczną, po śmierci znakomitego Rydel'a, objął prof. Wicherkiewicz z Poznania, wysoko ceniony specjalista.

Klinikę chorób wenerycznych i skórnych, po prof. Rosnerze, człowiekowi wielkich zasług, prowadzi obecnie prof. Reiss.

Kierownictwo kliniki pedyatrycznej spoczywa od r. 1874-go w ręku prof. Jakubowskiego, świeżo wybranego rektorem uniwersytetu Jagiellońskiego.

Oddział dla chorób krtani, znajdujący się w szpitalu ś-go Łazarza, prowadzi zaszczytnie znany laryngolog prof. Pieniążek, mając dzielnego pomocnika w osobie docenta Baurowicza.

Przechodzi następnie prelegent do opisu zakładu anatomii opisowej, która może się poszczycić taką znakomitością, jak słynny anatom Teichmann. Zakład ten obecnie znajduje się pod kierownictwem

prof. Kostaneckiego, znanego między innymi z cennych prac o uchylkach gardzielowych.

Zakład fizyologiczny, mający takich dyrektorów, jak słynny Majer, obecnie prowadzony jest pod kierunkiem prof. Cybalskiego, którego znakomity podręcznik fizjologii każdemu z lekarzy powinien być znany.

Zakład anatomii patologicznej prowadzi obecnie prof. Browicz, znany anatomo-patolog, mający do pomocy młodego, lecz zaszczytnie już znanego w świecie naukowym prof. Ciechanowskiego.

Z innych zakładów wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiellońskiego wspomnę pokrótce, że zakład farmakologiczny prowadzi prof. Łazarski, chemii lekarskiej — prof. Stopczański, medycyny sądowej — prof. Wachholz, następca słynnego Blumenstocka (Halbana), higieny — znany prof. Bujwid, patologii ogólnej i doświadczalnej — prof. Klecki, wreszcie weterynaryi — dr. Nowak.

Jak już wspomniałem, pomimo tropikalnego gorąca, wysłuchano z niezmiernem zajęciem długiego, gdyż przeszło 1¹/₂ godzinnego odczytu d-ra Kwaśnickiego ¹⁾, poczem podziękowano mu przeciągłym oklaskiem.

Tegoż dnia przybyli na uroczystości jubileuszowe goście byli podejmowani wspaniałym rautem w Sukiennicach.

Dzień 7-my czerwea był dniem właściwych uroczystości: już o godzinie 8-ej rano zebrał się w komplecie w Collegium novum zarówno miejscowi, jakoteż i przedstawiciele innych uniwersytetów, zakładów naukowych etc., skąd w doskonale utrzymanym porządku w liczbie imponującej, gdyż około 4,000 osób wynoszącej, udali się najpierw do kościoła Panny Maryi, gdzie ksiądz-biskup Puzyna odprawił cichą mszę, następnie zaś z powrotem do kościoła uniwersyteckiego ś-iej Anny, gdzie też i odbyła się właściwa, imponująca uroczystość, która u wszystkich uczestników pozostawi niczem niezatarte wspomnienie. W pięknie przybranym kościele przed rektorem hr. Tarnowskim, otoczonym dziekanami, oraz profesorami wszechnic: krakowskiej i lwowskiej, rozpoczęła się kolejno defilada przedstawicieli uniwersytetów zagranicznych, którzy pośpieszyli z najdalszych stron, gdyż nawet z Ameryki, ażeby w ten sposób uczcić jedną z najstarszych wszechnic. Powszechną uwagę zwracali przybrani w barwne szaty przedstawiciele uniwersytetów angielskich, szkockich i duńskich.

Jak zwykle, malowniczo też wyglądali Węgrzy w strojach bogatych. Delegacya uniwersytetów niemieckich bardzo pokaźnie się przedstawiała i to zarówno ilościowo (5), jak i jakościowo (mowa rektora uniwersytetu berlińskiego, również wspaniale przybranego,

¹⁾ Zajmujący ten odczyt „in extenso“ jest wydrukowany w jubileuszowym numerze „Przeglądu lekarskiego“.

była przyjmowana owacyjnie), Francya natomiast świeciła nieobecnością!

Również owacyjnie przyjmowano mowy d-ra Suess'a, jako przedstawiciela uniwersytetów niemieckich w Austrii, prof. Laskowskiego z Genewy i wielu innych, których tu dla braku miejsca nie przytaczam.

Ogromną sensacyę wywołała wspaniała, po łacinie wygłoszona, mowa ministra oświaty Hartel'a, którą zakończył okrzykiem: „vivat, crescat, floreat, Alma mater Jagellonica“. Mowa ta była niejako odpowiedzią na wspaniałą również mowę, jaką wypowiedział (w połowie po łacinie) rektor hr. Tarnowski, zagajając uroczyste posiedzenie.

Po przedstawicielach uniwersytetów zagranicznych, przyszła kolej na towarzystwa lekarskie (z Warszawy prof. Hoyer i wiceprezes Nussbaum, z Włna dr. Dembowski), różne wydawnictwa, dary etc. Z lekarskich czasopism warszawskich wszystkie wystąpiły z jubileuszowymi numerami: egzemplarze ozdobne „Gazety lekarskiej“, „Medycyny“ i „Krytyki lekarskiej“ powieźli prof. Hoyer i dr. Florikiewicz, „Kroniki Lekarskiej“ (numer podwójny, oraz adres) autor niniejszego sprawozdania, jako delegat redakcyi.

Męcząca ta, gdyż kilka godzin trwająca, uroczystość zakończoną została uroczystem przez każdego z dziekanów 4 fakultetów rozdaniem dyplomów na członków honorowych uniwersytetu Jagiellońskiego: z warszawskich lekarzy odznaczono w ten sposób prof. Hoyera, Baranowskiego i Brodowskiego. Po krótkim przemówieniu rektora hr. Tarnowskiego, który w serdecznych wyrazach dziękował przybyłym gościom za przyczynienie się do uświetnienia 500-letniej rocznicy odnowienia almae matris jagellonicae, zakończono tę wspaniałą uroczystość.

Tegoż dnia po południu odbył się bankiet, wydany na cześć przybyłych gości przez uniwersytet, wieczorem zaś przedstawienie w teatrze, wreszcie nazajutrz uroczyste odsłonięto pomnik Kopernika dłuta Godebskiego na dziedzińcu biblioteki Jagiellońskiej.

Sama uroczystość, oraz prawdziwie staropolska gościnność, z jaką przyjmowano przybyłych gości, pozostawiły u tych ostatnich jaknajmilsze wspomnienie.

Jan Sędziak.

VI. O D C I N E K.

Z wycieczki balneologicznej.

K R A N Z,

jako miejscowość kąpielowa morska.

Napisał

Józef Jaworski.

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

*(Dokończenie).*

Najlepsza droga z Warszawy do Kranzu prowadzi na Mławę i Iłowo. Podróż ta trwa niespełna godzin 13. Poczynając od węzłowej stacji Niemieckiej Hawy (Deutsche Eylau) jechać można, albo północną odnogą kolei Wschodnio-Pruskiej na Krzyżacki Malbork (Marienburg), a potem na Elbląg, lub też południową na Korschen i pamiętną w dziejach wojen napoleońskich Pruską Hawę (Preussisch-Eylau). Ja wybrałem tą drugą drogę, gdyż pierwszą już znałem, chociaż tamta posiada dogodniejsze połączenie z koleją Nadwiślańską. Przybywszy do Królewca, trzeba przejechać z t. zw. (Haupt-Bahnhof) głównego dworca na drugi kraniec północny miasta, na tak zwany Kranzer-Bahnhof, skąd do miejscowości nadmorskiej odchodzą pociągi przez cały dzień, prawie co godzinę; droga z Królewca na miejsce — przez lasy prowadząca — trwa godzinę.

Kranz nie tworzy, jak chce tego nazwa „Koła“ (Cranz), ale raczej półkole, biegnące ze wschodu na zachód, wygięciem zwrócone ku południowi, a od północy otwarte w nieprzejrzaną przestrzeń morza. Na zachodnim cyplu tego „Koła“, przy wejściu do „zatoki świeżej“ (Frischeschaff) leży Piława (Pilau), port Królewca, widzialny z Kranzu przy pogodzie, nawet nie uzbrojonom w szkło okiem. Wieczorem zaś z bulwaru w Kranzu widać światło latarni morskiej w Piławie. Wschodni brzeg Kranzu porosły jest gęstym, wysokopiennym lasem, ciągnie się on od miejsca, zwanego „Plantacye“ wzdłuż morza na przestrzeni 4 kilm., a 1 kilm. wszcz. Las ten, stanowiący nierozłączną całość z miejscowością, jest mieszany: miejscami iglasty, to znów liściasty, obok masztowych sosen spotkać tu można: brzozy, dęby, klony, jawory. Wogóle roślinność wybujała i bardzo różnolita. Szczególniej uderza to w lasku t. zw. sosnowym, „Fichtenhain“, nie zupełnie słusznie ze względu na różnorodność roślin ochrzczoneym tem mianem. Ulubione to miejsce wycieczek.

Obecność lasu podnosi bardzo lecznicze znaczenie Kranzu, jako miejscowości kąpielowej morskiej. Takie połączenie powietrza morskiego z leśnem, wiemy, iż oddać może wielkie usługi w lecznictwie. To też spotykałem tu dużą liczbę osób, które przybyły, najwidoczniej, w okresie zdrowienia po minionych cięższych i przewlekłych cierpieniach, a także osoby węższej budowy, nieco niedokrwiste, które przy braku leśnego powietrza z pewnością źle by znosiły pobyt nad morzem.

To leśne, łagodne powietrze jest niejako równoważnikiem ostrzejszego powietrza morskiego. Szczególniej odczuwać się to dawało przy północo-zachodnim, niekiedy bardzo silnym wietrze. Las wówczas sprawiał wrażenie ogrzanej komnaty w porównaniu z wybrzeżem otwartym na morze. Miejscem przechadzek i wycieczek jest ów las, którego drogi zaopatrzone w ławki, utrzymane są we wzorowym porządku. W lesie, w mniej lub więcej oddalonych miejscach, znajdują się „Etablissements“, wśród których, będące w lasku sosnowym, należy do najczęściej uczęszczanych.

Drugim miejscem przechadzek jest bardzo starannie i gustownie pobudowany nadbrzeżny bulwar, ciągnący się na przestrzeni przeszło 400 metrów nad brzegiem morskim, na którym stoją wyniosłe latarnie elektryczne i licznie dla wygody spacerujących rozrzucone ławki.

Część bulwaru więcej w morze wsunięta posiada drewnianą balustradę, część ku lądowi wgłębiona, łańcuchową. Z pośrodku bulwaru i prostopadle doń wybiega na kilkanaście metrów w morze wysoki pomost z ławkami. Bulwar jest ozdobą Kranzu. Soboty go nie posiadają, choć znów pomost swą budową i urządzeniem o wiele ustępuje temu, jaki jest w tej miejscowości.

Samo wybrzeże zabezpieczono starannie przez pobudowanie ściany kamiennej na cement kładzonej, część zaś za pomocą wysokich w dwa rzędy głęboko w ziemię wbitych pali, wśród których nagromadzono wielką ilość kamieni olbrzymich.

Te umocnienia mają Kranz od zagłady uchronić, która pono go czeka, gdyż morze tu coraz więcej brzegi pomniejsza. Nadto już w samym morzu równoległe z bulwarem wyziera z wody szereg pali, od których znów prostopadle do nich, czyli do wybrzeża, biegną długie rzędy takich samych pali drewnianych głęboko wbitych w dno morskie. O sztuczną tę przeszkodę fale morskie uderzając prują się i na wsze strony się rozbrzdgają. Na wybrzeżu obok bulwaru pobudowano dużo i dosyć gustownych willi i domków, prawie wyłącznie drewnianych.

Miejsca do kąpieli, jak to już wyżej zaznaczyłem, znajdują się niezbyt daleko od bulwaru, na wschodzie wśród lasu dla kobiet, na zachodzie dla mężczyzn. Od podwójnego szeregu kabin (I i II-ej klasy), wygodnych i zaopatrzonych w potrzeby toaletowe, biegną prostopadle w morze długie, bo kilkunastometrowe, pomosty drewniane, po obu stronach których znajdują się schodki, prowadzące do morza. Zamiast wprost z brzegu, można także z tych pomostów wchodzić do wody. Nad brzegiem znajdują się wszelkie przyrządy

ratunkowe, powierzone pieczy umyślnego, który w razie oddalania się osoby kąpiącej w miejsce mniej bezpieczne daje sygnał trąbką. Osobny budynek dla kąpieli sztucznych, a w tej liczbie i błotnych swem wewnętrznym urządzeniem odpowiada celowi i wymogom lekarskim. Obsługa kabin leczebnie odpowiednia, a w wykonaniu zrzeczna i chętna.

Abonament na 10 kąpieli w kabinach:

I klasy kosztuje 3.50 Mk.

II „ „ „ 2.50 Mk.

pojedynczy bilet 40 i 30 f.

dla dzieci do 12-tu lat 15 f.

bilet sezonowy dla służby 1 mk.

Tak zwana kurtaksa wynosi:

od 5 Mk. do 15 Mk., względnie do liczby osób i czasu pobytu.

Sama osada Kranz jest czysto utrzymywana; kanalizacyi jednak nie posiada, co uważam za bardzo ważny brak. System usuwania nieczystości — wywozowy. Woda do picia dobra, lecz nie we wszystkich punktach osady smaczna. Śródmieście, podobnie jak wybrzeże, oświetlone za pomocą elektrycznych lamp łukowych. Osada posiada stylowy kościół ewangelicki, nieduży kościółek, właściwie, nowozbudowaną kaplicę katolicką, przy której znajduje się schronienie dla szarytek, przebywających tu partyami podczas lata dla wypoczynku i kąpieli. Nadto w osadzie jest synagoga, żydzi bowiem, szczególnie litewscy, stanowią dużą odsetkę tutejszych gości.

Są tu wszelkiego rodzaju magazyny i sklepy. Mięsa dostarcza miejscowa bydłobójnia, pozostająca pod stałym dozorem weterynaryjnym.

W osadzie znajduje się 400 prywatnych domów, przeważnie wynajmowanych na letni pobyt gościom. Oprócz tego jest w Kranzu 11 hoteli, mniej lub więcej wygodnie urządzonych, a także bardzo liczne zakłady en pension; w tej liczbie trzy dla żydów z kuchnią koszerną. Cena mieszkania, złożonego z 2 — 3 pokoi z kuchnią i werendą, wynosi za 3 miesiące (czerwiec, lipiec i sierpień) od 100 do 300 mk.; na resztę sezonu 50 — 180 mk. Oddzielne pokoje w hotelach od 2 — 3 mk. Przebywając w hotelach, en pension, płaci się od 3.50 do 8 mk.

Osada jest połączona z wybrzeżem i Królewcem telefonem.

Ta taniocść sprawia, że na „liście gości“, obok rentierów, właścicieli domów i dóbr, bardzo, ale to bardzo często, czyta się: nauczyciel, nauczycielka, urzędnik, kasyer, ksiądz i t. p., a świadczy to, że warunki pobytu dostępne są dla tych szerokich warstw społecznych, które wskutek uciążliwej i wyczerpującej pracy w szkole, biurze lub sklepie ze względu na swój stan zdrowia, a specjalnie układu nerwowego, do wypoczynku, lub leczenia nad morzem, najbardziej się nadają.

Po za wypoczynkiem przybysz znaleźć tu może szereg rozrywek. Do tych należą, naprzód bliższe lub dalsze wycieczki, do tak

zwanej Turyngii, gdzie z wieży napawać się można widokiem nieskończonej dali morskiej, następnie do leśniczówki, zwanej Grenz, malowniczo nad zatoką położonej. Dalsze spacery, już końmi, prowadzą do miejsc również nad wybrzeżem, jako to: Neukuhrem, Rauschen, Warniken. Każda z tych miejscowości posiada dobrą plażę i hotele. Są to miejsca bardzo uczęszczane, a noszą charakter t. zw. *Sommerfrische*. Do rozrywek należą także, co sobota urządzone w Kurchauzie reuniony, o których niewiele mógłbym powiedzieć, a niekiedy i przedstawienia wędrownych aktorów. Place dla lawn-tenisa i krękieta, oraz place dla zabaw dziecięcych, wyczerpują to, co Kranz daje swym gościom pod względem zabawy. W sezonie trzy razy na dzień, w różnych naprzemian miejscach spacerowych, grywa, wprawdzie nie liczna, lecz niezłe zgrana orkiestra. Wreszcie, osoby, pragnące obok wypoczynku zwiedzać osobliwości miejskie, mają w pobliżu Królewiec, wart z wielu względów bliższego poznania.

Ma jednak Kranz, jak wszystko, i swoje ale. Zaliczam tu przedewszystkiem: brak kanalizacji, wybrzeże piaszczyste, tyle uciechy w Zoppotach i Kołobrzegu dzieciom sprawiające—jest tu znacznie mniej rozległe, a w dodatku przez statki rybackie zajęte. Kranz, i okolica posiadają krajobraz jednostajny, gdyż mamy tu płaszczyznę pozbawioną uroku, właściwego miejscom górzystym. Pod tym względem Kranz ustąpić musi miejsca nawet Zoppotom. Niedorównywa im także, co do pewnego rodzaju komfortu. Dotyczy to głównie budowy prywatnych willi, których dużo pięknych posiadają Zoppoty, a brak ich w Kranzu. Powiedziałbym nareszcie, że życie tu dosyć jednostajne i brak organizacyi do przedsięwzięcia dalszych wycieczek. Po za tymi brakami Kranz zaleca się: dobrą plażą; czystą wodą morską; dużą, i, jak na Bałtyk, silną falą; powietrzem leśno-morskiem. Pod tym ostatnim względem, z powodu wyjątkowego położenia lasu, Kranz uchodzić może za kurort leśno-morski. Dodać do tego wypada niewielką odległość od nas, a stąd małe koszty przejazdu, a także bardzo przystępne ceny za mieszkanie i życie.

Znaleść tu można prawdziwy wypoczynek i ciszę prawie wiejską, choć nie brak, gdy kto szuka, zabaw i właściwych miastu rozrywek.

Jedno jeszcze na zakończenie, na pochwałę Kranzu, powiedzieć muszę, iż w tem miejscu wybrzeża pruskiego nie dopatrzyłem się tyle dla nas wrogiego H. K. T.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go lipca 1900 r.

(J. Z.) Numer czerwcowy „Zdrowia“ jest ostatnim, wychodzącym pod redakcją kol. J. Polaka. Jak wiadomo, z d. 1 lipca „Zdrowie“ staje się organem Towarzystwa higienicznego, a kol. Polak po kilkunastoletniem wydawaniu i redagowaniu pisma usuwa się z tego posterunku. Okres to czasu w naszych stosunkach bardzo wielki, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że wydawnictwo żądnych nie posiadało środków, wydawane było przez cały czas tylko ofiarnością kol. Polaka z zapomóg drobnych kilku osób dobrej woli, rzadko z nieznaczną pomocą kasy Mianowskiego.

To też i na czasopismo to należy patrzeć z innego punktu widzenia i niezbyt wielkie wymagania mu stawiać. Nie zapominajmy, że kol. P., obarczony rodziną, zdobywający sobie ciężką pracą byt, oddawał przez ten cały czas pracę swą, wiedzę i siły darmo, bez wielkiej nadziei na przyszłość, że wszelkimi siłami starał się o postawienie pisma na stopie odpowiedniej i że jako redaktor zorganizował 2 wystawy higieniczne i powołał do życia Towarzystwo higieniczne. Sprawy te wyszły z łona redakcji „Zdrowia“ i łączą się z tem pismem i osobą ich redaktora bezpośrednio.

Pismo powstało w chwili, gdy żadne inne pismo higienie poświęcone nie wychodziło w naszej mowie, przetrwało inne i, co ważniejsza, ma dziś materyalnie byt zabezpieczony. Ciężką tę taczkę dźwigał przez lat kilkanaście kol. Polak i za to należy mu się wdzięczność od piśmiennictwa.

W redagowaniu pisma było wiele usterek, brakło środków na urzeczywistnienie najprostszycz nieraz wymagań, były usterki w programie, w formie i t. p., ale któreż pismo może się pochwalić, że tych usterek nie miało w naszych warunkach, w których wydawca jest tylko pośrednikiem odpowiedzialnym między niezliczonymi i nieregularnie płaćącymi prenumeratorami a współpracownikami, drukarnią i fabryką papieru. Z obrotu tego nic mu nie zostaje, a często z własnej kieszeni musi dopłacać do zaszczytu wydawania pisma. Ten tylko, kto bliżej zetknął się z naszymi stosunkami wydawniczymi czasopism lekarskich, zdoła ocenić tę zmuđną, niewdzięczną pracę wydawców i redaktorów, która w czasach ostatnich nawet tej nie pozostawia pociechy, że na tej drodze budzi się ruch piśmienniczy...

Żegnając przeto ustępującego ze stołka redakcyjnego kolegę, tem silniej czujemy, co poświęcił dla piśmiennictwa, że plonów na tem polu nie zebrał żadnych, że przez cały czas pracował zupełnie

bezinteresownie i bezinteresownie prawie oddał pismo Towarzystwu. Owych przecież 400 rubli, jakie mu Towarzystwo higieniczne bonifikowało, za wartość realną pisma uważać nie można, był to środek do uregulowania należności za czas przeszły.

Przez cały czas działalności kol. Polak pracował uczciwie, plamy żadnej na jego działalności nie ma, z dumą przeto dziś, ustępując z tego pola, powiedzieć może o sobie — spełniłem zadanie uczciwie.

Jakiem będzie „Zdrowie“ pod nowym kierunkiem, nie wiemy, zawczasie na stawianie pod tym względem prognostyków. sam fakt jednak, że redakcyja i administracyja są płatne, oraz że Towarzystwo higieniczne znaczne na ten cel przeznaczyło fundusze, musi wpływać na skalę wymagań. „Zdrowie“ winno być rozsądnikiem higieny w kraju całym i zobrazowywać wszelki ruch na tem polu. Czy podoła zadaniu — zobaczymy. W każdym razie pismo, acz prowadzone naukowo, powinno być popularne i dla wszystkich dostępne. O konieczności umieszczania in extenso protokółów posiedzeń wydziałów pisaliśmy już poprzednio.

—h.— Dnia 19-go z. m. odbyło się uroczyste poświęcenie nowego pawilonu szpitala Praskiego w obecności J. O. General-Gubernatora, p. prezydenta miasta, inspektora szpitali, redaktorów pism. Obrzędu poświęcenia dopełnił ks. prałat Dudrewicz.

Szpital praski, liczący do niedawna zaledwie 60 łózek, nie odpowiadał nawet w małej części potrzebom szybko wzrastającej dzielnicy. To też administracyja szpitala, z kuratorem p. St. Filipkowskim i dr. Kryże na czele, nieustannie czyniła zabiegi o jego powiększenie. W roku 1896 wybudowano pawilon na 40 łózek, a w następnym rozszerzono kuchnię, pralnię i urządzono ambulatoryum. W r. 1897 rada miejska utworzyła komitet szpitalny pod przewodnictwem ówczesnego kuratora szpitala p. St. Filipkowskiego, przy udziale d-ra Troickiego, d-ra Kryżego, d-ra Rauma, budowniczego p. Oraczewskiego i intendenta p. Pióro, który rozpoczął na wiosnę 1898 r. budowę nowego pawilonu, a obecnie oddał go już do użytku publicznego. Zatem w przeciągu 2-ch lat zaledwie zbudowany i urządzony został pawilon piętrowy, mieszczący 4 sale ogólne po 20 łózek. Parter przeznaczony jest dla chorych wewnętrznych, i piętro dla chirurgicznych. Na parterze mieści się pracownia roentgenowska urządzona własnym kosztem kol. E. Zielińskiego, ordynatora szpitala, na 1 piętrze mieszczą się sale operacyjne i aparaty sterylizacyjne. Wszystkie urządzenia i przyrządy odpowiadają najnowszym wymaganiom nauki, a wyborem i sprowadzaniem ich zajmował się obecny lekarz naczelny szpitala, kol. Raum.

Brak miejsca nie pozwala nam wchodzić w szczegóły opisu sal i pomieszczeń dodatkowych, nader ważnych i według najnowszych wymagań przeprowadzonych urządzeń wentylacji, ogrzewania. Są one dziś dla Warszawy modelowemi.

Przez otwarcie nowego pawilonu szpital Praski odrazu podwoił liczbę swych łózek. Posiada ich obecnie 200, a oprócz tego

należy doń barak dla chorych nieuleczalnych (porekrucki) na 170 osób. Nie poprzestając na tem, niewyczerpana energia komitetu (w którym z biegiem czasu nastąpiły pewne zmiany osobiste — miejsce kol. Kryżę zajął kol. Raum, a tego zastąpił kol. Jakimiak) dąży do dalszych ulepszeń i dalszych rozszerzeń, mających na celu postawienie szpitala Praskiego na stopie, odpowiadającej zarówno wymaganiom ilościowym, t. j. co do liczby łóżek w stosunku do ilości zgłaszających się chorych, jak i jakościowym. Dzielný komitet szpitalny ze swym byłym kuratorem na czele, oraz byłym i obecnym lekarzem naczelnym, zyskał sobie swą prawdziwie obywatelską pracą uznanie i wdzięczność Prażan i wszystkich, których obchodzą sprawy szpitalne.

—kn.— Na oddziałach chirurgicznych d-rów Szteynera i Kijewskiego, w szpitalach: Dzieciątka Jezus i Wolskim, wobec licznie zgromadzonych przedstawicieli tutejszego ciała lekarskiego, dokonano w tych dniach prób kilka ze znieczuleniem, przeprowadzonym na sposób d-ra Tuffier'a w przypadkach operacyjnych. O szczegółach, dotyczących tego nowego sposobu znieczulenia, podany będzie w łamach „Kroniki Lekarskiej“ odpowiedni referat, tu zaznaczymy tylko, że sposób ten polega na zastrzykiwaniu pomiędzy opony części lędźwiowej rdzenia 2% roztworu kokainy, przy czem do punkcyi uprzedniej używa się platynowej igły długiej i mocnej, o krótkim, mało skośnym otworze. Według d-ra T., do otrzymania znieczulenia całkowitego większej części ustroju, bo od stóp aż do granicy dolnej klatki piersiowej wystarcza zupełnie zastrzyknięcie połowy zawartości zwykłej 1.0 grm. strzykawki Pravaz'a, a zatem 0.015 grm. kokainy. W przypadku pierwszym, w którym przekłucia i zastrzyknięcia w mowie będącego roztworu dokonał prof. Kosiński, dokonano osobnikowi, cierpiącemu na rozległe zmiany zapalne w stawie golemio-stopowym, amputacyi podudzia. Próba wypadła w tym razie bardzo pomyślnie; operowany nie czuł bólu wcale i, gawędząc z zasłaniającymi mu widok rękoćzynu lekarzami, nie zwrócił nawet uwagi na pojedyncze tegoż etapy. Niefortunnie natomiast wypadły próby w dwóch spostrzeżeniach następnych, mianowicie: w przypadkach przepukliny pachwinowej, oraz mięśniaka włóknistego macicy (fibromyoma uteri). Pomimo zwiększonej w przypadku trzecim dawki kokainy, wrażliwość na ból trwała w ciągu dalszym, a operacyi wypadło dokonać pod chloroformem. I tu iniekcyci dokonał prof. K. Czy winić tu należy metodę samą, czy nie dość spokojne zachowanie się chorych, którzy nie byli w stanie zapanować nad ruchami tułowia, prowadzącemi do zmieszczenia końca klującego igły, na to nie można dać odpowiedzi stanowczej, gdyż liczba przypadków odnośnych jest dziś jeszcze zbyt małą.

—z.— Kol. Staniszewski, członek naszej redakcyi, został mianowany lekarzem ambulatoryum chorób kobiecych w szpitalu Dzieciątka Jezus.

—h.— Z powodu uroczystości jubileuszu 500-lecia Wszechnicy Jagiellońskiej, senat akademicki uchwalił nadać dyplomy doktorów honorowych następującym doktorom: Ig. Baranowskiemu, Włodz. Brodowskiemu, H. Hoyerowi, H. Świącickiemu, M. Nenckiemu, Z. Laskowskiemu, J. Hlawie, M. Sklifasowskiemu, Gw. Baccelemu, J. Listerowi, R. Virchowowi, E. Roux.

—h.— Ruski komitet prasy lekarski, rozpatrzywszy na sesyi 17 maja (st. st.) r. b. propozycję komitetu organizacyjnego zjazdu międzynarodowego prasy lekarskiej w Paryżu, przyszedł do wniosku, że 1) myśl referatu o stanie prasy lekarskiej w Rosyi jest godna poparcia, ale brak czasu stoi na przeszkodzie w jej urzeczywistnieniu; 2) propozycję „założenia stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej“ komitet uznaje w zasadzie — nie wypowiada się jednak o niej, wobec tego, że już są zapowiedziane odnośne referaty.

Wreszcie w 3-ej kwestyi: zastosowanie praw ochronnych własności literackiej do prasy lekarskiej, komitet przedstawia następujące warunki:

a) Autorowi służy nieograniczone prawo wydawnictwa swych dzieł zarówno we własnym, jak i w obcych językach. Powinien to jednak w każdym oddzielnym przypadku zastrzedz. Prawo swoje autor może odstąpić.

b) Prawo to powinno być ograniczone pewnym terminem. Komitet sądzi, że za termin taki można przyjąć lat sześć, z warunkiem wydrukowania tłumaczenia nie później, jak po trzech latach od wyjścia oryginału; przy wydawnictwie zeszytami termin dla tłumaczeń ogranicza się do 1½ roku od wyjścia ostatniego zeszytu.

c) Jeżeli w określonym terminie autor (lub osoba, której prawo przekazał) nie wyzyskał swych praw — traci je.

d) Możliwość referowania prac kompilacyjnych nie może być ograniczoną.

W kwestyi tej zabieraliśmy głos w № 10 „Kroniki“, nawołując do utworzenia związku prasy lekarskiej polskiej, jako koniecznym kroku przedwstępnym przed przystąpieniem do związku międzynarodowego. Nie wiadomo nam dotąd, czy komitet organizacyjny zjazdu międzynarodowego w Paryżu zwrócił się do „Przeglądu Krakowskiego“ z propozycją utworzenia komitetu prasy lekarskiej polskiej. Echa jej nie znaleźliśmy dotąd w „Przeglądzie“.

Co się tyczy wniosków komitetu prasy lekarskiej ruskiej, odnośnie praw własności autorów prac lekarskich, to się na nie w zasadzie można zgodzić, tembardziej wobec braku wogóle konwencji odnośnej w Rosyi.

Przypuszczamy tylko, że określenie „prace kompilacyjne“, jako zbyt luźne, napotkać może w Paryżu na opozycję.

—h.— Kongres higieniczno-demograficzny w Paryżu odbędzie się natychmiast po lekarskim, od 10-go do 17-go sierpnia r. b. Składać się będzie z dwóch działów: higieny i demografii. W dziale higieny figuruje 8 sekcji: 1) mikrobiologia i pasorzyto-

logia; 2) higiena żywienia; 3) technologia sanitarna; 4) higiena indywidualna i społeczna: pielęgnowanie niemowląt, ćwiczenia fizyczne, szkoły, szpitale i t. p. — palenie zwłok; 5) higiena przemysłu i zawodowa; 6) higiena wojskowa i kolonialna; 7) profilaktyka międzynarodowa; 8) higiena komunikacji.

Prezesem zjazdu jest Brouardel, sekretarzem głównym Martin (21, rue d'École de Médecine w Paryżu).

O bliższe informacje zgłaszać się można do delegowanego zarządu kol. Polaka (Świętokrzyska, 25).

— *Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie.* Publiczne posiedzenia IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich miały się pierwotnie odbywać w amfiteatralnej sali gimnazjum nowodworskiego. Obecnie udało się komitetowi gospodarczemu zjazdu dostać na ten cel salę teatru miejskiego. W ten sposób zyskał komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej im. Almae Matris Jagellonicae olbrzymią salę dla celów wystawy, wobec czego, rozporządzając większą przestrzenią, może przyjąć jeszcze więcej przedmiotów na wystawę i dlatego podaje do wiadomości publicznej, że termin zgłaszania się dla wystawców *przedłużony został do dnia 11 lipca.*

Biuro wystawy otwarte codzień od godz. 11 — 1 w południe w gmachu wystawy (gimnazjum nowodworskie).

— Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej, która się odbędzie w lipcu r. b. podczas trwania IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, prosi pp. autorów i wydawców dzieł, broszur, rozpraw i t. p. z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, wydanych w czasie od r. 1891 do 1900 włącznie, aby prace te, objęte I działem programu wystawy, zechcieli już nadsyłać pod adresem komitetu wystawy. Zkatalogowanie bowiem, ułożenie w odpowiednie grupy tego piśmiennictwa, potrzebuje spokojnego traktowania, co przed samem otwarciem wystawy, gdy się zaczęła gromadzić okazy przemysłu w olbrzymiej, jak jest uzasadniona nadzieja, ilości, doznawałoby znacznej przeszkody.

Wypełniania kart zgłoszenia się do wystawy autorowie i wydawcy załatwiać nie potrzebują, komitet bowiem ręczy za zwrot nadesłanych dzieł, jak tylko adres dokładny posyłającego będzie mu znany.

NEKROLOGIA.

—z.— Dnia 11 czerwca r. b. zmarł w sile wieku w Białej jeden z najsympatyczniejszych kolegów, zacny i ceniony przez wszystkich człowiek **Czesław Wroczyński**, skutkiem duru brzuszego. Zmarły, osiadłszy zaraz po skończeniu studiów lekarskich (w roku

1881) w Białej, zdobył tu sobie szybko wielką praktykę swą wiedzą, ludzkością i wielkim taktem. Po za działalnością praktyczną zajmował się piśmiennictwem i kilka artykułów w różnych kwestiach praktycznych umieścił w czasopismach naszych. Ostatnio pisał w „Kronice“ w kwestyi bytu lekarzy, w ostrym, ale dobrą wolą dyktowanym liście protestując przeciw skargom na upadek stanu lekarskiego.

Zmarły osieraca żonę i kilkoro dzieci. Zaczemu człowiekowi niech spokój wieczny będzie.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez d-ra Walentego Koczorowskiego:

a) z poprzedniego konkursu:

- 1) Badanie kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcy przewodu pokarmowego (Badanie może dotyczyć środków nowych, lub dotychczas niepróbowanych).
- 2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci.
- 3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów, występujących przy: Favus, Herpes tonsurans lub Eczema marginatum.
- 4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakteryi gruzliczych.
- 5) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (Cystitis).
- 6) Badanie doświadczalne nad wycinaniem płuc (Pneumectomia).

b) nowe:

- 7) Zmiany w naczyniach krwionośnych mózgu przy wylewach krwi do jego substancji.
- 8) Gorączka aseptyczna i jej przyczyny.
- 9) Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.
- 10) Semiotyka i metodyka odruchów ścięgnowych.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1901 r. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 10 tematów wyznacza się nagroda Rb. 300.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopiśmach pod adresem sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych,

to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, sekretarz stały

Dr. Brodowski.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. M. Th. w Lipnie. — Lekarz powiatowy, według przepisów obowiązujących, niema prawa przetrzymywać u siebie dyplomu lekarza wolnopracującego, natomiast ma prawo żądać okazania sobie dyplomu przy rozpoczynaniu praktyki w obrębie jego powiatu. Dyplom powinien znajdować się u właściciela, o ile lekarz nie zajmuje jakiej posady rządowej. O tem, aby lekarz powiatu był zwierzchnikiem lekarzy wolnopracujących w powiecie, naturalnie, niema mowy.

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. 489.
- II. Współczesne poglądy na leczenie tętniaków tętnicy głównej — Kazimierz Durdzewicz — str. 501.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

266. Dr. M. Klippel — O pragnieniu patologicznem w ogólności, a w szczególności o pragnieniu w chorobie Brighta — str. 508. 267. Prof. Bümler — Leczenie suchot w XIX stuleciu — str. 510. 268. Korabiew — O leczeniu suchot płucnych zastrzykiwaniami natri cinnamylici — str. 512. 269. Michaelis — Znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne diazoodecyzynu u suchotników — str. 512. 270. J. Noir — Zapobieganie gruźlicy — str. 513. 271. Kanellis i Cardamatis — Zimnica biegunkowa złośliwa — str. 514. 272. Dr. Kolle — Warunki higieniczne Afryki Południowej — str. 515.

II. Choroby dzieci.

273—275. Odżywianie niemowląt — str. 518. 276. Dr. Hille — Leczenie krzywiczy w okresie początkowym — str. 524. 277. Clement Lucas — Gościec rzeżączkowy w następstwie takiegoż zapalenia oczu u noworodków — str. 525. 278. A. Tripko — O nowej chorobie epidemicznej (Erythema infectiosum febrile) u dzieci w Kobleney i okolicy tejże — str. 525. 279. A. Küppen — O zaparciu stolca u ssawców wskutek rys naokoło otworu stolcowego — str. 527.

III. Wiadomości pomniejsze — str. 528.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 529.

V. Uroczystości jubileuszowe krakowskie — str. 537.

VI. Odcinek — str. 542.

Kronika bieżąca — str. 546.

Nekrologia — str. 550.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 552.



Do numeru bieżącego dodaje się cyrkularz Apteki Fr. Karpińskiego o wodzie Contrexeville.

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

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

BUSKO

Dr. J. Majkowski

Starszy lekarz szpitala Ś-go Miikołaja w Busku, praktykować będzie przez całą porę kąpielową w willi własnej.

D-r Eug. Kozierowski,

były asystent Uniwersytetu Lwowskiego,
ordynuje stale w Abbazyi.

D-r Wł. Maleszewski

b. Asystent kl. Lekar. w Krakowie,
ordynuje jak dawniej w **KARLSBADZIE.**
Alte Wiese „Drei Staffeln.“

O J C Ó W

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Pocza i telegraf na miejscu.— Odległość od Olkusza stacyi kolei Iwangrodzko-Dąbrowskiej 19 wiorst.— Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**

D^r Władysław Stan

ordynuje jak lat zeszłych u wód
w Reinerz na Szląsku.

Szczawnica.

Wodolecznicę moją otwarłem
Środki: leczenie wodą, elektryczność, mięsienie i dyeta
(w pensjonacie własnym).

Dr. Kołaczkowski.