

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek ciąży jajowodowej, opisał K. Jasiński. — Przypadek tak zwanego „złamania prącia” (fractura penis), podał Julian Weisblat. — Kilka spostrzeżeń nad kolektorem bielańskim, podał A. Żurkowski. — **Wykłady kliniczne.** O białaczkę ostrą. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 10. Obrzęk naczyń ruchomych bez białkomoczu. 11. Salofen w postaciach grypy nerwowych. 12. O leczeniu operacyjnym żeber szyjowych. — **Odświeżenie.** W sprawie nierządu publicznego (prostytucyj) i zapobiegania chorobom wenerycznym. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc grudzień r. z. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Jasiński — Un cas de grossesse tubaire. 2) D-r J. Weisblat — Un cas de rupture du corps caverneux de la verge. 3) D-r A. Żurkowski — Observations sur le contenu de l'égoût collecteur de la ville de Varsovie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Jasiński — Ein Fall von Tubarschwangerschaft. 2) D-r J. Weisblat — Ein Fall von Penis-fractur (ruptura penis). 3) D-r A. Żurkowski — Beobachtungen über den Inhalt des Hauptabflusskanals der Stadt Warschau.

Redaction: Dr H. Dobrzycki, Warschau — Oboźna str. 5.

ZE SZPITALA TOW. AKC. K. SCHEIBLER W ŁODZI.

Przypadek ciąży jajowodowej,

opisał K. JASIŃSKI, ordynator szpitala.

Przypadki ciąży zewnątrzmacicznej nie należą do częstych. K. BRAUN i SPÆTH¹⁾ w Wiedniu w ciągu lat 7-iu z liczby 60,000 badanych kobiet, u 5-ju znaleźli ciążę zewnątrzmaciczną. FASOLA²⁾ z liczby 1565 kobiet ciężarnych, badanych w klinice we Florencji od r. 1883—1885, znalazł ciążę zewnątrzmaciczną w pięciu przypadkach. Inni, jak FEHLING³⁾, RUNGE⁴⁾, KLEIN-WÆCHTER⁵⁾, twierdzą, iż dokładnych danych statystycznych co do częstości ciąży zewnątrzmacicznej podać niepodobna, lecz że wogóle przypadki te należą do rzadkich.

W literaturze polskiej znalazłem opis bardzo niewielu przypadków ciąży zewnątrzmacicznej. CZAPLICKI⁶⁾, WASSERCUG⁷⁾ opisali po jednym; prof. KOŚCIŃSKI na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przytoczył dwa⁸⁾; MATLAKOWSKI cztery⁹⁾; prof. OBALIŃSKI i MARS¹⁰⁾ dwa przypadki; JERZYKOWSKI opisał jeden¹¹⁾; L. SZUMAN—trzy¹²⁾; M. LEBENSBAUM i M. WAR-

¹⁾ Bandl. Die Krankheiten der Tuben u. s. w. Deutsche Chirurgie Lief. 59. J. 1886.

²⁾ Annali di Obstetr. Firenze 1888 X. p. 145.

³⁾ Frauenkrankheiten 1893.

⁴⁾ Geburtshilfe 1894.

⁵⁾ Realencyklopaedie der Heilkunde. (Band 7, Seite 18. II. Auflage).

⁶⁾ Medycyna N. 6 r. 1884.

⁷⁾ Gaz. Lek. N. 31 i 32 r. 1884.

⁸⁾ Protokół Posiedz. Tow. Lek. d. 1 grudnia 1885.

⁹⁾ Gaz. lek. r. 1887. N. 45, 48 i 50; Gaz. lek. 1889. N. 11 i 43; Gaz. lek. r. 1892, N. 17 i 21.

¹⁰⁾ Posiedzenie Tow. lek. Krak. w 21 Października r. 1890.

¹¹⁾ Nowiny lekarskie r. 1889, str. 183.

¹²⁾ Pamiętnik Zjazdu chirurgów Polskich r. 1891, str. 79.

SZAWSKI — trzy ¹³⁾; prof. JORDAN — sześć ¹⁴⁾; BORYSSOWICZ ¹⁵⁾ cztery przypadki i SZTEYNER ¹⁶⁾ jeden przypadek.

Sądzę przeto, iż opis spostrzeganego w ciągu dłuższego czasu i następnie operowanego przezemnie przypadku nie będzie zbyteczny, zwłaszcza, iż przebieg ciąży zewnątrzmacicznej w tym razie różni się cokolwiek od zwykłego przebiegu i zejścia tej sprawy.

M. S., lat 29, osoba krzepka, zdrowa, z pewną skłonnością do otyłości, miesiączkować zaczęła w 15-ym roku życia, co 28/5 dni, bez żadnych zaburzeń; zamąż wyszła przed dwunastu laty; zawsze była zupełnie zdrowa, Rodziła raz jeden przed jedenastu laty. Poród był na czasie, prawidłowy, dziecko żywe, zmarło wkrótce po urodzeniu. Połóg bez żadnych zaburzeń. Pierwsza miesiączka po porodzie pokazała się po upływie trzech miesięcy, trwała trzy tygodnie; po tygodniowej przerwie ponowne krwawienie, poprzedzone na dwa dni boleściami w podbrzuszu; krwawienie to trwało około trzech tygodni. Następne miesiączki a raczej krwotoki miesięczne pojawiały się w podobnych odstępach czasu i trwały zwykle około trzech tygodni, poprzedzane boleściami, ustającymi w dniu pojawienia się krwawienia. Wszelkie środki wewnętrzne stosowane wówczas, okazały się bezowocnymi. S. czuła się coraz więcej osłabioną, oznaki niedokrwistości były uderzające; zajmowała się jednak pracą domową. Przed trzema laty, po obfitszym niż zwykle krwotoku, dokonane zostało przezemnie wyskrobanie błony śluzowej macicy, poczem odrazu nastąpiła zupełna zmiana. Miesiączka pojawiała się co cztery tygodnie, trwała zwykle tydzień cały, w ilości umiarkowanej. Ostatnią miesiączkę miała w pierwszych dniach stycznia 1895 roku. Wkrótce po ustaniu miesiączki zaczęła doznawać bólei przy wydalaniu moczu, bólów w pasie, w brzuchu, a głównie w prawej połowie dolnej; miewała nudności, czuła prężenie w piersiach, a po upływie pewnego czasu zauważyła powiększenie się objętości brzucha. W drugim miesiącu — kiedy, dokładnie nie pamięta — pojawił się z pochwy wypływ żółtawy, rzadki. Wszystkie te niepokojące objawy trwały około półtrzecia miesiąca, poczem nastąpiła pewna ulga: ustały nudności, przestała doznawać prężenia w piersiach; brzuch nie powiększał się więcej. Bóle w brzuchu, aczkolwiek mniejsze, jednakże zupełnie nie ustępowały, lecz pojawiały się peryodycznie, co parę tygodni, i trwały przez kilka dni z rzędu. Około połowy trzeciego miesiąca, w ciągu kilku dni pokazywały się plamy krwawe, następnie czas jakiś brunatne, a w końcu żółte; po zupełnem ustaniu odpływu ponowny napad bólów, poczem znów plamy krwawe i t. d. Podczas jednego z tych napadów — kiedy, chora dokładnie oznaczyć nie była w stanie — odchodziły błonki w dosyć znacznej ilości.

Chora zjawiła się u mnie po raz pierwszy w dniu 15-ym kwietnia r. z., a zatem po upływie 3 $\frac{1}{2}$ miesięcy od czasu ostatniej miesiączki. Wówczas stwierdziłem stan następujący: w płucach, sercu, wątrobie żadnych zmian wyraźnych. Badanie zewnętrzne brzucha, oprócz bolesności okolicy prawego jajnika, nie wykazało zmian żadnych. Zewnętrzne części płciowe, zarówno jak ściany pochwy, bez oznak sinicy; ściany pochwy nieco rozpulchnione, odpływ skąpy, rzadki, żółtawy; żadnego owrzodzenia na

¹³⁾ Przegląd chirurgiczny, r. 1893—1894 str. 246.

¹⁴⁾ Przegląd lekarski r. 1895 od N. 41 do 46 włącznie.

¹⁵⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. str. 469. r. 1894.

¹⁶⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., str. 1078 r. 1894.

części pochwowej macicy; cała macica nieco rozpulchniona, zarówno szyja jak i trzon; nieco powiększona, niebolesna, położona w linii środkowej, wysoko, mocno przodozgięta. *Parametria* prawidłowe, zarówno jak sklepienie przodowe i tylne pochwy. Prawy jajowód dawał się dobrze wymacać, w postaci sznurka grubości palca małego. Na dwa centymetry ku zewnątrz od macicy poczynało się wrzecionowato rozszerzające się zgrubienie jajowodu, tworzące w końcu brzuszny guz, objętości co najmniej trzech palców ręki dorosłego mężczyzny; guz ten bolesny, nieco konsystencyę prawidłowej macicy przypominający, bez wszelkich śladów chęłbotania, zupełnie nieruchomy, dawał się obejść od przodu i tyłu, a zewnętrznym końcem silnie był zrośnięty z boczną ścianą miednicy. Po za wzmiankowanym guzem i nieco poniżej daje się wyczuwać drugi, od pierwszego wązkim żłobkiem oddzielony, ściśle do kości krzyżowej przylegający, kulisty, nieco spłaszczony, wielkości dużego orzecha włoskiego, cokolwiek mniejszy od poprzedniego i również bolesny. Lewy jajowód zaledwie wymacalny, jajnik lewy niepowiększony, ruchomy. Z wywiadów, zebranych od chorej, jakoteż z danych, otrzymanych podczas pierwszego badania przedmiotowego, przypuszczałem ciążę zewnątrzmaciczną jajowodową, w czem utwierdził mnie dalszy przebieg choroby. Jednocześnie zrodziło się przypuszczenie, że ciąża w danym razie została powstrzymana w rozwoju bez wydostania się płodu z jajowodu.

Dnia 20-go kwietnia pokazała się z pochwy krew w dużej ilości; bóle w prawej stronie brzucha powiększyły się.

Dnia 9-go maja ponowny krwotok, trwający przez cały tydzień, potem żółtawy, czekoladowej barwy wypływ aż do 30-go maja i znowu tydzień trwający obfity krwotok. 27-go maja guz nieco mniejszy i znacznie twardszy na dotyk. Od tego czasu wielkość guza pozostaje niezmienną. W czasie od 15-go czerwca do 4-go lipca t. j. do dnia zapisania się chorej do szpitala, pokazywała się jeszcze z pochwy krew w znacznej ilości.

Operacja dokonana została w dniu 10-ym lipca w szpitalu Tow. Akc. K. Scheibler, w obecności kolegów: LOHRERA, LIKIERNIKA, KRUSCHEGO i FANKANOWSKIEGO. Położenie TRENDLENBURG'a, cięcie w smudze białej, sięgające do pępka. Po zabezpieczeniu кишek i wyciągnięciu trzonu macicy ku górze, na prawo od macicy ukazał się guz podłużny, odpowiadający rozszerzonemu jajowodowi prawemu; część jego, ku macicy zwrócona, grubości średniego palca ręki dorosłego człowieka. Na granicy $\frac{1}{4}$ części jajowodu w kierunku zewnętrznym zaczynało się zgrubienie guza, dosyć szybko powiększające się w miarę zwiększającej się odległości od macicy; guz ten kształtu podłużnego, w miejscu największej objętości odpowiadał grubości co najmniej trzech palców ręki dorosłego człowieka. Na powierzchni, ku górze zwróconej, widać małą, ciemniej zabarwioną wypukłość o ścianach zcieńczałych. Konsystencya guza odpowiadała prawidłowej macicy, nigdzie chęłbotania nie można było wyczuć; z przodu i tyłu guz zupełnie wolny, z żadnym z narządów otaczających nie zrośnięty; jedynie część zewnętrzna ze ścianami miednicy zrostem niezbyt grubym zlutowana.

Poniżej i nieco ku tyłowi od wzmiankowanego guza, leżącego pomiędzy listkami więzadła szerokiego prawego, znajdował się drugi, przylegający do tylnego listka więzadła i zapomocą tegoż z pierwszym guzem w związku będący, kształtu kulisto - spłaszczonego, wielkości dużego orzecha włoskiego, chęłboczący, z kością krzyżową niezbyt silnym zrostem połączony; guz ten kształtem i konsystencyą odpowiadał jajnikowi torbielowato zwyrodniałemu.

W dole DOUGLAS'a i pomiędzy listkami więzadła szerokiego —świeżej krwi lub śladów poprzedniego krwawienia nie znaleziono.

Wycięcie obydwóch guzów nie przedstawiało żadnych większych trudności. Każde cięcie poprzedzało podwiązanie części mającej być przeciętą, obkluwanie zaś odbywało się w ten sposób, iż po przeprowadzeniu igły od tyłu ku przodowi, w odwrotnym kierunku przeprowadzano ją przez szypułę, powstającą po uprzednim podwiązaniu (jest to modyfikacja wprowadzona przez MACKENRODT'a w celu uniemożliwienia następowego ześlizgnięcia się przewiązki). Operacja była prawie bezkrwawą. Serwety, do przytrzymania kiszek użyte, były wilgotne, w wodzie wyjałowionej maczane; tampony suche z gazy wyjałowionej. Szew brzuszny nałożono warstwowo, do szwów użyto katgut.

Przebieg pooperacyjny.

Dnia 10-go lipca. Ciepłota nad wieczorem $37,0^{\circ}$. Tętno 106 pełne, szybkie. Nudności, bólesci żadnych.

D. 11-go. Ciepłota $37,0^{\circ}$. Tętno 106, pełne. Wymioty były w nocy; czasem czkawka. Brzuch miękki, bez śladów bębny. W ciągu doby raz jeszcze wymioty, wieczorem czkawka ustala. Ciepłota wieczorem $37,4^{\circ}$. Tętno 116.

D. 12-go. Ciepłota $36,7^{\circ}$. Tętno 106. Wymioty nie ponawiały się; chora spała dobrze. Ciepłota wieczorem $37,3^{\circ}$. Tętno 104.

D. 13-go. Ciepłota $36,7^{\circ}$. Tętno 88. Chora skarży się na ból w pęcherzu po cewnikowaniu. Mocz nieco opalizujący, z gęstym osadem. C. g. 1033, oddziaływanie zasadowe. Osad składa się ze śluzu i soli zasadowych. Ciepłota wieczorem $37,4^{\circ}$. Tętno 88.

D. 14-go. Ciepłota $37,2^{\circ}$. Tętno 92. Po przepłukaniu pęcherza roztworem siarczanu cynku, alunu i kwasu karbolowego po 1,0 na 5000 wody, bóle w pęcherzu ustały. Mocz ku wieczorowi czysty, bez osadu. Mocz chora oddaje sama. Ciepłota wieczorem $37,3^{\circ}$.

D. 15-go. Ciepłota $37,0^{\circ}$. Tętno 84. Stan ogólny doskonały. Ciepłota wieczorem $37,3^{\circ}$.

D. 16-go. Ciepłota $36,8^{\circ}$. Tętno 84. Po trzech pastylkach rabarbarowych dwa obfite gęste wypróżnienia. Ciepłota wieczorem $37,2^{\circ}$.

D. 17-go. Ciepłota $36,7^{\circ}$. Tętno 72. Jedno wypróżnienie.

D. 18-go, 19-go, 20-go. Stan dobry.

D. 21-go. Opaska zdjęta, wszystkie przewiązki zdjęto, brzegi rany zrosnięte.

D. 24-go. W miejscu ułucia po przedostatnim szwie od dołu, mała wyniosłość chęlbocząca; po nakłuciu jej wydzielilo się sporo przezroczystego lepkiego płynu; kanalik wązki, długi, zaledwie cienki zgłębnik przepuszczający. Założono gazę jodoformową.

D. 29-go. Kanalik zupełnie zabliźniony.

D. 2-go sierpnia. Badanie przez pochwę wykazało zupełnie prawidłowe położenie macicy niepowiększonej; blizna na prawo od macicy miękka, niebolesna. Jajnik i jajowód lewy prawidłowe.

D. 4-go sierpnia. Operowana wypisana do domu. Po 6-iu tygodniach od dnia operacji pojawiła się miesiączka bez bólesci, nader obfita, tydzień trwająca. Operowana narzekała na lekki ból w bliźnie przy silniejszych ruchach, zresztą czuła się zupełnie zdrową.

Po przecięciu pierwszego guza okazało się, iż tenże składał się ze znacznie zgrubiałych ścian jajowodu, z wyjątkiem wypuklającej się części na brzegu górnym, gdzie ściana ta była nader zcieńczała, lecz bez śladów pęknię-

cia. Zawartość guza gąbczasta, ciemno czerwona; w miejscu, odpowiadającym wyniosłości zewnętrznej, pośród opisanej masy znajdowało się jądro, świeży skrzep krwi zawierające. Cała masa gąbczasta dawała się z łatwością od ścian jajowodu oddzielać. Pozostałe części jajowodu zarówno w kierunku ku macicy, jak i ku jajnikowi zachowały swoją drożność. Strzępów (*fimbriae*) u wylotu brzuszego nie znaleziono.

Badanie drobnowidzowe wykazało przerost wszystkich warstw, zwłaszcza zaś ściany mięśniowej jajowodu w tych miejscach, gdzie one były zgrubiałe. Skrawki zaś, wzięte z miejsca, gdzie ściany były zcieńczone (wyżej opisana wyniosłość w brzegu górnym) okazały prawie zupełny zanik warstwy mięśniowej; błona śluzowa zaś przedstawiała zmiany charakterystyczne dla ciąży (wielka ilość okrągłych i wrzecionowatych, prawie bezpośrednio jedna przy drugiej leżących komórek), a zatem budową odpowiadała budowie doczesnej. Gąbczasta masa, leżąca pośrodku jajowodu, składała się ze zmienionych ciałek krwi i drobnoziarnistego rozpadu; śladów *amnios* i *chorion* nie znaleziono.

Badanie drugiego guza wykazało budowę jajnika, którego miąższ był bardzo soczysty, zawierał jedno ciałko żółte i znaczną ilość mniejszych lub większych torbieli, miejscami zlewających się ze sobą.

Przypadek opisany należy do stosunkowo nieczęstych ze względu na wyjątkowe zejście samej ciąży, jak również ze względu na burzliwe objawy, trwające dalej pomimo wczesnego zamarcia płodu.

Jak wiadomo, zwykłe zejście ciąży jajowodowej stanowi pęknięcie jajowodu we wczesnym okresie rozwoju. HECKER z 45 badanych przypadków, znalazł w 26 pęknięcie w pierwszych dwóch miesiącach; w 11-iu w trzecim; w 7-iu w czwartym; w 1-ym w piątym miesiącu. HOFFMANN z liczby 8-iu przypadków, w 7-iu znalazł pęknięcie w drugim; w jednym w trzecim miesiącu. Pozzi twierdzi, iż wczesne obumarcie płodu, wskutek krwotoku do wnętrza jaja płodowego, należy do wyjątków, poczem płód rozkłada się, ulega wessaniu i nawet śladu po nim znaleźć nie można. Jajo płodowe zwykle jeszcze przez czas jakiś rozwija się dalej, lecz z czasem zamienia się w krwistek jajowodu (*haematosalpinx*), który w wyjątkowych przypadkach może uleść, po upływie pewnego czasu, zupełnemu wessaniu.

W naszym przypadku obumarcie płodu nastąpiło, według wszelkiego prawdopodobieństwa, przed końcem drugiego miesiąca ciąży, jajo płodowe zaś rozwijało się do końca drugiego miesiąca lub nieco dłużej, nie uległo jednak wessaniu, lecz zamieniło się w krwistek. W części, odpowiadającej opisanej wyżej wyniosłości na ścianie jajowodu, musiał znajdować się płód. Ściany jajowodu w tem miejscu, jak to już wyżej opisano, nader były zcieńczone i niewiele zapewne brakowało do zwykłego zejścia ciąży jajowodowej, t. j. do pęknięcia ściany, krwotoku i t. d.

Nie jestem zresztą w stanie wyłączyć z bezwzględnej pewnością i tego przypuszczenia, że w początkach ciąży w miejscu zcieńczenia nastąpiło pęknięcie jajowodu i wydostanie się płodu do jamy otrzewny. Niewielka ilość krwi i płód mogły uleść wessaniu w dole DOUGLAS'a, poczem jajo płodowe mogło rozwijać się jeszcze przez czas jakiś. Z wywiadów wprawdzie wnosząc, niema żadnych danych, za tem przypuszczeniem przemawiających. Operowana przecież, ażeby miała kiedykolwiek popaść w stan omdlenia, żeby miała doznawać nagłego osłabienia; leżała wprawdzie w początku drugiego miesiąca

przez czas jakiś w łóżku, lecz jedynie wskutek braku sił, wywołanego bólami, nudnościami i t. d. Wprawdzie objawy te przy małym krwotoku mogły być być niewyraźne; w każdym razie pierwsze moje przypuszczenie, iż pęknięcie wcale nie miało miejsca, wydaje mi się w tym przypadku prawdopodobniejsze.

Do wyjątków należy dalsze trwanie objawów, pomimo przerwania się ciąży zewnątrzmacicznej, jakoto: bóleści peryodycznie ponawiających się, krwawienia w nieregularnych odstępach czasu występującego i. t. d. Zwykle objawy te ustępują wraz z ustaniem rozwoju jaja płodowego i ustaniem krwotoków do wnętrza jajowodu; poczem w wyjątkowo pomyślnych przypadkach następuje zupełne wessanie się zawartości jajowodu i drożność jego zostaje przywrócona. W opisanym przypadku, który zacząłem badać w 3 $\frac{1}{2}$ miesiąca od czasu ustania miesiączki, sprawa rozwojowa nie postępowała od czasu dłuższego. Z rozmiarów guza wnosząc, conajmniej od 6-iu tygodni nastąpił zastój w rozwoju, a zatem w końcu drugiego miesiąca ciąża została przerwana. Guz nie tylko nie powiększał się, lecz nawet ku końcowi maja zmniejszył się cokolwiek, zapewne wskutek zgęstnienia jego zawartości, a pomimo to objawy trwały dalej, wycieńczając chorą do tego stopnia, iż zmusiły ją do poddania się operacji.

Przebieg przypadku tego dowodzi słuszności twierdzenia WERTH'a, z którym zgadza się zresztą większość autorów w czasach ostatnich, iż ciążę zewnątrzmaciczną należy uważać za nowotwór złośliwy i usuwać we wczesnym okresie rozwoju, o ile zostaje rozpoznana w tym okresie; przeczy zaś optymistycznym poglądom niektórych innych (np. THORN'a), twierdzących, iż ciąża zewnątrzmaciczna we wczesnym okresie daje o tyle tylko wskazanie do zabiegu operacyjnego, o ile rozwija się dalej, lub gdy wskutek powtarzających się krwotoków do jamy otrzewny, chorej grozi śmierć wskutek postępującej niedokrwistości i ogólnego wycieńczenia.

Sądzę, iż w przypadku opisanym operacja była najzupełniej wskazana, gdyż nie było żadnych widoków, ażeby dalsze wyczekiwanie miało być uwieńczone pomyślnym skutkiem, t. j. ażeby niepokojące i wycieńczające chorobą objawy miały z biegiem czasu ustąpić bez zabiegu operacyjnego, skoro powtarzały się uporczywie w ciągu czterech miesięcy, od czasu ustania dalszego rozwoju ciąży.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA ODERFELDA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

Przypadek tak zwanego „złamania prącia“

(„*fractura penis*“),

podał JULIAN WEISBLAT.

Dnia 18 września r. b. zapisał się na oddział Lejba L., służący, który opowiedział, że ostatniej nocy, będąc w półśnie, prawie bezwiednie, zgiął nagle ku dołowi obiema rękami znajdujące się w stanie naprężenia prącie. W tej samej chwili usłyszał, że w prąciu coś trzasnęło; uczuł przytem mocny ból i obudził się. Naprężenie natychmiast znikło; chory obmył prącie zimną wodą, poczem bóle ustąpiły; z powodu jednak ciemności żadnych zmian nie dostrze-

gał, czuł tylko, obmacując prącie rękami, że staje się ono coraz grubsze. Chory zaraz zasnął. Obudziwszy się nad ranem, zauważył niezwykle zabarwienie prącia.

Badanie wykazało, co następuje: chory lat 27, dobrej budowy, doskonale odżywiany; nie gorączkuje, żadnych bólów, ani dolegliwości nie uczuwa; zgłosił się zaś do szpitala, zaniepokojony obrzmieniem prącia, głównie zaś jego zabarwieniem. Długość prącia wynosi 10,4 ctm, obwód 12,2 ctm. Skóra na prąciu umiarkowanie napięta, barwy ciemno-fioletowej, na żołądź i na wżgórku łonowym prawidłowa; skóra przedniej powierzchni moszny w okolicy szwu blade-niebiesko zabarwiona. W górnej części prącia, z lewej strony, wyczuwa się zgrubienie nieznaczne, na dotyk nieco bolesne; moczczysty.

Choremu zalecono leżenie w łóżku oraz zimne okłady z wody gulardowej. Nazajutrz podbiegnięcie na mosznie powiększyło się nieznacznie, obwód zaś napletka zmniejszył się i skóra na nim, poprzednio napięta, zaczęła się marszczyć. Następnie podbiegnięcia zaczęły powoli znikać, a barwa fioletowa blednąć.

Ponieważ chory żadnych dolegliwości nie doznawał, więc po kilku dniach wypisał się; środków żadnych nie stosował i niezwłocznie wziął się do pracy. Po dwóch tygodniach barwa skóry stała się prawie zupełnie prawidłową, stwardnienie jednak zmniejszyło się niewiele. W sześć tygodni po wypadku miał pierwszy stosunek płciowy i opowiada, że zarówno naprężenie jak i spółkowanie odbyły się zupełnie prawidłowo. Dnia 26 listopada, a więc po dwóch przeszło miesiącach, dawało się jeszcze wyczuć stwardnienie niebolesne, wielkości grochu, o czym chory wszelako zupełnie nie wiedział.

W przypadku tym niewątpliwie mieliśmy do czynienia z rozerwaniem ciała jamistego, z lewej strony, blisko podstawy prącia.

Pęknięcia te zwykle noszą nazwę „złamań prącia“, choć ma tu miejsce najczęściej rozerwanie tkanki włóknistej, złamanie zaś w ścisłym znaczeniu tego wyrazu następuje tylko w ciałach jamistych zwapniałych.

Złamaniu ulegz może tylko prącie, znajdujące się w stanie naprężenia, najczęściej podczas spółkowania, także wskutek uderzenia, skręcenia, przy usiłowaniu wyprostowania prącia, zgiętego wskutek jakiejś sprawy patologicznej (*chorda*) i na koniec wskutek gwałtownego zgięcia naprężonego prącia ku dołowi, co miało miejsce w opisanym wyżej przypadku.

Pierwszym objawem złamania prącia jest trzaśnięcie, po którym następuje na miejscu rozerwania mocny ból, mogący doprowadzić do omdlenia, i przechodzący niekiedy na odbytnicę, żołądź lub krocze. Prącie opada na miejscu rozerwania, tworząc tu kąt, albo też naprężenie nagle znika. Bardzo szybko powstaje obrzmienie i zabarwienie skóry prącia, moszny, a także krocza i powłok brzusznych. Jeżeli rozdarciu uległa także i cewka moczowa, to wypływa z niej przez otwór zewnętrzny krew, przy oddawaniu zaś moczu, zmieszanego z krwią, chory doznaje mocnych bólów.

Wynaczynienie skutkiem rozerwania ciał jamistych dojść może do takich rozmiarów, że uciska w mniejszym lub większym stopniu cewkę moczową, wywołując trudność w wydalaniu moczu lub zupełny bezmocz; z drugiej strony może ono spowodować zgorzel skóry wskutek jej napięcia¹⁾.

¹⁾ GABSEWICZ. Przypadek t. zw. „*fracturae penis*“. Gazeta Lekarska. 1895. N. 44.

Jeżeli krew skrzepnie, to można stwierdzić tarcie, właściwe dalszym zmianom w krwi wynaczynionej; krepitacja mogłaby mieć miejsce tylko przy złamaniu ciał jamistych, uległych zwapnieniu.

Przebieg przypadku zależy od wielkości wynaczynienia, a głównie od tego, czy cewka została uszkodzoną lub nie. W razie uszkodzenia cewki, mogą nastąpić rozległe zapalenia z ropieniem, nacieczenie moczowe, zgorzel i posocznica.

Co się tyczy zejścia, to na miejscu uszkodzenia tworzy się blizna, która nie przyjmuje udziału w naprężeniu; również większa lub mniejsza część prącia, ku przodowi od złamania traci własność naprężania się; dlatego też rokowanie pod względem czynnościowym będzie tem pomysłniejsze, im bliżej żołędzi nastąpiło złamanie.

Leczenie polega na stosowaniu zimnych okładów oraz wysokiem ułożeniu prącia zapomocą poduszki, położonej między nogami chorego; to samo da się osiągnąć bandażem lub ręcznikiem, przeciągniętym ponad udami. Przy obfitych wylewach wessanie można przyspieszyć, stosując ucisk lub mięsienie; jeżeli wessanie pomimo to nie postępuje, to należy zrobić przekłucie lub małe cięcie; natomiast przy zgorzeli cięcia muszą być długie i głębokie, a po oddzieleniu tkanek martwych, należy zapomocą operacji plastycznej pokryć braki skóry, aby uniknąć obszernych blizn, które zwykle zniekształcają prącie. Tak też postąpił GABSZEWICZ w swoim przypadku, w którym po oddzieleniu się tkanek, uległych zgorzeli, pozostał tylko wązki pasek skóry na grzbietowej stronie prącia i małe paski u podstawy i na napletku. Wyciął on płat prawie czworokątny na szerokiej szypule z moszny (sposobem MAAS'a) i dolny brzeg płatu przyszył na całej jego długości do pozostałej skóry na napletku, górny u podstawy prącia, a wolny brzeg płatu do prawego brzegu paska skóry, pozostałej na grzbietowej stronie prącia. Ranę po wycięciu płatu zeszył w $\frac{3}{4}$. Po dwóch tygodniach przeciął szypulę i usunął w ten sposób zupełnie związek prącia z moszną; brzeg odcięty płatu przyszył do lewego brzegu skóry, pozostałej na grzbietowej stronie prącia. Naprężenie, jak utrzymuje chory, niewiele pozostawia do życzenia.

Przypadek przezemnie spostrzegany należy do łżejszych ze względu na przebieg i zejście. Krwotok z ciała jamistego nie był obfity, o czym można wnosić 1) z tego, że skóra na prąciu nie była zbyt napięta, i 2) że wydalanie moczu odbywało się bez żadnych dolegliwości, ucisku więc na cewkę nie było wcale. Cewka była nieuszkodzona, w moczu bowiem ani razu nie było domieszki krwi.

Co się zaś tyczy zejścia, to zdaje się ono być bardzo pomysłne, gdyż spółkowanie odbywa się zupełnie tak, jak przed wypadkiem; jeżeli przeto naprężenie przedstawia nawet pewne zboczenie wskutek blizny, powstałej na miejscu rozerwania ciała jamistego, to musi ono być bardzo nieznaczne, skoro chory o niem wcale nie wie; a należy przytem pamiętać, że pęknięcie nastąpiło bardzo wysoko, prawie u podstawy prącia, a zatem na miejscu, które znacznie pogarsza rokowanie co do czynności prącia.

KILKA SPOSTRZEŻEŃ NAD KOLEKTOREM BIELAŃSKIM,

podał A. Żurkowski.

Długość kolektora od plantu kolei obwodowej aż do wylotu do Wisły wynosi około $4\frac{1}{2}$ kilometrów. Jest to więc przestrzeń, na której dość łatwo możnaby spostrzedz jakieś wahania we własnościach wody kanałowej. Na propozycję p. Józefa Lindleya przystąpiłem do badania, czy owe wahania istnieją w rzeczy samej. Miałem tu naturalnie na względzie przede wszystkim badanie bakteryologiczne. Można było mniemać, że ilość bakterii zmniejsza się podczas przepływu wody, że może tu mieć miejsce pewnego rodzaju oczyszczenie samodzielne; ale już *a priori* trudno było przypuszczać, aby mogło ono być bardzo wyddatne, niema bowiem w kolektorze najważniejszych czynników w tej mierze, t. j. światła i roślinności zielonej, których brak mógłby właśnie spowodować powiększenie ilości drobnoustrojów; za to obfity dostęp powietrza przez wentyle i szybki prąd wody powinien przeszkadzać powiększaniu się ilości bakterii, a przeciwnie wpłynąć na zmniejszenie ich liczby. Spodziewałem się, że właśnie ta szybkość prądu może wpłynąć na oczyszczenie samodzielne wody kanałowej, miałem bowiem w pamięci doświadczenia niektórych bakteryologów niemieckich i francuskich, którzy wykazali, że przez poruszanie mechaniczne, np. wstrząsanie, wirowanie i t. p. ośrodka płynnego, zawierającego bakterie, wywołuje się bardzo znaczne zmniejszenie ich liczby.

Pierwszy raz zaczerpnąłem próby wody d. 26. VI r. 1895. Jedna próba zaczerpnięta była o godz. 8 min. 38 rano w tak zw. akwedukcie (przed „Kaskadą”), jako pierwszym punkcie dogodnym, położonym w odległości 2700 m. od ujścia kolektora, druga — o godz. 9 m. 8 w miejscu odległym od ujścia o 1401 m. (za „Kaskadą”), wreszcie trzecia — o godz. 9 min. 27 przy wylocie kolektora do Wisły. Ciężota wody, spostrzeżona w tych trzech miejscach, wynosiła $16^{\circ}3$, $16^{\circ}3$ i $16^{\circ}4$ C. Próbowki z wodą przewiozłem w skrzynce blaszanej obłożonej lodem na stację filtrów, i pomiędzy godziną 12-tą a 1-szą zasiałem płytki żelatynowe. Z każdego miejsca w kolektorze zaczerpnąłem po dwie próbówki wody i z każdej próbówki zasiałem wodę na dwie płytki w ilościach różnych. Po upływie 46 godzin przebywania płytek przy temperaturze średniej $18^{\circ}2$ C. obliczyłem kolonie i otrzymałem następujące ilości bakterii w 1 cm. szc. wody w milionach:

W wodzie zaczerpniętej w akwedukcie:

N. 1 — 11,52 i 13,78; N. 2 — 11,16 i 11,04; średnio 11,875.

W wodzie zaczerpniętej w drugim miejscu:

N. 1 — 9,92 i 10,37; N. 2 — 8,66 i 11,43; średnio 10,095.

W wodzie zaczerpniętej przy wylocie:

N. 1 — 7,62 i 8,68; N. 2 — 8,48 i 9,92; średnio 8,675.

Z liczb powyższych wynika, że w wodzie wziętej przy wylocie kolektora pozostało tylko 73% tej ilości bakterii, jaka się znajdowała o 2700 metrów powyżej. Wynik taki byłby nadspodziewanie pomyślny na korzyść przypuszczenia o oczyszczaniu samodzielnem, gdyby następne doświadczenia nie wykazały, że nie był on prawdziwy. Powodem błędu była, jak sądzę, ta okoliczność, że próby zaczerpnięte były w sposób nieodpowiedni. By wyniki były zgodne z rzeczywistością, należy o ile możności czerpać próby z jednego i tego samego słupa przepływającej wody. Otóż w przypadku powyższym nie

stało się zadość tej zasadzie z powodu niedostatecznego obznajmienia z wszelkimi okolicznościami, towarzyszącymi doświadczeniu.

Wyniki prób późniejszych są o wiele pewniejsze, a to dzięki uprzejmemu współudziałowi inżyniera p. J. Barcikowskiego, któremu czuję się w obowiązku złożyć w tem miejscu szczere podziękowanie za łaskawie a umiejętnie mi wyświadczoną pomoc.

Ponieważ przekonaaliśmy się, że prąd w kolektorze jest szybszy od zwykłego chodu ludzkiego, że zatem osoba czerpiąca próbę np. w akwedukcie, z trudnością jedynie może zdążyć do miejsca środkowego, z którego należałoby zaczerpnąć wody, a tembardziej do wylotu kolektora, należało więc rozstawić się w tych trzech miejscach i czerpać wodę za danym znakiem. Znakiem tym były poprostu pływak drewniane. Osoba, mająca czerpać w miejscu najwyższym, jednocześnie notowała czas, puszczała pływak i nabierała wody do próbowki; po minucie powtarzało się to samo. Pływak płynie z prądem głównym; osoba zatem, stojąca w miejscu środkowym, nabiera wody w czasie przepływania pływaka i również notuje czas dokładnie. To samo powtarza się u wylotu kolektora.

W ten sposób dokonaliśmy trzy razy czerpania prób, i trzy razy określiliśmy szybkość prądu w kolektorze. Chociaż średnia szybkość prądu jest naturalnie mniejsza od prądu głównego, tego jednak błędu wyliczyć z doświadczenia nie można; niepodobna bowiem określić średniej szybkości empirycznie, a tylko z szybkości prądu głównego przy uwzględnieniu różnych innych czynników. Błąd powstający stąd jest zresztą niewielki i nie przekracza błędów zwykłych przy tego rodzaju doświadczeniach.

Czerpiąc wodę w sposób powyższy, mieliśmy prawie pewność, że próby wyszły z tego samego, choć rozumie się, dość obszernego słupa wody. Przy czerpaniu wody mierzyliśmy także jej ciepłotę. Dodam wreszcie, że każda z trzech osób umieszczała próbówki z wodą w skrzynkach blaszanych obłożonych lodem, poczem w kilka godzin zasiewałem próby w ilościach jednakowych na zwyczajnych płytkach żelatynowych w pracowni na stacyi filtrów.

Wyniki badań tych są następujące:

A. Próby zaczerpnięto dnia 3. VII. roku 1895, między 10—11 z rana. Ciepłota wody w trzech wyżej wymienionych miejscach: $18^{\circ}6$, $18^{\circ}5$, 18° C. Kolonie obliczyłem po 47 godzinach przebywania płytek przy $18^{\circ}6$ C. średnio. Ilość bakteryi w 1 ctm. szśc. w milionach:

- 1) w akwedukcie: 7,52, 8,81 8,45, 5,41, średnio 7,31
- 2) za „Kaskadą“: 8,24, 7,63 10,24, 9,63, średnio 8,93
- 3) przy wylocie: 10,37, 10,57, 8,23, 8,18, średnio 9,44

B. Próby zaczerpnięto dnia 10 VII. 95 między 10—11 z rana. Ciepłota wody 18° , $17^{\circ}8$, 18° C. Kolonie obliczyłem po 55 godzinach przebywania płytek przy ciepłocie 18° średnio i otrzymałem ilości następujące:

- 1) w akwedukcie: 6,12, 5,52, 6,72, 6,65, średnio 6,25
- 2) za „Kaskadą“: 8,19, 6,62, 5,68, 5,81, średnio 6,32
- 3) przy wylocie: 7,85, 7,23, 8,05, 5,73, średnio 7,21.

C. Próby zaczerpnięto dnia 17. VII. 95. między 10—11 z rana. Ciepłota wody $17^{\circ}5$, $17^{\circ}2$, 18° C. Kolonie obliczyłem po 52 godzinach przebywania płytek przy ciepłocie $19,5^{\circ}$ średnio. Ilość bakteryi była następująca:

- 1) w akwedukcie: 6,42, 6,98, 6,88, 6,45, średnio 6,68
- 2) za „Kaskadą“: 7,50, 6,49, 6,79, 6,82, średnio 6,90
- 3) przy wylocie: 6,48, 6,56, 6,41, 6,39, średnio 6,46.

Z powyższego przychodzimy do wniosku, że poważniejszych wahań w zawartości bakteryi, a temsamem oczyszczenia samodzielnego wody kanałowej w kolektorze bieleńskim, na przestrzeni zbadanej zauważyć nie można. Powodem jest brak najważniejszych w tym względzie czynników: światła i roślinności zielonej; za to ruch wody i dostęp powietrza utrudniają rozmnażanie się bakteryi. Ciężota wody w kolektorze waha się podczas przepływu w nieznacznych jedynie granicach. Co do samych bakteryi, to olbrzymia ich większość rozrzedza żelatynę, tak jak wogóle bakterye wody; są to zatem przeważnie bakterye gnilne, co widać zresztą w wydatnem zielonem zabarwieniu płytek. Z nierozrzedzających kolonii spotyka się przeważnie lasecznika okrężnicy lub pokrewne mu gatunki, opisane przez WEICHSELBAUM'a pod wspólną nazwą *b. aquatilis sulcatus*.

Szybkość prądu głównego w kolektorze wynosi średnio 2,2 m. na sekundę, przy najmniejszej spostrzeżonej 2,09 m. i największej 2,27 m. Szczegółowych liczb, jako mało interesujących, nie przytaczam.

Winienem zauważyć jeszcze, co następuje. Liczby, otrzymane z trzech ostatnich doświadczeń, w których używałem do wysiania na płytki jednakich ilości wody, dowodzą: że bakterye często wcale nie układają się w wodzie równomiernie, wbrew temu, co przyjmujemy za podstawę rozbioru bakteriologicznego ilościowego; twierdzeniu temu rzeczywistość bardzo często zaprzecza.

W pierwszym znów doświadczeniu używałem do płytek rozmaitych ilości wody; nie przytoczyłem ich, jako rzeczy obojętnej, to tylko zauważę, że liczby te umyślnie podałem po parze, jako odpowiadające jednej próbie wody; pierwsza liczba odpowiada mniejszej ilości wody zasianej na płytkę, druga — większej. Choć zawsze liczby te wyrażają zawartość bakteryi w jednym ctm. szc. wody, to jednak łatwo zauważyć, że, z wyjątkiem jednej pary, druga liczba jest zawsze większa od pierwszej, co dowodzi, że z powiększeniem ilości zasianej wody, ilość kolonii na płytce powiększa się więcej, niż proporcjonalnie. Zjawiska tego objaśnić sobie nie umiem; zaznaczam jedynie istnienie jego, tembardziej, że je zarówno z poprzedniem stale spostrzegam, mając bez przerwy do czynienia z rozbiorem bakteriologicznym wody.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. FRAENKEL.

O białaczce ostrej.

(Dokończenie.—Zob. N. 3).

Drugą część wykładu swego poświęca autor opisowi 2 przypadków, w których zauważył nagłe ustąpienie wszystkich objawów białaczki ostrej, pod wpływem cierpienia zakaźnego, wikłającego jej przebieg.

Przypadek pierwszy dotyczył bardzo anemicznego, 24-letniego chorego z powiększoną śledzioną i obrzmieniem gruczołów chłonnych na szyi i w pachwinach. Ilość białych ciałek krwi znacznie powiększona, stosunek ich do czerwonych wynosił 1:26. Białe ciała względnie duże, z jądrem wypełniającem całą niemal komórkę; ciałek wielojądrowych krew wcale prawie nie zawierała. W kilka dni po

przybyciu chorego do szpitala zaczął mu się tworzyć ropień gruczołów chłonnych podżuchwowych. Ciepłota podniosła się do 40°C ., gruczoły podżuchwowe obrzmiały, stały się bolesne, skóra nad nimi mocno się zaczerwieniła.

Po wystąpieniu tych objawów skład krwi uległ wyraźnej zmianie, ilość ciałek białych znacznie się zmniejszyła, stosunek ich do czerwonych wynosił 1:218. Śledziona zmniejszyła się. W moczu wystąpił osad, składający się z moczanów i z czystego kwasu moczowego. W kilka dni po przecięciu ropnia, który zawierał gronkowce, wystąpiły u chorego objawy chorobowe ze strony narządu oddychania: rozpoznano zapalenie ropne płucnej prawej. Śledziona zmniejszyła się ponownie tak znacznie, że wyczuć jej nie było można; osad z moczu znikł; skład krwi wrócił do stanu prawidłowego: stosunek ciałek białych do czerwonych 1:300. Jednocześnie wystąpiły po raz pierwszy krwotoki na siatkówce i ogólny stan chorego widocznie się pogorszył. Śmierć nastąpiła w dwa tygodnie od chwili pierwszego podniesienia się ciepłoty.

Przypadek drugi dotyczył bladej, bezkrwistej, 34 letniej chorej. Śledziona oraz gruczoły chłonne na szyi i pod pachami znacznie powiększone i bolesne; skłonność do krwotoków. We krwi bardzo wiele ciałek białych jednojądrowych; stosunek ich do czerwonych 1:9. W kilka dni po przyjęciu chorej do szpitala ciepłota podniosła się nagle do $40,2^{\circ}\text{C}$. i wystąpiły objawy, świadczące o jakimś cierpieniu zakaźnym. (Sekcja wykazała posocznice). Jednocześnie zauważono wyraźne zmniejszenie się śledziony i gruczołów chłonnych, duże zmiany w składzie krwi (stosunek ciałek białych do czerwonych 1:41) i osad w moczu, składający się z czystego kwasu moczowego. Ogólny stan chorej pogorszył się znacznie, wystąpiły krwotoki na siatkówce i obfite krwotoki z nosa. Śmierć nastąpiła w tydzień po pierwszym podniesieniu się ciepłoty.

Opisane wyżej zmiany wsteczne w śledzionie i gruczołach chłonnych u obu chorych, oraz nadzwyczajne zmniejszanie się liczby ciałek białych w ich krwi świadczą, zdaniem autora, najprawdopodobniej o szybko postępującym rozpadzie leukocytów w narządzie krwiotwórczym i w samej krwi. Rozpad ten jest zapewne wynikiem obecności pewnych, wytwarzanych przez drobnoustroje, ciał chemicznych; występuje on, jak wiadomo, i w pewnych nowotworach, np. chłoniakach, rzadziej mięsakach, kiedy skóra, pokrywająca je, staje się siedliskiem róży: pod wpływem zakażenia nowotwory zmniejszają się nagle, a niekiedy ulegają nawet zupełnemu wessaniu.

Badania anatomiczne, przedsięwzięte przez autora w celu wykrycia we krwi lub w tkankach narządów, dotkniętych sprawą chorobową, śladów rozpadu lub obecności ulegających rozpadowi leukocytów, nie dały wyniku pomyślnego. Znajdował on wprawdzie we krwi i w gruczołach chłonnych twory o zatartych konturach, zawierające uderzająco blade, napęczniałe, słabo barwiące się jądra, otoczone wązkim, nieprawidłowym paskiem protoplazmy (ciałka FLEMMING'a); spotykał również tak zwane twory gronowate HINDENBURG'a—resztki jakoby rozpadających się jąder leukocytów; widział wreszcie i wielkie, wypełnione w znacznej części martwymi leukocytami fagocyty;—wszystkie te twory jednak obecne są we krwi przy ciężkiej niedokrwistości i przy białaczce wtedy nawet, kiedy skład krwi nie uległ takiej, jak w przypadkach powyższych, zmianie.

Pomimo braku wyraźnych dowodów anatomicznych, przemawiają jednak inne, spostrzegane u chorych objawy za nagłym rozpadem leukocytów. Świadczy o nim przedewszystkiem nagle pogorszenie stanu ogólnego, występujące jednocześnie ze zmniejszeniem się objętości śledziony i gruczołów chłonnych i ze zmianami w składzie krwi. Niepodobna uważać go jedynie za wynik zakażenia dro-

bnoustrojami i wyłączyć zupełnie ujemny wpływ rozpadu znacznej liczby leukocytów. Wiadomo wszakże, iż wszelki nagły zanik tkanek, bez względu na przyczyny, które go spowodowały, wywołuje w ustroju szereg groźnych bardzo objawów; przy leczeniu obrzęku śluzowego przekonano się, że zbyt duże dawki gruczołu tarczowego sprowadzają śmierć przy niewątpliwych objawach zatrucia, powstającego bezwątpienia wskutek zbyt nagłego rozpadu obfitującej w komórki tkanki nowotworowej.

Oddawna już zwrócono uwagę na fakt, że białacze towarzyszy wzmożone wydzielanie kwasu moczowego. Według STADTHAGEN'a osobnik zdrowy wydzielala dziennie przecięciowo 0,5 grm., chory zaś z białaczką 1,68 grm. tego ciała. Według HORBACZEWSKIEGO rozpad obfitujących w nukleiny ciałek białych krwi warunkuje ilość wydzielanego kwasu moczowego; jeśli tylko bądź w zdrowym, bądź w chorym ustroju ilość ciałek białych krwi wzrasta, wówczas podnosi się także i zawartość kwasu moczowego w moczu. Pogląd HORBACZEWSKIEGO nie był dostatecznie przez jego własne doświadczenia poparty; trudno prócz tego orzec, kiedy nadmierna ilość ciałek białych we krwi jest wynikiem wzmożonego tworzenia ich przez narząd krwiotwórczy, a więc i wzmożonego rozpadu, kiedy zaś świadczy ona jedynie o zbyt szybkim przedostawaniu się leukocytów z narządu krwiotwórczego do krwiobiegu. Jeśli zresztą przypuszczenie, że przy białacze znaczna ilość leukocytów ulega rozpadowi, jest zupełnie uzasadnione, to brakowało dotąd w każdym razie niezbitych na to dowodów i miary, określającej rozmiary tego rozpadu.

Żaden z licznych badaczy, którzy pracowali nad wykryciem związku między rozpadem ciałek białych krwi, a ilością kwasu moczowego, nie zdołał, pomimo znakomicie obmyślanych sposobów badania, rozwiązać stanowczo tej zawilej sprawy.

Opisany wyżej przypadek białaczki ostrej, powikłanej przez ropień gruczołów chłonnych podżuchwowych, dostarczył w tym kierunku danych nader ciekawych i pouczających.

Po podniesieniu się ciepłoty i obrzmieniu gruczołów, zanim jeszcze wystąpiły jakiegokolwiek zmiany w składzie krwi chorego, ilość dzienna wydzielanego kwasu moczowego wynosiła 1,22 grm. Kiedy ropień już się utworzył i badanie krwi wykazało owo niezmiernie zmniejszanie się liczby leukocytów, ilość dzienna kwasu moczowego podniosła się do 2,30 grm. Kiedy wreszcie ilość ciałek białych we krwi przestała się zmniejszać, ilość kwasu moczowego spadła do 1,16 grm. dziennie. Fakta te dowodzą, zdaniem autora, istnienia ścisłego związku między rozpadem leukocytów i ilością kwasu moczowego. Trudno o wyraźniejszy i pewniejszy dowód, że wzmożony rozpad leukocytów potęguje ilość wydzielanego kwasu moczowego.

Pomimo pilnych poszukiwań nie znalazł autor w literaturze ani jednego przypadku, w którym pod wpływem zakażenia wytworzyłyby się takie zmiany w morfologicznym składzie krwi, jakie spostrzegać było można u obu wymienionych chorych.

W przypadkach, opisywanych przez innych autorów, z chwilą zmniejszenia się liczby ciałek białych krwi występowały pewne zmiany w stosunku komórek jednojądrowych do wielojądrowych. Ilość tych ostatnich mianowicie podnosiła się znacznie, dalszy rozwój komórek stawał się zatem możliwy i skład krwi poprawiał się. Objaw ten staje się zrozumiałym, jeśli przypuścić, że wytwory przemiany materii

drobnoustrojów, które wywołały sprawę zakaźną, pobudzają narząd krwiotwórczy, względnie zawarte w nim komórki młode, do tworzenia większej ilości ciałek wielojądrowych; możliwem jest także, że obecność drobnoustrojów znosi — przynajmniej na czas niejaki — działanie tych bodźców, które wywołały właściwe białacze zmiany we krwi; nie tylko narząd krwiotwórczy wytwarza większą liczbę ciałek wielojądrowych, lecz i sam ustrój, dążąc do wyrównania zaburzonej czynności prawidłowej, usiłuje przemienić część istniejących już ciałek jednojądrowych w wielojądrowe.

W przypadkach autora nie ujawniła się żadna poprawa w morfologicznym składzie krwi; rozpadowi ulegały wszystkie ciała białe w jednej mierze; obecność drobnoustrojów zatem nie wywarła żadnego zgoła wpływu dodatniego na czynność narządu krwiotwórczego. Już MUELLER, zastanawiając się nad wpływem chorób gorączkowych na przebieg białaczki, wypowiedział pogląd, czy nie należy tego, co czyni ślepy traf, dokonywać rozmyślnie w celach leczniczych?

Trudno dziś jeszcze orzec, czy droga ta istotnie doprowadzi do celu upragnionego, do uleczenia białaczki, jakkolwiek próby, robione w tym kierunku, niezmiernie są liczne. JACOB zastrzykiwał swoim chorym wyciąg ze śledziony, grasicy lub szpiku kostnego; niewiadomo jednak, czy zastrzykiwania te wywierały wpływ leczniczy, t. j. czy sprowadzały zmianę w stosunku ciałek jednojądrowych do wielojądrowych we krwi chorych. RICHTER i SPIRO zastrzykiwali do żył kwas cynamonowy. Otrzymywali początkowo nadzwyczajne powiększenie liczby ciałek białych i pożądaną zmianę w stosunku ciałek jednojądrowych do wielojądrowych. W 14 godzin po zastrzyknięciu liczba ciałek białych wracała do stanu pierwotnego, następnie w ciągu 4 dni powoli, lecz stale się zmniejszała; po upływie tego czasu następował w składzie krwi powrót do stanu pierwotnego. Autor robił także próby z kwasem cynamonowym, lecz żadnych zmian w składzie morfologicznym krwi nie zauważył i wogóle mało w tym środку pokłada nadziei, — jest jednak zwolennikiem tego sposobu leczenia białaczki ostrej.

Od czasu ukazania się prac VIRCHOW'a o białacze aż do chwili obecnej, uważano za rzecz najważniejszą rozpoznanie, z jakiej części narządu krwiotwórczego dany przypadek bierze początek: z gruczołów chłonnych, śledziony, czy szpiku kostnego. Dla kliniki poszukiwania w tym kierunku mają znaczenie podrzędne: nie wyświetlają one zgoła istoty choroby i nie dają wskazówek do jej leczenia. Badanie pośmiertne dowodzi zresztą, że w każdym niemal przypadku białaczki wszystkie części narządu krwiotwórczego zmienione są chorobowo. Aby pogłębić wiadomości o białacze, należy przede wszystkim zwrócić pilną uwagę na sprawę utrudnionej przemiany ciałek jednojądrowych w wielojądrowe. Należy w tym celu często i według pewnego planu określać ilość bezwzględną i stosunek wzajemny obu rodzajów ciałek białych we krwi; to bowiem badanie jedynie daje pojęcie o natężeniu sprawy chorobowej i wskazać może z czasem drogę do usunięcia nieprawidłowego składu morfologicznego krwi, czyli do uleczenia samej choroby.

(*Deutsch. medicin. Wochenschrift* N. 39. 40. 41. 42. 43. 1895).

S. P.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

10. TCHIRKOW. **Obrzęki naczynioruchowe bez białkomoczu.** Autor spostrzegł 7 przypadków obrzęków bez śladu białka w moczu. Obrzęk zwiększał się zwolna w ciągu 3—4 miesięcy, u chorych zaś pletorycznych występował daleko prędzej, przyczem jama otrzewnej napełniała się płynem, zupełnie jak przy marskości wątroby; po dwóch tygodniach zjawiał się wysięk w jamie opłucnej i osierdnej; twarz i tułów obrzękały zwykle jednocześnie z kończynami dolnymi. Częściej jednak obrzęk kończyn dolnych był najznacześniejszy, w jednym zaś przypadku obrzęki zajmowały tylko górną połowę ciała, kończyny zaś dolne były tylko nieznacznie obrzęknięte. Niektórzy tracili przytem włosy na brodzie, wardze górnej i częściach płciowych; włosy na czaszce stawały się rzadkie, miękkie i zmieniały nieznacznie swą barwę. Badanie szczegółowe wykazało, że obrzęki wspomniane nie zależą od przyczyn ogólnie znanych.

Przy *nephritis interstitialis* często nie bywa białka w moczu, przytem często wykrywa się wałeczki w moczu, *anasarca* jest nieznaczna, występują zaś na pierwszy plan objawy mocznicy; w przypadkach zaś, opisanych przez T., pomimo puchliny jamy otrzewnej i zastojów krwi, objawów mocznicowych nie było. Badanie krwi u chorych wykazało, że ilość ciałek czerwonych i białych, jakoteż hemoglobiny jest prawidłowa, co wyłączało obecność blednicy lub bezkrwistość; śledziona również nie była powiększona. Nie było również żadnego cierpienia serca, jakoto: *myocarditis*, wady organicznej lub zwyrodnienia tłuszczowego, ani też rozedmy płuc lub marskości wątroby.

We wszystkich jednak przypadkach, w których mogła być zbadana krew chorych, znalazł T. dużą ilość odtlenionej hemoglobiny. Ponieważ w przypadkach T. nie było powodu do przypuszczenia, że samo utlenienie krwi w płucach odbywa się nieprawidłowo, lub że krwiotok jest zwolniony w wielkich żyłach wskutek mechanicznego tychże ucisku, pozostało zatem przypuszczenie, że krew przebywała długo w naczyniach włosowatych, gdzie szybko traciła tlen, natomiast wchłaniała dużo kwasu węglanego. Takie zwolnienie krwiotoku może być tylko pochodzenia nerwowego obwodowego lub ośrodkowego. Coś podobnego zdarza się przy obrzękach kończyn wskutek porażenia połowiczego pochodzenia mózgowego; podobnie może wystąpić obrzęk kończyny górnej wskutek ucisku woła na nerw współczulny w części szyjowej. REMAK opisał obrzęk kończyn górnych przy syringomyelii. Naturalnie, porażenie ośrodków naczyń naczynioruchowych sprowadzić musi obrzęki ogólne, zmieniony zaś skład krwi jest tylko zjawiskiem wtórnym, zależnym od zwolnienia krwiotoku w drobnych żyłach. Odżywianie komórek tkankowych będzie również upośledzone; ściany naczyń nie odżywiają się należycie, co sprzyja przesiekaniu płynu do tkanek. Chorzy T. po wyleczeniu z obrzęków byli silnie wycieńczeni i wychudzeni.

Cierpienie ośrodków, rządzących skurczem naczyń krwionośnych, zależy w tym razie od działania jadu, który powstaje we krwi wskutek samozatrucia, i na tej zasadzie uważać można przypadki autora za odrębną sprawę chorobową. Prawie zawsze znajdował on przytem rozszerzenie prawej komory serca. Ponieważ w 5 przypadkach autor stwierdził w wywiadach przymiot, przypuszcza on zatem, że cierpienie ośrodków naczyń zależy od *endoarteriitis syphilitica*. Przypadek analogiczny spostrzegł T. u chorego z przymiotem, mianowicie, porażenie ośrodków pocenia się: chory literalnie oblany był potem codzień około południa, co trwało pół godziny; cierpienie ustąpiło pod wpływem jodu w kilka

dni; inne środki były bezskuteczne. U chorych T. również jod działał znakomicie (do 2,50 dziennie): obrzęki znikwały i ilość hemoglobiny odtlenionej spadała do *minimum*. W dwóch przypadkach puchliny przewlekłej, gdzie nie można było stwierdzić przyniotu, leczenie jodem pozostało bez skutku. T. nie uważa przyniotu za wyłączną przyczynę tych obrzęków: mogą one być spowodowane działaniem jadu przy innych chorobach zakaźnych, czego mamy przykład w porażeniach błoniczych. W tych razach, naturalnie, zmiany są już głębsze, niż w przyniocie, i jod wtedy działania już nie wywiera.

(*Revue de Médecine Août 1895*).

Władysław Kosmaciński.

11. RICHARD DREWS (Hamburg). **Salofen w postaciach grypy nerwowych.**

Liczni autorzy zwrócili uwagę na znakomite działanie salofenu, jako środka przeciwościcowego (*antirheumaticum, antiarthriticum*) w ostrym goście stawowym i mięśniowym, i przeciwnerwobólowego (*antineuralgicum*) w różnych bólach, zależnych od cierpienia nerwowego: bóle głowy, migreny, nerwobóle n. trójdzielnego, n. międzyżebrowych i t. p. Pod względem chemicznym salofen przedstawia *acetylparamidophenoleter* kwasu salicylowego. Środek ten, pozbawiony smaku i zapachu, a nadewszystko przykrego działania pobocznego, właściwego kwasowi salicyłowemu, stanowi według CLAUS'a jedną z najważniejszych zdobyczy współczesnego leczenia. Obok wyżej wymienionego działania salofen, zdaniem wielu autorów, posiada jeszcze działanie przeciwgorączkowe (*antipyreticum*) i przeciwnilne. Dowiedzioną jest rzeczą, że salofen, podobnie zresztą jak salol, rozszczepia się tylko w alkalicznym soku kiszek na składniki swoje (*natr. salicyl* i *acetylparamidophenol*), skutkiem czego nie wywołuje zaburzeń żołądkowych. Dochodzące zewsząd bardzo przychylne oceny nowego środka zachęciły DREWS'a do wypróbowania salofenu w nerwowych postaciach grypy. Zaznaczyć tu należy, że gdy w roku 1889/90 grypa przebiegała z przeważnym udziałem dróg oddechowych, przyczem antypiryna względnie najlepsze dawała wyniki,—w latach późniejszych w Królewcu i Hamburgu w przebiegu grypy na pierwszy plan występowały objawy nerwowe. Tutaj zaliczyć należy: bóle głowy nieokreślone, tępe, zawroty głowy, ogólną niemoc fizyczną i umysłową, trwającą niekiedy czas dłuższy, pocenie się, bóle w plecach, krzyżu, w klatce piersiowej i okolicy serca, w mięśniach kończyn, niekiedy nawet lekki niedowład kończyn (pareza) z osłabieniem odruchów. Obok objawów powyższych występowały nerwobóle wzdłuż pewnych nerwów: *nn. supra- et infra-orbitalis, trigeminus, ischiadicus*, niekiedy *herpes zoster*. Nadto, szczególnie u kobiet i dzieci, dawało się spostrzegać przyspieszenie tętna (160—180) bez gorączki, a jednocześnie uczucie ciśnienia w piersiach, uczucie strachu, braku powietrza, bez jakichkolwiek uchwytnych zmian w sercu, w czem HENNIG upatruje nerwicę n. błędnego. Z zaburzeń zmysłów wyższych spotyka się: osłabienie wzroku, przytępienie słuchu, szum w uszach, wreszcie zaburzenia czucia i smaku.

W tej tak zwanej nerwowej postaci grypy antypiryna zawodziła. Salicylan sodu w wielu przypadkach stosowany być nie mógł albo ze względu na cierpienia przewodu pokarmowego, albo też, że dzięki pobocznemu swemu działaniu wzmacniał nerwowe objawy grypy. Natomiast działanie salofenu we wszystkich przypadkach było wybitnie pomyślne, szybkie i pewne. Przy nagłym początku i cięższym przebiegu grypy nerwowej DR. dawał naprzód 2,0, a następnie co 2—3 godziny 1,0 *pro dosi*, do 5,0—6,0 *pro die*. Przy lżejszym przebiegu, a także u osób słabszych, szczególnie u kobiet, wystarczały dawki 0,5—0,75 co 2—3 godziny. Po 2—3 dniach następowało zwykle zupełne uzdrowienie. Dzieciom dawano dawki po 0,3—0,5, zależnie od wieku. Wyniki otrzymał DR. zawsze o tyle wybitne i po-

myślne, że uważa salofen wprost jako *specificum* w nerwowych postaciach grypy. Niewysoka względnie cena pozwala stosować środek ten w praktyce ubogiej.

(*Centralbl. f. innere Medic.* 1895 № 47).

W. Męczkowski

12. QUERDAIN. O leczeniu operacyjnem żeber szyjowych. Do niedawna chirurgowie rzadko przystępowali do wycięcia żeber szyjowych, nietyle z obawy przed zranieniem blisko leżących dużych naczyń i nerwów, ile z obawy przed otwarciem jamy opłucnej, nie dającem się prawie uniknąć przy omawianym ręko-czynie. Od czasu wprowadzenia anty- i aseptyki do chirurgii, gdy zranienie opłucnej nie przedstawia już tak niebezpiecznego powikłania, daleko częściej spotkać się można z opisami wycięcia żeber szyjowych; są one jednakże jeszcze tak nieliczne, że, zdaniem autora, każdy przypadek zasługuje na uwagę. Przypadek autora dotyczy 20-letniego mężczyzny, który wstąpił do szpitala z powodu bólu w okolicy nadobojczykowej lewej. Znaleziono w tem miejscu obrzęk i zaczerwienienie skóry, powstałe po uderzeniu. Przy dotykaniu wyczuć można było guz podługowaty, twardy jak kość, sięgający od 7-go kręgu szyjowego do 1 żebra. Tuż koło guza, między nim i obojczykiem, przechodziła tętnica podobojczykowa, przy wysłuchiowaniu której słychać było lekki szmer. Ruchy kończyny prawidłowe, podnoszenie zaś ramienia lewego było więcej ograniczone, niż prawego. Zaniku mięśni nigdzie nie było, czucie zachowane. Na przedramieniu lewem i dłoni lekka sinica. Chory, będąc prawie niezdolnym do pracy, z powodu bólu w ramieniu i karku oraz silnego zmęczenia kończyny górnej lewej, dotkliwie czuć się dającego podczas każdej pracy, prosił o pomoc drogą operacji, którą też autor wykonał zwykłym sposobem. Podczas wycięcia żebra opłucna zranioną została w dwóch miejscach, bez żadnych złych następstw. Po operacji sinica lewego ramienia znikła zupełnie. W krótkim czasie chory wyzdrowiał. Wycięte żebro miało około 3 ctm. długości; na odśrodkowym końcu znajdowała się płytka panewka pokryta chrząstką, która przylegała do kostnego wyrostka niby główki, znajdującego się na 1 żebrze.

Ponieważ operacja powyższa żadnego niebezpieczeństwa dla chorego nie przedstawia, więc zdaniem autora przystępować do niej należy wcześniej, nim jeszcze groźne objawy zdołają się rozwinąć. Zranienia opłucnej podczas operacji prawie że uniknąć niepodobna; należy więc zawsze mieć na pogotowiu tampon z waty, by w danej chwili miejsce zranione zacisnąć aż do ukończenia operacji; w ten sposób uniknąć się daje przedostanie się powietrza do jamy opłucnej. Nie radzi autor, dla uniknięcia zranienia opłucnej, operować pod okostną, gdyż idzie tu o doszczętne usunięcie żebra, pozostała zaś okostna mogłaby służyć do odrodzenia się kości, co nie byłoby pożądanem.

Na zranioną opłucną autor szwu nie nakłada, nie daje się to bowiem skutecznie z powodu głębokości rany i małego pola operacyjnego, a szwy głębokie, które z łatwością na ranę nakładać się dają, w zupełności zapobiegają przedostaniu się powietrza do jamy opłucnej. Sączków autor też nie używa i uważa je za zupełnie zbyteczne.

(*Centralb. f. Chirurgie*, 1895 Nr. 47).

L. Krause.

ODCINEK.

W sprawie nierządu publicznego (prostytycyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 3).

IV. Rewizye lekarskie kobiet i mężczyzn.

Rewizye lekarskie odbywają się, jak już wyżej nadmieniono, w domach publicznych, w oddziałach i kancelaryi Komitetu, w areszcie policyjnym, a także wyjątkowo w mieszkaniach prostytutek. Dziennie odbywa się rewizyi w Warszawie w przybliżeniu 200. Ponieważ wszystkich prostytutek, ulegających obowiązkowej rewizyi, liczy się obecnie w Warszawie w przybliżeniu 2,000, a z tej liczby należy odtrącić 700—z powodu choroby, znajdowania się w szpitalu, wyjazdu i t. p.,—przeto wypadnie, że $\frac{1}{6}$ część prostytutek czynnych podlega każdego dnia rewizyi lekarskiej. Rewizya lekarska trwa przeciętnie minut 2 ⁶⁾. Przy wprawie lekarza, dobrze rutynowanej usłudze i starannie prowadzonym spisie, z uwagami o stanie zdrowia rewidowanej, mogłyby wreszcie te 2 minuty wystarczyć na rewizyę. W przeciwnym razie i skoro, oprócz zbadania zewnętrznego i wewnętrznego części rodnych, niezbędnem jest obejrzenie całej skóry, jamy ust, gardła i nosa, a także otworu stolcowego, potrzeba byłoby conajmniej minut 5.

W tem miejscu należy się słówko o oględzinach mężczyzn powiedzieć.

Czy jest sprawiedliwem, aby jedynie tylko kobieta ponosiła wszystkie następstwa błędu lub chwilowego zapomnienia się—a nieraz gwałtu ze strony mężczyzny? Czy słusznem jest, aby ona tylko poddawana była kontroli, przymusowi osobistemu, karom i hańbie,—a mężczyzna—twórca prostytucyi, zarażający ze świadomością lub po pijanemu, nie tylko uchodził bezkarnie, ale nawet jakby dostawał licencyę na dalsze brojenie i szerzenie zarazy? Dlaczego świadomie zarażający mężczyzna nie bywa pociągany do odpowiedzialności sądowej? Dlaczego wreszcie nie bywa rewidowany w domach publicznych? Dowodzenia przeciwników rewizyi mężczyzn: że te nie dadzą się wykonać, że mężczyźni, zwłaszcza pijani, nie zechcą poddawać się oględzinom, że to zniechęciłoby i odstraszyłoby mężczyzn od uczęszczania do domów publicznych,—wszystkie te dowodzenia są błahie i wobec korzyści, jakieby stąd rzeczywiście wypłynęły dla profilaktyki przymiotu, nie powinny odstraszać od zaprowadzenia rewizyi mężczyzn. Wszak w niedawno zniesionych domach schadzek oglądanie mężczyzn było przez przepisy zalecone i było praktykowane. Do tego niekoniecznie potrzebny jest lekarz. Można by się ograniczyć na obejrzeniu części płciowych; przyczem osoba rewidowanego mogłaby być zakrytą i niewidzialną.

V. Prostytucya tajna—Przypuszczalna liczba prostytutek tajnych w Warszawie. Niebezpieczeństwa prostytucyi tajnej—Przymiot u prostytutek tajnych.

Oddzielną od wyżej wymienionych grupę stanowią prostytutki tajne t. j. niezapisane do kontroli, niepodlegające obowiązującym przepisom—a zatem

⁶⁾ Takż sam stosunek liczby rewizyi do ogólnej liczby prostytutek, jak równie i czas trwania pojedynczej rewizyi podaje D-r A. FEDOROW Inspektor Komitetu petersburskiego—w artykule „Die Prostitution in S. Petersburg u. deren polizeilärztliche Beaufsichtigung. Archiv für Dermatol. u. Syph. 1893. Heft. III.

i stałym obowiązkowym rewizjom. Liczbę ich dla Warszawy oznacza GIEDROYĆ na 10,000. GIEDROYĆ uzasadnia liczbę tę prawdopodobnym rachunkiem, polegającym na pewnych formułach⁷⁾. Przez porównanie z obliczeniami DEPRÈS'a, według których dla Paryża wypada na jedną prostytutkę, zapisaną do kontroli, 10 pokątnych, dochodzimy do wniosku, że wypadkowa dla Warszawy, wynosząca na jedną prostytutkę jawną 5 tajnych (na 2,000 jawnych 10,000 tajnych), nie jest niepomyślna. Ten względnie dla Warszawy korzystny stosunek prostytucji jawnej do tajnej dlatego zasługuje na zaznaczenie, że w ścisłym z nim związku pozostaje szerzenie się chorób wenerycznych w ogólności, a przymiotu w szczególności.

Rzeczą jest bowiem ogólnie znaną i przyznaną, że nierząd pokątny jest o wiele niebezpieczniejszym, pod względem rozszerzania chorób wenerycznych, od jawnego. Niebezpieczeństwo to nabiera jeszcze większej wagi, skoro uwzględnimy, że nierządnicę pokątną najczęściej bywają dotknięte przymiotem=55,21%, prawie o połowę mniej wrzodem wenerycznym=23,34%, a najrzadziej rzeżączką i jej powikłaniami=21,45%⁸⁾.

Według wykazów GIEDROYĆA szeregi nierządnic tajnych najliczniej zapelniają: służące⁹⁾ (do których zaliczają się i praczki, bawarki, sklepowe) i wyrobnice, potem idą mężatki, dalej kobiety zamieszkałe przy ojcu, matce i t. p. bez zajęcia, szwaczki i t. d.

VI. Stopień rozprzestrzenienia chorób wenerycznych wśród prostytutek warszawskich—śród mieszkańców miasta i garnizonu wojskowego w r. 1894.

Wiadomości powzięte z zupełnie pewnego źródła wykazują, że w roku 1894 leczyło się kobiet chorych na: przymiot i 12 rzędny wrzód wen. rzeżączkę. Ogół.

W szpitalach — prostytutek				
odesłanych przez Komitet pol.	524	853	391	1768
W ambulatoriach szpitalnych	457	702		1159
W lecznicach i prywatnej prakt.				
lekarzy				1083
				Razem 4010

Na podstawie powyższych liczb możemy obliczyć, że w roku 1894 leczyło się na choroby weneryczne 33% z ogólnej liczby 12,000 prostytutek; odsetka przymiotu nie da się obliczyć, gdyż brak nam odnośnych liczb z lecznic i z praktyki prywatnej.

Mężczyzn leczono w szpitalach, ambulatoriach szpitalnych, lecznicach i w prywatnej praktyce lekarskiej na przymiot w ogóle	1899
na inne choroby weneryczne	4775
Razem	6674

Przyjmując za ogólną liczbę mieszkańców m. Warszawy cyfrę 500,000, a liczbę chorych wenerycznych w r. 1894=4010 kobiet+6674 mężczyzn=10684, wypadnie, że odsetka chorób wenerycznych = 2% ogólnej ludności m. Warszawy.

Powyższe cyfry wcale nie mogą rościć prawa do dokładności, zatem i obliczane na ich podstawie odsetki mają tylko wartość przybliżoną.

⁷⁾ GIEDROYĆ. L. c. str. 45.

⁸⁾ GIEDROYĆ. L. c. str. 50.

⁹⁾ Zwrócić należy uwagę na wielką liczbę kobiet, oddających się w Warszawie tego rodzaju zajęciu. Podług spisu jednodniowego 1882 r. na 6095 osób służby płci męskiej było 29,334 płci żeńskiej—przeważnie w wieku od lat 15 do 20.

Wychodząc z przyjętej zasady, że stopień rozprzestrzenienia chorób wenerycznych pomiędzy wojskiem stanowi dość dokładną miarę rozszerzenia tych chorób pomiędzy ludnością danego miasta lub kraju, przytoczymy jeszcze następujące dane statystyczne:

W r. 1894 leczono w warszawskich szpitalach chorych wojskowych	
na przymiot 1 i 2 rzędny	219
na wrzód weneryczny	369
na rzeżączkę i jej następstwa	556
Razem	
	1,144

Ponieważ garnizon warszawski wynosił w r. 1894 łącznie z obozem pod Warszawą 44,680 ludzi, przeto liczba chorych wenerycznych w wojsku = 25‰, a przymiotu 4‰ g ł ó w.

VII. Urządzenia i przepisy obowiązujące w innych miastach i krajach—Niektóre porównawcze dane statystyczne.

W Cesarstwie Rosyjskiem prawo nie uznaje prostytucji za zajęcie dozwolone. Nie istnieje też żaden regulamin, któryby był zatwierdzony w drodze prawodawczej i obowiązywał w całym państwie. Kontrola i czuwanie nad nierzędem oraz profilaktyka chorób wenerycznych pozostawiona jest policji wykonawczej. Wielkie tylko miasta—jak Petersburg—posiadają stałe przepisy. Regulamin petersburski wzorował się na paryskim i może być wzorem dla innych miast rosyjskich. Od warszawskiego różni się w niektórych tylko punktach. Petersburski Komitet służby policyjno-lekarskiej jest więcej samodzielnym, niż warszawski; u jego steru stoi Inspektor-lekarz. Ważne sprawy, jak zapisywanie prostytutek do kontroli, odbywają się kolegialnie—na sesyi, do której należy, oprócz Inspektora Komitetu—Inspektor lekarski m. Petersburga i Referent Komitetu. Czynność wykonawczą spełnia 8 lekarzy i 3 akuszerki oraz 20 dozorców sekretnych.

Prostytutek zawodowych, zapisanych do kontroli Komitetu, znajduje się w Petersburgu 3,000; rewizji lekarskich odbywa się dziennie przeciętnie 300. Domów tolerowanych było w Petersburgu w 1891 roku 70 z 608 prostytutkami. Liczba tych domów w ciągu ostatnich lat znacznie się zmniejszyła, a to dlatego, że zabronioną jest sprzedaż trunków i że na pomieszczenie domów tolerowanych bywają wyznaczane tylko bardzo oddalone od środka miasta ulice. Z powodu wręcz przeciwnych okoliczności domy publiczne w Moskwie są w stanie kwitującym¹⁰⁾. W petersburskim garnizonie wojsk. było w r. 1863—68 chorych na choroby weneryczne 112‰—120‰.

We Francyi rozpowszechniony jest system domów tolerowanych (maisons tollerées)—a szczególnie w wielkich miastach południowej Francji (Marsylii, Lyonie), dlatego daje się spostrzegać w tych miastach daleko mniejszy procent chorób wenerycznych wśród wojska, zatem i między ludnością, niż w miastach północno-wschodnich (Besançon, Verdun, Belfort), gdzie częstość chorób wenerycznych u wojska = 139‰—245‰ (1). Średnia przeciętna cyfra chorób wenerycznych w wojsku francuskiem = 73‰, w tem przymiot wynosi 10,5‰¹¹⁾. Liczba domów tolerowanych i prostytutek zarejestrowanych w Paryżu ciągle się zmniejsza. REGNAULT przypisuje to zbyt niemu zapanowaniu republikańskiej swobody. Dla tych sa-

¹⁰⁾ Wszystkie wyżej przytoczone wiadomości pochodzą z już zacytowanego artykułu FEDOROW'a Inspektora Komitetu petersburskiego; Arch. für Derm. u. Syph. 1893. XXV. 3.

¹¹⁾ Liczby statystyczne w tym rozdziale zapożyczone są po większej części z wyżej przytoczonego artykułu D-ra MIEHE w Archiv für Dermat. u. Syph. 1895. XXXII. 1. 2. Heft.

mych prawdopodobnie powodów popadają i oględziny lekarskie w coraz większe zaniedbanie. Tak np. w r. 1889 było zapisanych prostytutek tylko 1730 i te były rewidowane 2 razy na miesiąc,—domy zaś tolerowane raz na tydzień; tymczasem personel lekarski składał się z 14 lekarzy etatowych i 10 nadetatowych! Zato tajna prostytucja silnie jest w Paryżu rozwinięta. Rachują jej do 100,000 kobiet!

W Belgii obowiązuje oddawna daleko poprawniejszy regulamin, niż we Francji. Szczególnej sławy używają urządzenia bordelowe w Brukselli. Istnieją też obficie i pojedynczo mieszkające nierządnice—a także t. zw. maisons de passe, które —jako mocno nadwerężające moralność publiczną i rodzinną—są przedmiotem ostrej i sprawiedliwej krytyki.

Przymiot jest w Belgii stosunkowo mało rozprzestrzeniony. Świeżych zarażeń dostarczają przeważnie przybysze z Anglii. W armii było w latach od 1880—1889 chorych na rzeżączkę i wrzód weneryczny 25—53‰, a na przymiot 5,8‰—13‰.

W Anglii regulamin istnieje tylko w 14 miastach portowych. W roku 1883 zostały zniesione, za staraniem abolicjonistów, niektóre punkta bardzo praktycznych i przez 20 lat obowiązujących przepisów „Contagious-Diseases-Acts“, po czem zaraz wzrosła liczba zarażeń twardym i miękkim szankrem w wojsku z 70‰ do 125‰ i 137‰. Prostytucja uliczna i tajne domy nierządu są w Anglii tak szeroko rozwinięte, jak nigdzie.

Za dowód, że do skutecznego zwalczania chorób wenerycznych niezbędne jest zaprowadzenie i jednoczesne funkcjonowanie wszystkich znanych i wypróbowanych urządzeń i środków zapobiegawczych, mogą posłużyć stosunki włoskie.

We Włoszech—po usunięciu, za sprawą abolicjonistów angielskich, wzorowego i bardzo skutecznego regulaminu Cavour'a, skasowaniu domów publicznych i obowiązkowej rewizji a zaprowadzeniu bezpłatnego leczenia, które zostało w najwyższym stopniu uprzystępnione w tak zwanych „sifilocomi“ i „dispensarii“, liczba chorych wenerycznych tak wzrosła, że w 1891 r. dawny regulamin w postaci t. zw. lex Crispi musiał być przywrócony. Przymiot w wojsku włoskiem wynosi 58—100‰ (!?).

W Niemczech prawo zabrania domów publicznych; lecz pomimo to istnieją one w wielu miastach. Tak np. w samym Berlinie istnieje przeszło 2,000 tajnych kryjówek nierządu. Po zatwierdzeniu przez parlament noweli Heinze'go (lex Heinze), która znosi dawniej nakładaną karę za wynajmowanie mieszkań na potrzeby nierządu publicznego—pod warunkiem, aby przepisy i nadzór policyjny ściśle były zachowane—zapewnione zostało prawne istnienie domów publicznych w Niemczech.

Liczba chorych na przymiot w armii niemieckiej—z powodu różnych wpływów miejscowych—okazuje szerokie wahania. W latach pomiędzy 1880 a 1889 r. było w wojsku niemieckiem chorób wenerycznych 26‰—42‰, a przymiotu 5,4‰—10‰.

W Austrii domy publiczne są prawem zakazane, lecz faktycznie istnieją w wielu miastach i są tolerowane przez policję. W Wiedniu istnieją t. zw. dzikie, pokątne bordele (wilde Winkelbordels). Wogóle kontrola prostytucji w Austrii (właściwie w Cislitawii) bardzo wiele pozostawia do życzenia. W Węgrzech domy publiczne są dozwolone, lecz liczba ich zgóry jest dla każdej miejscowości przez Namiestnictwo określona. Naprzykład w Buda-Peszczie może

istnieć tylko 50 domów publicznych, co bardzo jest racjonalne, gdyż zbytnia konkurencja przedsiębiorców wcale nie jest w tym kierunku pożądana. W Węgrzech obowiązuje od r. 1879 wzorowy regulamin (Muster-reglement). Częstość zachorowań na choroby weneryczne w armii austriackiej wynosiła w latach pomiędzy 1872 i 1882—69,4% głów (TÜPLY).

Z powyższego okazuje się, że w żadnym z wzmiankowanych urządzeń głowniejszych państw europejskich nie spostrzegamy zbyt surowych przepisów przeciwko prostytucji. Przeciwnie w państwach, stojących najwyżej pod względem cywilizacji i urządzeń społecznych, jak w Anglii i Francji, panuje nawet, rzecz można, wielkie zaniedbanie w nadzorze nad prostytucją nie tylko tajną, lecz i jawną. Równolegle z tem idzie i odsetka chorób wenerycznych w wojsku: gdy bowiem w wojsku francuskim = 73‰, a w angielskim = 70 — 125 — 137‰, to w garnizonie warszawskim wynosi tylko 25‰ — w tem przymiotu 4‰.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. grudzień r. z.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 49 (m. 20, k. 29); przybyło w grudniu 68 (m. 35, k. 33); wypisało się 64 (m. 27, k. 37); zmarło 8 (m. 5, k. 3); pozostało na miesiąc i rok następny chorych 45 (m. 23, k. 22).

Ogólna liczba chorych była także sama, jak w ubiegłym miesiącu, ale większa, niż w tymże miesiącu roku zeszłego. Na zaznaczenie przede wszystkim zasługuje występowanie coraz częstsze ospy, której przez długi szereg miesięcy wcale nie widywaliśmy. Mieliśmy w ciągu miesiąca przypadków 5 (m. 3, k. 2), z których cztery u chorych nieszczepionych, z przebiegiem bardzo ciężkim i rzadkiem a śmiertelnym powikłaniem: zgorzelą kończyny górnej i dolnej. Dwa tak powikłane przypadki zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Ś-to Jańska 19, Piękna 21, Chłodna 12, Karmelicka 10 i Smocza 16.

Na zaznaczenie również zasługuje pojawianie się dość częste tyfusu brzuszego, głównie na krańcach miasta i na Pradze. Mieliśmy przypadków 7 (m. 2, k. 5), z których jeden był niepomysłny. Chorzy pochodzili z ulic: Nowolipki 75, Śliska 6, Sprieczna 6, Skaryszewska 7, Bolesć 5, Średnia 13 i Dobra 53.

Liczniej również, niż w miesiącu ubiegłym, występowała odra, której mieliśmy przypadków 11 (m. 7, k. 4) u dorosłych, z przebiegiem niezbyt ciężkim, pomyślnie zakończonych, z ulic: Złota 39, Marszałkowska 81 i 137, Skórzana 4, Krakowskie Przedmieście 56, Freta 44, Mazowiecka 1, Tamka 39, Daniłowiczowska 8, Bednarska 10 i Krzywe Koło 13.

Do objawów dodatnich ubiegłego miesiąca należy niepojawianie się w dalszym ciągu tyfusu wysypkowego, którego nie mieliśmy wcale, oraz znaczne zmniejszenie się róży, której mieliśmy 2 razy mniej, niż w miesiącu ubiegłym, t. j. przypadków 15 (m. 6, k. 9), z przebiegiem nierównie lżejszym. Śmiercią z powodu powikłań zakończył się jeden przypadek. Chorzy pochodzili z ulic: Nowolipki 22 i 75, Chłodna 51 i 52, Marszałkowska 139, Królewska 35, Złota 41, Zaokopowa 3, Nowe Miasto 4, Hrubieszowska 10, Nowomińska 18, Rybaki 12 i Zakroczymska 1.

Rzadziej również występowała biegunka krwawa, której pojedyncze przypadki nietypowe lub zaniedbane wciąż jeszcze się pojawiają; zanotowaliśmy przypadków 5 (m. 4, k. 1), z 2 niepomysłnymi, z których jeden tyczy się chorego

przybyłego w ciężkim bardzo stanie z Rosyi. U chorego tego znaleziono obszerny ropień wątroby.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 5 przypadków *anginae follicularis*, 3 — płonicy (Mazowiecka 10, Trębacka 11, Nowo-Senatorska 8), i po 1-ym przypadku: błonicy gardła (Miedziana 7), gruźlicy płuc i zimnicy.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 4 przypadki ostrego nieżytu żołądka, 2—nieżytu kiszek, oraz po 1-ym przypadku: *furunculosis*, świerzb, zgorzeli kończyn dolnych, zapalenia okostny, ropnia podkolanowego, gośćca stawowego, błednicy i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 17 (m. 15, k. 2).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= EDELHEIT na zasadzie własnego doświadczenia poleca kalomel z sublimatem przy *cirrhosis hepatis*. We wczesnym okresie choroby E. daje *calomelanos* 0,1—0,2, *sublim.* 0,001, *sacch. lact.* 0,2, co 12 godzin 1 proszek w ciągu 7 dni. Jednocześnie zaleca zupy, mleko, lemoniady, a wrazie zaparcia stolca wodę gorzką, zabrania zaś mięsa, piwa, roślin strączkowych i t. p. Jeżeli cierpienie jest już dalej posunięte, jeżeli wystąpił *ascites*, i chory musi leżeć w łóżku, w takim razie leczenie powyższe stosuje E. w ciągu 3 dni, następnie zaś daje jeden proszek co 24 godzin, a nawet co 2 dni. Jeżeli po 7—10 dniach obrzęki znikają, wówczas usuwamy proszki. W ciężkich przypadkach należy zaczynać od małych dawek kalomelu, a po 3—4 dniach dawać co drugi dzień. W okresie zdrowienia, w pomyślnie przebiegających przypadkach, zalecać należy wodę lub sól karlsbadzką, dobre odżywianie się, świeże powietrze i ruch umiarkowany. (Münch. med. Wochenschr. 46 1895). W. M.

= SCHREIBES dzieli na 4 grupy chorych, cierpiących na zaparcie stolca: 1) osoby dobrze zbudowane, silne, z dziedziczną skłonnością do zaparcia, albo też prowadzące życie siedzące; w wielu przypadkach etiologia jest nieznana. Dla tych chorych najodpowiedniejszym jest masaż i gimnastyka higieniczna; 2) osoby cierpiące na zaburzenia trawienia z zaparciem stolca. U tych chorych do powyższych środków dodać należy bardzo ścisłą dyetę, odpowiednią do każdego przypadku; 3) neurastenicy,

chorzy na bezkrwistość, osoby osłabione: tu zalecać należy mechanoterapię, zmianę otoczenia, leczenie wodą, elektrycznością, sugestją; 4) ludzie otyli, cierpiący na zaparcie stolca: w tym razie walczyć należy z otyłością, jako główną przyczyną zaparcia stolca.

(La revue médicale. 1895. N. 83). W. M.

= De GIOVANNI zastosował w przypadku niezwalczonej *haematuriae essentialis*—*extr. fab. calab. calab. calab.* (12 pigulek dziennie po 0,02 każda). Po kilku dniach mocz krwawy ustał, wrócił jednak, gdy środek powyższy przestano stosować. Kiedy jednak zastosowano ponownie ten środek, mocz krwawy znikł ostatecznie. Również pomyślnie wyniki dawał *extr. fab. calab.* w wielu innych przypadkach hematuryi objawowej (rak nerki, *malum Potti* ostatniego kręgu piersiowego).

(Deut. Med. Zeit. 1895. N. 93). W. M.

= WRIGHT i SEMPLE w siedmiu przypadkach tyfusu brzuszego znaleźli laseczniki tyfusowe w moczu, nawet w znacznej ilości. Otrzymane wyniki dowodzą ważności bakteriologicznego badania moczu w wątpliwych przypadkach tyfusu. Nadto zaś, ze względu na możliwość przeniesienia zarazy tą drogą, konieczną jest rzecz odkażanie moczu, co nabierze tem większego znaczenia, jeżeli zostaną potwierdzone spostrzeżenia WATHELET'a, według którego w wielkiej liczbie przypadków tyfusu brak bywa w kale laseczników. (Lancet. 27 lipca. 1895). W. M.

= HOLLBORN, badając włosy osoby dotkniętej łysiną plackowatą (*alopecia areata*), przekonał się, że w każdym chorym

włosie można wykryć nitki pewnego grzyba, który tworzy zarodniki, przenikające na powierzchnię włosa i ułożone bądź w łańcuszki, bądź w rozmaite grupy. Grzybek ten można wyhodować na żelatynie słabo alkalicznej, do której dodano 1^o/₁₀₀ obojętnego fosforanu potasu. Po kilku dniach wyrasta plecha złożona z zielonawych nitok i leżących wśród nich zarodników. Grzybek jest wogóle

podobny do *trichophyton tonsurans* i tak samo tworzy zarodniki konidne przez prosty podział nitki bez poprzedniego tworzenia osobnych nitok owoconosnych; różni się jednak od powyższego zielonoczarciem zabarwieniem, nie rozrzedza żelatyny i rośnie dobrze na wszelkich pożywkach w zwyczajnej ciepłocie. (Centr. f. Bakt. XVII. N. 11).

Ż.

Wiadomości bieżące.

— Liczbę współwłaścicieli „Medycyny“ zwiększył profesor Jan MIERZEJEWSKI z Petersburga.

— Czwarty (ostatni) zeszyt Fiziologii prof. N. CYBULSKIEGO oddany został do druku.

— Wyszedł z druku zeszyt czwarty Tomu XCI „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego“ i zawiera: 1) E. BIERNACKI. Przyczynki do pneumopatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych (ciąg dalszy). 2) W. DĄBROWSKI. Drobnoustroje zimnicy (t. zw. *plasmodium malariae*). 3) Protokoły posiedzeń T. L. W. 4) Sprawozdanie Kasy Wsparcia za rok 1894. 5) Wykaz prac oryginalnych lekarskich polskich za czas od roku 1831 do 1890 włącznie.

— Według kalendarza BÖRNER'a, ilość lekarzy w Niemczech w październiku 1895 r. wynosiła 23,099 t. j. powiększyła się w ciągu roku o 812 lekarzy.

— Od stycznia 1896 r. zaczęło wychodzić w Nowym-Yorku czasopismo poświęcone medycynie doświadczalnej: „The Journal of Experimental Medicine“. Podobnego czasopisma dotąd w Ameryce nie było, a prace, kwalifikujące się dla swej treści do podobnego czasopisma,

były drukowane w czasopismach europejskich.

— Uniwersytet w Chicago w celu poprawienia stanu szkoły lekarskiej otrzymał od dwóch ofiarodawczyń 3 miliony dolarów.

— Międzynarodowy związek uniwersytecki, mający na celu rozwijanie stosunków pomiędzy uniwersytetami, już się utworzył. Komitety związku zostały zorganizowane dotąd w Amsterdamie, Brukseli, Genewie, Leodium, Londynie, Montpellier i w Paryżu.

— „Berliner klinische Wochenschrift“ przypuszcza, że wyłączenie języka angielskiego na przyszłym zjeździe międzynarodowym w Moskwie, może ujemnie wpłynąć na wyniki prac tegoż zjazdu.

— Zmarli. D-r Franciszek JAWDYŃSKI, ordynator szpitala Dz. Jezus w Warszawie, jeden z najwybitniejszych chirurgów naszych, zmarł w dniu 21 stycznia r. b. Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne o zmarłym koleźce podamy w jednym z najbliższych numerów „Medycyny“.

Odpowiedzi Redakcyi.

Koledze M. W. Praca D-ra J. BIELIŃSKIEGO, laureata Warsz. Tow. Lek., wzmiankowana w przeszłym (3-im) N-rze „Medycyny“ w artykule o obchodzie 90-ciolecia istnienia Tow. Lek. Wileńskiego, nosi tytuł, jak tamże podano. Jest to obszerne dzieło (906 stron), które kolega znajdzie w „Pam. Tow. Lek. Warszawskiego“ za lata 1888 i 1889. Szczegółowa zaś ocena dzieła tego znajduje się w zeszycie I-ym „Pamiętnika“ z r. 1888-go.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводило Ценаурою. Варшава. 11 Января 1896 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.