

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rana cięta czaszki, zadana siekierą; rozłupanie kości czołowej, częściowe wypadnięcie mózgu przez ranę kostną; następstwa tego obrażenia. Podał A. Michellis. — **Kazulistyka.** Venus cruenta, Interdum mutilans, Interdum occidens. Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych sub coltu. (143 spostrzeżenia). Podał Fr. Neugebauer. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 106. Kliniczne rozpoznanie zółtów. 107. Przyczynek do postępowania bezgłinnego w zabiegach położniczych i ginekologicznych. — **Odcinek.** Z powodu artykułu p. „A. P.” „W sprawie organizacji pomocy lekarskiej w gminie”. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Michellis — Platte du crâne par coup de hache; fente de l'os frontal; prolapse partiel du cerveau; suites de cette lésion. 2) D-r Fr. Neugebauer — Contribution à l'étude des lésions traumatiques des organes génito-urinaires chez la femme pendant la copulation.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr k. Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Michellis — Eine durch eine Axt verursachte Hieb-wunde des Schädels; Spaltung des Stirnbeins; theilweiser Vorfall des Hirns durch die Knochenwunde; die Folgen dieser Verletzung. 2) D-r Fr. Neugebauer — Beitrag zur Lehre ueber Verletzungen der weiblichen Urogenitalia sub coltu.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Rana cięta czaszki, zadana siekierą; rozłupanie kości czołowej, częściowe wypadnięcie mózgu przez ranę kostną; następstwa tego obrażenia.

Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego lubelskiego

i opisana przez lekarza szpitala chełmskiego i gub. lubelskiej D-ra Alfreda Michelisa.

W dniu 14 czerwca 1897 roku przywieziono ze wsi Dorohusk do szpitala chełmskiego, podczas mej wizyty szpitalnej, Marcina Mielniczuka, 51 lat mającego gospodarza wiejskiego. Chory miał grubą białą chustką obandażowaną głowę; chustka przesiąkła krwią; sam zeszedł z fury i, zlekka opierając się na ramieniu posługacza szpitalnego, wszedł do kancelaryi szpitalnej. Po załatwieniu formalności kancelaryjnych i po przebraniu chorego w bieliznę szpitalną przystąpiłem do badania.

Z opowiadania chorego dowiedziałem się, że ubiegłej nocy choremu, leżącemu w stodole na posłaniu i nieśpiącemu, zięć zadał ranę siekierą w czaszkę, oświeciliwszy sobie uprzednio teren zapalką, i że od chwili wypadku do chwili wstąpienia chorego do szpitala upłynęło 12 godzin.

Chory zupełnie przytomny; odpowiada na zapytania logicznie; pamięć zachowana; ciepłota ciała 37,6°; tętno pełne, równe; 80 uderzeń na minutę; tony serca czyste; w płucach żadnych zmian nie ma; chory nie uskarża się ani na ból głowy, ani na nudności, wymiotów nie miał; dreszczów nie było.

Po zdjęciu domowego opatrunku, ujrzałem ogromną ranę, wypełnioną pajęczyną i skrzepami krwi; wszystko to razem tętni. Po wygoleniu i obmyciu roztworem sublimatu okolicy rany i prawego policzka, pokrytego krwią zaschlą, okazało się, że rana cięta nie krwawi, ma kierunek ukośny, rozpoczyna się na 3 ctm. od guza ciemieniowego. Długość rany wynosi 13 ctm., a szerokość 3 ctm., kończy się ona na środku górnej powieki prawego oka pod brzegiem górnym oczodołu. Przyznać się muszę, że z wielką obawą zabierałem się do oczyszczenia rany wacikami, zwilżonymi w roztworze sublimatu, widząc w niej tętnienie; usunąwszy pajęczynę, a bardzo ostrożnie czarny skrzep krwi, przekonałem się, że tętniącą masę w ranie stanowi mózg wypadły, ponieważ twarda opona mózgowa na długość rany była przecięta. Na mózgu wypadłym bardzo wyraźnie widać było zawoje, naczynia krwionośne i cięcie idące w głąb tkanki mózgowej, skąd szczypczykami wydobyłem trzy odłamki kostne długości 1 ctm., a $\frac{1}{3}$ ctm. szerości każdy. Mózg wypadły wypełniał ranę po brzegi kości: otrzymywało się wrażenie, jak gdyby z jamy czaszki wylewał się on nazewnątrz. (Niżej przedstawione zdjęcie fotograficzne nie daje należytego pojęcia o wyglądzie pierwotnym rany dla tej przyczyny, że, z powodów odemnie niezależnych, zostało ono dokonane dnia 10-go po wstąpieniu chorego do szpitala, t. j. wtedy, kiedy wygląd rany znacznie się zmienił). Po obmyciu wypadłej części mózgu roztworem sublimatu, starałem się odprowadzić ją za pomocą pasków gazy jodoformowej, położonych na tkankę mózgową i trzymanyh rękami po za brzegami rany, co mi się w części udało. Wtedy mogłem przekonać się, jak wyglądają brzegi rany. Otóż brzeg wewnętrzny rany był prostopadły, posiadał kształt linii, a stanowiła go kość czołowa; zewnętrzny brzeg przedstawiał się w kształcie łuku; stanowiła go zewnętrzna część kości czołowej i ciemieniowej. Stał on wyżej od wewnętrznego brzegu rany i był wywinięty na zewnątrz. Za naciskiem na brzeg zewnętrzny rany widoczna była w okolicy skroni ruchomość kości. Rana w głębi zwęża się stożkowato. Powieka górna i dolna obrzmiała; górna opadła; uniósłszy ją do góry, zauważyłem że silnie przekrwiona spojówka gałki ocznej okrąża rogówkę w postaci wałka (*chemosis*), rogówka zaś zupełnie jest zmętniała i przecięta prostopadle.

Zestawiając wynik badania rany, znajduję, że rana cięta czaszki posiada kierunek ukośny, obejmuje skórę, kości, twardą oponę mózgową, tkankę mózgową, górną powiekę i gałkę oczną.

Na fotografii widać wszystko, co wyżej powiedziane było o ranie; tylko mózg wypadły, który do 10-go dnia pobytu chorego w szpitalu uległ zgorzeli i oddzielił się, wypełnia zaledwie część rany.

Po dokonaniu opatrunku przeciwniepalnego, zalecono choremu spókoj, i dyetę mleczną, na głowę położono pęcherz z lodem.

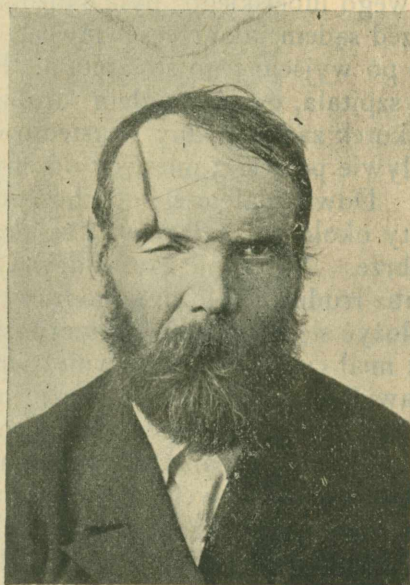
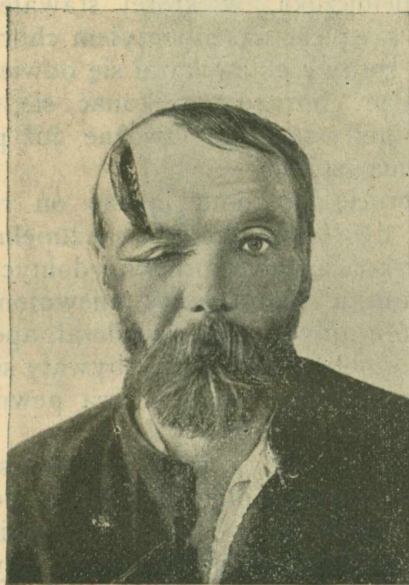
15. VI. Ciepłota prawidłowa. Chory nie uskarża się na żadne dolegliwości; spał dobrze. Przestrzyknięto oko 1% roztworem kwasu bornego; lodowy okład na oko.

16. VI., 17. VI., 18. VI bez gorączki. Chory skarży się na zaparcie stolca, dano mu więc łyżkę stolową oleju rycynowego. Lód z głowy usunięto; oko opatrzone, jak wyżej.

19 VI. Nie gorączkuje. Zmiana opatrunku. Na gazie jodoformowej, która bezpośrednio leżała na ranie, znalazłem cząstki wypadłego mózgu, trochę ropy, na tkance mózgowej leżą swobodnie trzy kawałeczki kości, które usunąłem. Tętnienie w jamie bardzo wyraźne. Przy bandażowaniu głowy starałem się wywierać ucisk na zewnętrzny brzeg rany, który, jak wyżej powiedziano, był wywinięty nazewnątrz, żeby go w ten sposób przybliżyć do wewnętrznego brzegu. Przekrwienie gałki ocznej zmniejsza się. Przestrzyknięto oko. Okład lodowy na oko.

Ponieważ rana goiła się prawidłowo, przeto ograniczę się tylko na zanotowaniu chwil ważniejszych z przebiegu choroby.

Przy drugiej zmianie opatrunku (10-go dnia pobytu w szpitalu) znalazłem na gazie jodoformowej około 1½ łyżeczki tkanki mózgowej, pochodzącej z wypadłej przeciętej części mózgu. Tętnienie w ranie słabsze.



Po czterech dniach opatrunek zmieniono znowu. Wtedy znalazłem na gazie jodoformowej jeden kawałeczek kości i trochę tkanki mózgowej. Tętnienie w ranie zaledwie widzialne. Szerokość rany znacznie zmniejszyła się. Wywinięcie jej brzegu zewnętrznego mniejsze. Rana na oku zablizniona.

Przy czwartej zmianie opatrunku (18-go dnia pobytu w szpitalu) gaza prawie czysta. Tętnienia w ranie nie ma. Dno rany wypełnia się dosyć bujną ziarniną.

15. VII. Rana zupełnie się zagoiła. Brzeg zewnętrzny wystaje nieco, wewnętrzny—jak gdyby wgięty na wewnątrz. Powieka górna podnosi się do połowy gałki ocznej; na rogówce blizna od cięcia; zmętnienie rogówki zupełne; zanik gałki ocznej; chory nie widzi na prawe oko. Chód prawidłowy, pewny, władza w kończynach górnych i dolnych zachowana.

Chory znajdował się w szpitalu do 26 lipca t. r.; pragnął on jaknajprędzej wypisać się ze szpitala, ze względu na to, że obecność jego w domu jest niezbędna. Kiedy chory opuszczał szpital, kazałem zrobić zdjęcie fotograficzne dla porównania.

Jak widać z powyższego, chory przebył w szpitalu 6 tygodni; w ciągu czterech tygodni rana zagoiła się prawie bez ropienia; przez cały czas pobytu chorego w szpitalu ciepłota ani na chwilę nie była podniesiona; przytomność przez cały czas była zupełna; pamięć zachowana; ruchy prawidłowe; czynności wszystkich narządów ustroju prawidłowe.

Jakkolwiek wstrząśnienie mózgu, które musiało mieć miejsce przy zadaniu takiej rany, przeszło dla chorego bezkarnie; jakkolwiek gojenie się rany nie było powikłane ani zapaleniem opon mózgowych, ani samego mózgu, i jakkolwiek chory jest w danej chwili zupełnie zdrow, pomimo to jednak nie chcę ludzię się przypuszczeniem, że w przyszłości nie wystąpią pewne zmiany chorobowe w ustroju chorego, jako następstwo otrzymanych obrażeń.

W dniu 4 października r. b. w Chełmie przez wydział karny sądu okręgowego lubelskiego była sądzona sprawa Mielniczuka, w której stawałem przed sądem jako rzeczoznawca; wtedy to po raz pierwszy zobaczyłem chorego po wyjściu jego ze szpitala. Po osądzeniu sprawy chory kazał się odwieść do szpitala, gdzie mogłem drobiazgowo zbadać chorego i przekonać się, że wskutek zadanej rany w ustroju chorego wystąpiły zmiany poważne już po upływie prawie 3 miesięcy od chwili opuszczenia szpitala.

Dowiedziałem się od chorego, że po powrocie do domu jął się on roboty około gospodarstwa i że przez pierwsze dwa tygodnie czuł się zupełnie dobrze. Następnie zaczął doznawać bólu w kończynach górnych i dolnych; coraz trudniej było mu chodzić i władać rękami, a w końcu był zniewolony położyć się do łóżka. Dreszczy, wymiotów, bólu głowy nie doświadczał; apetyt miał ciągle dobry, również sen; wszelkie czynności ustroju odbywały się prawidłowo; pamięci nie stracił; mówić może swobodnie, tylko uderza pewna niechęć do rozmawiania: chory robi wrażenie apatycznego.

Podczas badania zauważyłem, że w miejscu, gdzie była rana, znajduje się blizna blado-różowego koloru; górna powieka prawego oka działa prawidłowo; zanik gałki ocznej i zmętnienie rogówki wyraźniejsze; ogólne wychudnienie; chory zupełnie nie może chodzić, nawet nóg postawić na podłodze, gdyż obie kończyny dolne są zgięte w stawach kolanowych; w postawie leżącej chory może nieco wyprostować nogi, lecz zawsze zgięcie pozostaje widoczne. Obie dwie kończyny górne są zgięte w stawach łokciowych i przyciągnięte do klatki piersiowej. W lewej ręce chory nic utrzymać nie może, prawą jeść może z wielką trudnością i to, jeżeli silnie nachyli tułów. Wybitne drżenie w kończynach górnych i dolnych. Zanik mięśni uwidatniony najwybitniej w górnych kończynach w mięśniach następujących: *m. pectoralis*, *m. deltoideus*, *m. biceps* i *mm. interossei*, z lewej strony bardziej, niż z prawej. Co do kończyn dolnych, to oprócz *m. sartorius* wszystkie mięśnie są w stanie zaniku zupełnego.

Drżenie włókienkowe widoczne we wszystkich mięśniach. Odczynu zwyrodnienia nie udało mi się stwierdzić. Czucie wszędzie zachowane, powiem nawet, że istnieje pewna nadczułość. Odruch kolanowy zachowany, *clonus pedis* nie było. Stawy napięstkowe, zwłaszcza lewy, i skokowe zgrubiałe, i ruchy w nich niezmiernie ograniczone; zarówno i wszelkie ruchy głową zniesione.

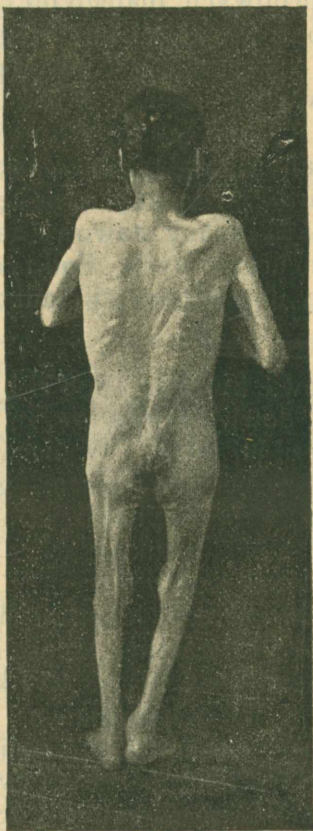
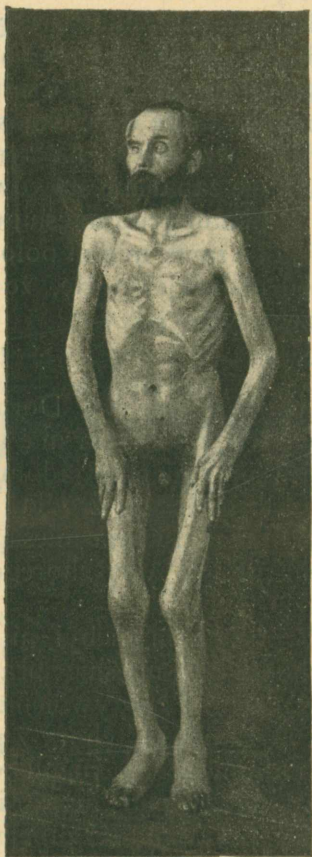
Zanik mięśniowy i zgrubienia stawów są wyraźnie uwidatnione na załączonych fotografiach. (Podczas zdjęcia fotograficznego chorego podtrzymywało dwóch ludzi, gdyż nie mógł stać o własnej sile).

Narządy oddechowe i krążenia żadnych zmian nie przedstawiają. Ciepłota ciała prawidłowa.

Przepisałem choremu *natr. jodatum c. natr. bromat.*, mleko, zwyczajną porcję.

W pierwszym tygodniu powtórnego pobytu chorego w szpitalu parę razy podczas snu były poty.

W drugim tygodniu poczał chory uskarżać się na lekki ból głowy w okolicy rany; parę razy były dreszcze, ciepłota wahała się pomiędzy 37,5 a 38,5. Jednocześnie zaczęło uwydatniać się w pośrodku blizny wypuklenie. Sądząc, że mam do czynienia z ropniem, zrobiłem w miejscu wypuklenia cięcie, lecz



zamiast ropy znalazłem odłamek kości $1\frac{1}{2}$ ctm. długi, pół ctm. szeroki i kilka kropel ropy; odłamek kości pochodził z wewnętrznego brzegu rany (*os frontis*), nie był całkowicie oddzielony, przeto musiałem oddzielić go szczypcykami. Z chwilą usunięcia odłamka ciepłota powoli opadła, ból głowy ustał, dreszcze nie pojawiały się więcej.

Przeszło 10 dni bez żadnych szczególnych zjawisk; rana po nacięciu zagoiła się; jod i brom usunąłem.

W 6-ym tygodniu chory zaczął doznawać bólu głowy w okolicy potylicowej. Ciepłota przez parę dni wahała się pomiędzy 36,8° a 38,0°, lecz potem znowu opadła. Mowa, sen, łaknienie i wypróżnienia prawidłowe. Stan kończyn górnych i dolnych bez zmiany.

Do dnia dzisiejszego, 8 grudnia, (dwa miesiące od chwili powtórnego wstąpienia chorego do szpitala) trwa ciągle stan jednakowy: ciepłota, mierzona trzy razy dziennie, prawidłowa; bóle głowy w okolicy potylicowej to są, to znikają.

Na tem kończy się moje spostrzeżenie, ponieważ chory, mimo mej opozycji, wypisał się ze szpitala.

Badając ranę w wyżej opisanym przypadku ze stanowiska anatomii topograficznej, widzę, że rana w mózgu zajmuje okolicę, w której znajdują się „*gyrus frontalis superior et medius*“, czyli miejsce, w którym niema ważniejszych ośrodków ruchowych; dlatego też chory od chwili otrzymania rany do pewnego czasu mógł władać rękami i nogami, zaburzeń w sferze ruchu nie było. Pojawienie się w dwa miesiące po wypadku zaniku mięśni równocześnie ze zmianami w stawach wypada, mojem zdaniem, odnieść także do następstw dalszych uszkodzenia mózgowego; opieram się pod tym względem na tem, iż trudno przypuścić, aby w tak krótkim czasie rozwinęło się zapalenie stawów zniekształcające (*arthrititis deformans*) z następczymi zanikami grup mięśniowych; przeciwnie, wypada zmiany stawowe, tak samo jak i zanik mięśni położyć na karb zmian trofoneurotycznych. Pod tym względem zdaje mi się, że mój przypadek należy do nadzwyczaj rzadko spostrzeganych.

W połowie kwietnia 1898 r. byłem u chorego we wsi Dorohusk; żona Mielniczuka, dowiedziawszy się, że jestem we wsi, odszukała mię i prosiła, żebym odwiedził jej męża. W pierwszej chwili przyjąłem wiadomość o życiu Mielniczuka z niedowierzaniem, gdyż z wiarogodnego źródła, jak mi się zdawało, bo z kancelaryi sędziego śledczego, przed dwoma miesiącami dowiedziałem się, że Mielniczek umarł. Spełniłem prośbę żony chorego i udałem się do mieszkania jego.

Zastalem chorego, leżącego na łóżku; poznał mię i był mi bardzo rad. Przy badaniu zauważyłem: kolosalne wychudnięcie, mięśnie prawie zupełnie w stanie zaniku, pozostały skóra i kości; zgrubienie i zesztynienie w stawach (o których wyżej wspominałem) znacznie wzmożone; chory z postania nie wstaje, gdyż bez pomocy otoczenia sam najmniejszego ruchu wykonać nie może; głowę trzyma zupełnie sztywno; przy oddawaniu moczu i stolca podkładają pod chorego naczynie; czucie, pamięć, przytomność zupełnie zachowane; sen dobry, łaknienie doskonałe, jak się chory wyraził. Potów, dreszczy i gorączki od czasu wypisania się ze szpitala do dziś dnia nie doświadczał. Mowa wyraźna, tylko powolna, chory podczas rozmowy robi wrażenie, jak gdyby się namyślał nad każdym wypowiedzanem słowem. Żona chorego komunikowała mi, że od paru dni chory zapomina się, co ma znaczyć, że czasem powie coś od rzeczy. Narządy oddechania i krążenia bez widocznych zmian.

Dnia 16 maja r. b. Mielniczek życie zakończył, czyli zmarł po upływie 11-tu miesięcy od chwili wypadku. Pomimo usilnych starań, badania zwłok z powodu opozycji rodziny zmarłego dokonać nie mogłem, czego mocno żałuję, gdyż, zdaniem mojem, jedynie badanie zwłok mogło wyjaśnić nam to wszystko, co z braku tegoż badania pozostało nierozstrzygnięte w opisywanym przeze mnie przypadku.

KAZUISTYKA.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU
EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

VENUS CRUENTA, INTERDUM MUTILANS, INTERDUM OCCIDENS.

Przyczynek do nauki
o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*.
(143 spostrzeżeń a).

Podał Franciszek Neugebauer

Ordynator oddziału ginekologicznego Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

(Dokończenie—Zob. N. 26).

Kazuistyka, powyżej przytoczona, zawiera całkowity niemal obraz kliniczny uszkodzeń, połączonych z aktem, podług swego przeznaczenia fizyologicznym. Część uszkodzeń, wywołanych stosunkiem płciowym, powstała z przyczyn usposabiających, inna zaś część wskutek brutalności mężczyzny, pijanego stanu osób, biorących udział lub przynajmniej jednej z nich, wskutek zgwałcenia dzieci i t. d. Niechaj mi będzie pozwolonem w szeregu rubryk zestawić przypadki analogiczne.

Na 141 przypadków wiek kobiety podany jest tylko 59 razy, w innych przypadkach powiedziano tylko: kobieta młoda, stara i t. d. Otóż na owe 59, gdzie wiek podano, zanotowałem: 11 dziewcząt młodszych nad lat 16: *Status organ. sexualium infantilis*; lat 6 Nr. 128; lat 8 Nr. 24 i 127; lat 8 i 9 miesięcy Nr. 40; lat 10 Nr. 95; lat 11 Nr. 1, 18, 39 i 69; lat 12 Nr. 136; lat 15 Nr. 48.

Jedno z tych dziewcząt 11-letnie padło ofiarą nocy poślubnej. Była to osoba pochodzenia indyjskiego, wydana za mąż za męża lat 16—patrz Nr. 1.

Co do wieku pozostałych kobiet, zanotowano: lat 16—1, lat 17—2, lat 18—5, lat 19—5, lat 20—3, lat 22—4, lat 25—3, lat 26—1, lat 27—1, lat 28—3, lat 29—1, lat 31—2, lat 39—1, lat 40—2, lat 45—1, lat 47—1, lat 48—1, lat 50—1, lat 58—2.

Tylko dwie ze wszystkich 141 kobiet były prostytutkami i uległy wypadkowi, pomimo że były obeznane z techniką stosunków.

26 razy uraz był następstwem zgwałcenia: Nr. 10, 17, 18, 24, 40, 42, 48, 64 (przez trzech mężczyzn z rzędu), 67, 69, 73, 74, 94, 95, 96, 100, 117, 125, 127, 128, 129, 130, 131 (skarga sądowa), 136 (dwunastoletnia dziewczynka).

7 razy mężczyzna był pijany Nr. 7, 11, 12, 73, 83, 85, 139, cztery razy mężczyzna i kobieta byli pijani: Nr. 7, 11, 12 i 70.

Raz jeden stosunek odbył się w trakcie miesiączki, powstała *haematocèle retro-uterina* oprócz krwotoku do pochwy Nr. 98.

Raz jeden stosunek odbył się w ciąży ze śmiertelnem zejściem z powodu krwotoku Nr. 134.

Cztery razy notowano, że stosunek odbył się po połogu, mianowicie raz jeden w dwa i pół miesiąca po porodzie Nr. 81, raz jeden w sześć tygodni po porodzie Nr. 139, dwa razy powiedziano tylko: w kilka tygodni po porodzie Nr. 123 i 124.

Sześć razy zanotowano stosunek w wieku klimakterycznym:

Kobieta lat 45 Nr. 7, lat 47 Nr. 8, lat 48 Nr. 27, lat 50 Nr. 10, w 8 lat po utracie miesiączki lat 58, Nr. 17 i 131.

48 przypadków dotyczy urazów *sub cohabitatione matrimoniali*, 37 razy uraz miał miejsce w nocy poślubnej, 74 razy uraz dotyczył *virginis adhuc intactae*, a 35 razy kobiety już poprzednio deflorowanej, bądź *in matrimonio* bądź nie (*in matrimonio* 13, *extra matrimonium* 22).

13 razy uraz dotyczył kobiet, które już dawniej stosunki miały przez dwa trzy, cztery, pięć, dziesięć, piętnaście i dwadzieścia lat i więcej.

10 razy uraz dotyczył kobiet, które już poprzednio rodziły: Nr. 7 wieloródka, Nr. 8 rodziła 10 razy, ostatni raz 13 lat temu, Nr. 5c—1 raz, Nr. 103—11 porodów, Nr. 81—rodziła czworo dzieci, ostatnie dwa i pół miesiąca temu, Nr. 97—rodziła czworo dzieci, Nr. 123—rodziła raz przy pomocy kleszczy, Nr. 124—rodziła raz przy pomocy kleszczy—u obu kobiet pękło *sub partu* krocze i było zaszyte przed stosunkiem, który uraz wywołał. Nr. 139—rodziła dwoje dzieci, ostatnie 6 tygodni temu.

Co do kobiet, które padły ofiarą urazu, należą one nie tylko do warstwy niższej, wyrobników i t. d., lecz znajdują się między nimi osoby z warstwy wykształconej, oraz dwie żony lekarzy — trudne do pojęcia, aby lekarz w taki sposób żonę uszkodził! Urazy *sub coitu* zdarzały się w każdej warstwie towarzystwa, najwięcej jednak przypadków wśród warstw mniej wykształconych, gdzie też najczęściej pogwałceń zanotowano.

Uraz nastąpił nie zawsze po pierwszym stosunku, jak widać z tego, że uraz kilka razy dotyczył kobiet, które nawet już rodziły, raz jeden zanotowano, że uraz zdarzył się przy pierwszym stosunku w sześć tygodni po porodzie Nr. 129, raz po trzecim z rzędu stosunku tejże nocy — z trzema mężczyznami z rzędu—Nr. 65, raz w kilka lat po pierwszym stosunku Nr. 85, raz po drugim stosunku Nr. 93, raz po trzecim stosunku tejże nocy Nr. 25, raz po 1, 2 i 3 stosunku—trzykrotny uraz Nr. 115, raz po trzecim z rzędu stosunku Nr. 128, raz jeden w wiele lat po pierwszym stosunku Nr. 118.

Następstwami bezpośrednimi urazu były ból, omdlenie, krwotok, ostra anemія następca; gorączka infekcyjna, septyczne zakażenie, piemia i w niektórych przypadkach śmierć albo wskutek utraty krwi albo wskutek *parametritis*, *peritonitis septica* i t. d. Otóż zanotowano:

Utratę przytomności: 8 razy, Nr. 1, 11, 12, 27, 98, 115, 120, 138.

Krwotok mniej więcej znaczny: 69 razy, wymagający albo tamponacyi albo też zeszycia ran, obklucia miejsc krwawiących i t. d. Ostłą anemię zanotowano 40 razy Nr. 1, 4, 7, 8, 9, 11, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 48, 67, 68, 69, 82, 83, 91, 92, 93, 98, 100, 114, 115, 120, 134, 138, 140.

Dwa razy uszkodzoną kobietę przywieziono do szpitala w stanie niepoczytalnym, czyli pijaną Nr. 11 i 12, dwa razy w szpitalu rozpoznano pierwotnie raka a dopiero dokładne badanie ujawniło, o co chodziło. Raz jeden rozpoznano mylnie tyfus —patrz Nr. 8, 10 i 9.

Dwa razy dla odbycia stosunku zakochana para obrała sobie łaźnię, skąd przy ogólnym alarmie, nieprzytomną, krwią zbroszoną kobietę do szpitala odwieziono Nr. 80 i 85.

Co do położenia, w którym odbył się stosunek, tylko w dwóch przypadkach zanotowano osobliwość: Nr. 77 mąż przed stosunkiem podłożył żonie twardą poduszkę pod krzyż, Nr. 120 — stosunek z podchmielonym mężem w pozycji *à la vache*.

W 22 ch przypadkach nastąpiła śmierć kobiety wskutek utraty krwi, infekcji septycznej, *parametritis*, *peritonitis* i t. d. Przypadki te wyliczam pojedynczo:

Nr. 1. 11-letnią dziewczynkę pochodzenia indyjskiego wydano za mąż za 16-letniego mężczyznę. W poślubnej nocy rozdarcie krocza, pochwy, sklepienia pochwy z otwarciem jamy brzusznej. Krwotok, *peritonitis* i śmierć. (Sposzczenie ALBERT'a).

Nr. 8. Śmierć 48-letniej kucharki wskutek *parametritidis septicae ex vulnere vaginae prodientis*. (Sposzczenie BARTEL'a).

Nr. 9. Śmierć 28-letniej kucharki wskutek *parametritidis purulentae (haematoma labii posterioris oris uteri) ex vulnere vaginae prodientis, endocarditis, pyaemia*. (Sposzczenie BARTEL'a).

Nr. 22. Śmiertelny krwotok po ślubie, u kobiety dotkniętej *haemophilia*. (Sposzczenie BORDMANN'a).

Nr. 24. Śmierć 8-letniej dziewczynki przez uduszenie po zgwałceniu; śmierć byłaby nastąpiła prawdopodobnie i bez uduszenia wskutek samych urazów narządów płciowych, połączonych z wielką utratą krwi oraz rozdarciem krocza, pochwy i otwarciem jamy brzusznej. (Sposzczenie CAVAILLON'a).

Nr. 35, 36, 37, 38. Śmierć czterech kobiet wskutek krwotoku po nocy poślubnej. (Sposzczenia dwa DIEMERBROECK'a, jedno COLOMBAT'a i jedno MEISSNER'a).

Nr. 39. Śmierć indyjskiej mężatki 11 i pół rocznej wskutek utraty krwi w nocy poślubnej. (Sposzczenie DOLAN'a).

Nr. 45, 46 i 47. Trzy żony jednego męża zmarły wskutek przebicia tylnego sklepienia pochwy *sub primo coitu*, tak że mężczyzna ów, fryzyer na przedmieściu paryskim Feaubourg St. Martin, został trzykrotnie wdowcem. (Sposzczenie cytowane przez EKLUND'a).

Nr. 48. Śmierć zgwałconej 15-letniej dziewczynki wskutek utraty krwi i *peritonitis*. Z rany jamy brzusznej wypadły kiszki. (Sposzczenie FRANK'a).

Nr. 62. Krwotok, septycemii i śmierć po pierwszym stosunku. (Sposzczenie HAYNES'a).

Nr. 63. Po rozdarciu pochwy lekarz założył tampon do niej, lecz zapomniał go wyjąć. Śmierć wskutek septycemii następczej. (Sposzczenie HAYNES'a).

Nr. 65. 24-letnia żona żołnierza w 6 tygodni po ślubie zmarła na piemię — rozdarcie pochwy, *para-* i *perimetritis*. (Sposzczenie HIMMELFARB'a).

Nr. 69. Śmierć 11 i pół rocznej dziewczynki po rozerwaniu pochwy w Kalkucie. (Sposzczenie JENNINGS'a).

Nr. 88. Śmiertelny krwotok z rozdarcia pomiędzy lechtaczką a otworem cewki moczowej. (Sposzczenie MUELLER'a).

Nr. 125. Śmierć po gwałtownym stosunku. (Sposzczenie SPREŹNE'go).

Nr. 127. Zgwałcenie 8-letniej dziewczynki, rozdarcie pochwy, krocza i *peritonaei*. Śmierć 6-go dnia po zgwałceniu wskutek zapalenia otrzewny. (Sposzczenie TAYLOR'a).

Nr. 134. Śmierć ciężarnej wskutek krwotoku po stosunku. (Sposzczenie CRAMER'a).

Jako usposobienie do urazu przytoczono wiek dziecięcy kobiety *sub coitu* w 11 przypadkach, wiek klimakteryczny w 6 przypadkach, dalej stan puerperalny, popołogowy kobiety w kilku przypadkach, dalej usposobienie wskutek patologicznego stanu części rodnych. U dwóch kobiet uraz nastąpił po tylko co dokonanej operacji plastycznej na kroczu i pochwie (*kolpoperinaeorrhaphia propter rupturam puerperalem perinaei* Nr. 23 i 124); u dwóch chorych dokonano poprzednio zeszcicia

fistulae vesico vaginalis originis puerperalis (Nr. 52 i 118); przetoka miała jakoby powstać ponownie po urazie *sub coitu*!

W jednym przypadku upatrywano usposobienie w istniejącej już poprzednio *retroflexio uteri* Nr. 119, raz jeden usposobienie istniało wobec *atresiae vaginalis hymenalis congenitae cum haematocolpometra*, gdzie błona dziewicza zarośnięta po mimo stosunku pozostała nietknięta, natomiast przerwana została aż na wysokość dwóch centymetrów cewka moczowa Nr. 70. Raz jeden usposobienie stanowił częściowy brak pochwy—przy braku macicy i jajników Nr. 67.

Dwa razy usposobienie stanowił hymen nieprawidłowy czyli *biforis* Nr. 79 i 115. W jednym z tych przypadków podczas stosunku oderwana została dolna osada *septi hymenis*, a w miejscu przerywania wytworzyła się *fistula rectovaginalis* Nr. 79. W drugim przypadku oderwana została osada *hymenis biforis*, a poniżej powstała *fistula vulvo rectalis* Nr. 115.

W trzech przypadkach usposobienie stanowiła wada rozwojowa pochwy: *duplicitas vaginae*. W przypadku Nr. 25 oderwana została dolna osada *septi vaginae*, to samo nastąpiło w przypadku Nr. 21, w przypadku Nr. 51 samo *septum vaginae* zostało przebite od strony prawej ku lewej *sub coitu* Nr. 51.

Przystępuję teraz do sprawy umiejscowienia urazu w pojedynczych przypadkach:

22 razy chodziło tylko o rozerwanie *hymenis*, które było źródłem krwawienia — rozerwanie było bądź pojedyncze, bądź podwójne, bądź potrójne; w jednym przypadku chodziło o naderwanie *hymenis*, którego osada dawniej już przy stosunku została przerwana. Przypadki te są następujące: Nr. 4, 8, 11, 19, 20, 22, 23, 34, 40, 67, 76, 84, 95, 98, 113, 114, 116, 122, 126, 132, 133, 138.

W 17 przypadkach stwierdzono oderwanie całej niemal błony dziewiczej o nienaruszonym obwodzie *foraminis hymenaici* od osady: Nr. 15, 24, 28, 30, 55, 66, 71, 77, 89, 90, 101, 104, 113, 115, 120, 121, 137.

W 13 przypadkach zanotowano przerywanie *hymenis*, sięgające aż na ściany pochwy — *ruptura hymeno-vaginalis*: Nr. 11, 20, 31, 32, 33, 83, 91, 92, 96, 99, 126, 127, 128.

21 razy zanotowano przedarcie podłużne ścian pochwy, prawie bez wyjątku ściany tylnej lub też prawostronnej: Nr. 8, 9, 11, 17, 27, 39, 48, 54, 57, 64, 65, 78, 87, 91, 92, 117, 127, 128, 136, 139, 140.

33 razy zanotowano przerywanie błony śluzowej w tylnym sklepieniu pochwy: *ruptura transversalis fornicis vaginae posterioris*: Nr. 1, 2, 3, 7, 10, 12, 13, 24, 29, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 57, 75, 80, 81, 82, 86, 97, 100, 103, 120, 123, 124, 129, 131, 139.

W 17 przypadkach rozerwanie tylnego sklepienia pochwy drażyło do *pyrametrium* bądź po jednej, bądź po obu stronach: Nr. 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 24, 49, 65, 75, 87, 100, 103, 120, 127, 129.

4 razy rozdarcie sięgało aż do jamy brzusznej wraz z przerywaniem otrzewny Nr. 4, 24, 48, 127.

Wobec częstych uszkodzeń tylnej ściany pochwy i tylnego szczególnie sklepienia pochwy uderza na pozór rzadkość uszkodzenia przedniej ściany pochwy oraz przedniego jej sklepienia.

Zanotowano przerywanie przedniego sklepienia pochwy jeden tylko raz Nr. 56.

Przerywanie przedniej ściany pochwy jeden raz Nr. 41.

Rozerwanie cewki moczowej zanotowano 2 razy: raz jeden *sub atresia hymenali vaginae cum haematocolpometra*; rozerwanie cewki, sięgające na wysokość dwóch centymetrów (Nr. 70), raz jeden rozerwanie cewki, sięgające aż do *collum vesicae* (Nr. 72).

Rozerwanie *clitoridis* zanotowano raz jeden Nr. 11; jedno *crus clitoridis* przerwane.

Raz jeden zanotowano *prolapsus membranae mucosae urethrae post coitum* Nr. 40.

Raz jeden zanotowano rozerwanie pomiędzy osadą lechtaczki a otworem cewki moczowej: Nr. 88 z zejściem śmiertelnym wskutek krwotoku.

Raz jeden zanotowano oderwanie *columnae rugarum posterioris parietum vaginae*. Nr. 122.

14 razy wymieniono tylko nawiasowo, wyrażając się: *Ruptura vaginae* Nr. 5, 62, 63, 64, 68, 69, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112.

5 razy zanotowano przerwanie *hymenis* w samym miększu błony dziewiczej bez naruszenia całości obwodu *foraminis hymenaici*: Nr. 58, 59, 60, 61, 135.

W licznych przypadkach wskutek urazu *sub coitu* powstała komunikacja narządów płciowych z sąsiedztwem. Chodzi tu o przetoki różnego gatunku, wielkości i umiejscowienia. Zanotowano:

Fistulae recto-vaginales 4 razy, Nr. 14, 21, 79, 102, spostrzeżenia BENEDICK'a, BRITHON'a, LWOW'a i PLAZZONUS'a.

Fistulae recto-vulvares 13 razy, Nr. 16, 66, 79, 95, 101, 104, 115, 120, 121, 122, 126, 141, 143, spostrzeżenia BLUMENTHAL'a, HIRST'a, LWOW'a, NEUGEBAUER'a, PHAENOMENOW'a, PRICE'a, SAWIN'a, SINAJSKIEGO, SMOLICZEW'a, SPRINGSFELD'a, SŁAWIŃSKIEGO i KOSIŃSKIEGO.

Fistula vulvo vaginalis jeden raz, Nr. 15, spostrzeżenie BEZDJETNOW'a.

Fistulae recto-perinaeales 3 razy, Nr. 19, 96, 101, spostrzeżenia BORJAKOWSKI'ego, NEUGEBAUER'a, PHAENOMENOW'a.

Fistulae vesico-vaginales 3 razy, Nr. 52, 118, 84, spostrzeżenia GEISTHOEVEL'a, SCHUELEIN'a i MASSALITINOW'a. W pierwszym i drugim przypadku przetoka miała ponownie powstać, pomimo, że dawniej już była z pomyślnym wynikiem zaszyta, w trzecim przypadku przetoka miała być wynikiem działania powolnej nekrozy tkanek po wylewie krwi *in septo vesico-vaginali*.

Fistulae peritoneo-vaginales: zanotowano cztery przypadki, Nr. 1, 24, 48, 127, spostrzeżenia ALBERT'a, CAVAILLON'a, FRANK'a, TAYLOR'a.

6 razy zanotowano *rupturam musculi sphincteris ani*, Nr. 42, 73, 96, 120, 127, 128.

Dwa razy zanotowano rozerwanie *septi rectovaginalis*, Nr. 127 i 128, w pierwszym przypadku rozerwanie sięgało od ujścia pochwy aż do samego sklepienia pochwy, w drugim od ujścia pochwy aż na wysokość kilku centymetrów.

Raz jeden zaznaczono obnażenie jednego *ossis pubis sub traumate in coitu orto*, Nr. 67, po stronie lewej.

Co do uszkodzeń samej *vulvae* zanotowano:

Ruptura commissurae labiorum pudendi 15 przypadków, Nr. 1, 67, 83, 94, 95, 96, 102, 104, 115, 120, 121, 126, 127, 128, 141.

Ruptura fossae navicularis 15 razy. Nr. 1, 15, 67, 83, 95, 96, 101, 104, 115, 120, 121, 126, 127, 128, 141.

4 razy tylko powiedziano *ruptura vulvae*, Nr. 67, 73, 93, 95.

8 razy powiedziano tylko *Ruptura perinaei* Nr. 67, 120, 127, 128, 130, oraz Nr. 14, 42, 48.

Ruptura perinaeo-vulvo-vaginalis zanotowana jest 17 razy. Nr. 1, 15, 19, 67, 73, 74, 83, 85, 95, 96, 102, 115, 120, 121, 126, 127, 128.

Ruptura frenuli labiorum et fossae navicularis 14 razy: Nr. 1, 11, 15, 24, 83, 85, 95, 96, 115, 120, 121, 125, 127 i 128.

Raz jeden zanotowano: Rozdarcie sięga od otworu odbytnicy aż do *Mons Veneris*, Nr. 67.

Uraz *colli uteri sub coitu* zanotowano dwa razy: raz jeden *Oedema labii posterioris oris uteri* Nr. 9, i raz jeden obnażenie tylnej powierzchni *colli uteri* po przebicu tylnego sklepienia pochwy Nr. 119.

Raz jeden zanotowano uraz *colli vesicae urinae* Nr. 6.

Raz jeden zanotowano *gangraenam vulvae post coitum* Nr. 85 z wyzdrowieniem.

Dwa razy zanotowano *fausse route in labio pudendi majore* Nr. 93 i 67. Oderwanie *labii pudendi* od osady sromnej wewnętrznej.

Fausse route in septo paravaginali zanotowano 11 razy, Nr. 15, 19, 79, 93, 94, 95, 120, 121, 122, 126, 141.

Hymen pozostał nierozzerwany pomimo stosunku w przypadkach Nr. 16, 93, 113, 115, 120, 121.

Raz jeden zanotowano *ischuriam* wskutek urazu: Odruchowe zatrzymanie moczu, Nr. 31.

Na uwagę zasługuje, że notowano w 15 przypadkach uszkodzenie wyłącznie prawostronne Nr. 9, 11, 15, 27, 54, 79, 89, 83, 85, 93, 126, 129, 139, 140, a tylko w 7 przypadkach lewostronne, Nr. 2, 8, 65, 87, 94, 129, 67. Niestety, w większości przypadków nie podano ścisłej lokalizacji uszkodzeń.

Co do klasyfikacji uszkodzeń, możnaby zanotować następujące kategorie:

- 1) Naderwanie *hymenis* nadmierne lub nadmiernie krwawiące.
- 2) Rozerwanie *hymenis*, przekraczające granice jego i przechodzące na sąsiedztwo. *Ruptura hymeno vaginalis*.
- 3) Rozerwanie pomiędzy łechtaczką a otworem cewki moczowej.
- 4) Przebicie mięszu *hymenis*, przy którym obwód *foraminis hymenaici* pozostał nietknięty.
- 5) Oderwanie osady *hymenis* bez naruszenia obwodu *foraminis hymenaici*.
- 6) Urazy *vulvae* na wargach sromnych z utworzeniem „fausse route“ do wnętrza wargi sromnej większej po oderwaniu jej od osady, oraz *haematoma labii majoris pudendi*.
- 7) Rozerwanie cewki moczowej, sięgające wyżej lub niżej.
- 8) Rozerwanie *fossae navicularis*.
- 9) Rozerwanie *frenuli labiorum pudendi majorum*.
- 10) Rozerwanie krocza.
- 11) Rozerwanie *sphincteris ani*.
- 12) Rozerwanie, sięgające od otworu odbytnicy aż do *mons veneris*.
- 13) Kombinacja urazów tylko co wymienionych.
- 14) Rozerwanie podłużne tylnej ściany pochwy.
- 15) Rozerwanie podłużne przedniej ściany pochwy.
- 16) Rozerwanie podłużne bocznych ścian pochwy.
- 17) Przerwanie tylnego sklepienia pochwy, dotyczące li tylko błony śluzowej pochwy.
- 18) Przerwanie tylnego sklepienia pochwy, drążące po bokach do ustroni przymacicznych (*parametria*).
- 19) Przerwanie tylnego sklepienia pochwy, drążące aż do otrzewny bez przerwania jej.
- 20) Przerwanie tylnego sklepienia pochwy, połączone z przedarciem otrzewny i wypadnięciem kiszki z rany.
- 21) Obnażenie tylnej powierzchni szyi macicznej po przerwaniu tylnego sklepienia pochwy.
- 22) Uraz pęcherza wskutek uszkodzenia *septi vesico vaginalis* z powstaniem przetoki moczowej *fistulae vesico vaginalis* wskutek urazu, lub, z ponownym powstaniem przetoki moczowej, dawniej już zaszytej.

23) „Fausse route“ poza błoną śluzową pochwy, t.j. *extra vaginam in septo recto vaginali* albo też wzdłuż bocznej ściany pochwy prawej lub lewej.

24) Przebicie *septi rectovaginalis* z powstaniem *fistulae recto-vaginalis*.

25) Urazy, drażące do odbytnicy od strony *vulvae* lub *vaginae* lub *perinaei*.

a) *Fistula recto-vulvaris*, b) *fistula recto-perinaealis*.

26) Przerwanie sromu, drażące do światła pochwy, bez naruszenia błony dziewiczej: *fistula vulbo-vaginalis*.

W przypadkach wyjątkowych:

27) Przebicie *septi vaginae*—*vagina duplex*, od jednej pochwy do drugiej.

28) Oderwanie *septi hymenis biforis* od dolnej osady *septi*.

Bardzo często urazy są skomplikowane i obejmują uszkodzenia kilku kategorii równocześnie, co zresztą łatwo zrozumieć wobec topograficznej łączności oddzielnych części sromu kobiecego i okolic sąsiednich.

Co się tyczy przyczyn urazów, powyżej wymienionych, rozróżniam przyczyny przypadkowe oraz przyczyny uzasadnione wobec pewnego danego usposobienia.

Do przyczyn przypadkowych należą: brutalna siła, użyta przy zgwałceniu, oraz stan pijany jednej lub obu osób, biorących udział w spółkowaniu, chociażby dobrowolnem.

Do przyczyn usposabiających należą ze strony mężczyzny: zbyt wielkie rozmiary prącia w stosunku do *vulvae* osobnika biernego. Stosunek mężczyzny dorosłego z dziewczynką, płciowo jeszcze niedostatecznie rozwiniętą, lub też z osobą w wieku klimakterycznym albo podeszłym.

Ze strony kobiety do przyczyn usposabiających zaliczam:

Wadliwy ustrój narządów płciowych wskutek braku pochwy, zarośnięcia światła pochwy, podwójności pochwy, *hymen biforis*, *hymen crassus*, hymen o otworze zbyt małym i zbyt wysoko u góry położonym, dalej nachylenie miednicy zbyt wielkie lub znacznie zmniejszone, stan patologiczny po porodzie, po dokonanych operacjach ginekologicznych i połączonych ze zwężeniem otworu sromu i pochwy, dalej nadmierną krótkość tylnej ściany pochwy i nadmierne jej naprężenie wskutek *rupturae perinaei*, *retroflexionis uteri*, operacji dokonanych w celu rekonstrukcji rozerwanego dawniej *sub partu* krocza i t. d.

Nareszcie odgrywa pewną rolę etiologiczną położenie, w którym odbywa się stosunek, szczególnie położenie *à la vache*, oraz stosunek kobiety siedzącej z mężczyzną stojącym.

W trakcie druku pracy niniejszej zebrałem jeszcze 7 spostrzeżeń, tak że ogólna ich liczba wynosi 150.

144) Kol. FINKELKRAUT*) („Ruptura vaginae sub coitu“, Gaz. Lek. Nr. 7, str. 169, 1898 r.) opisuje spostrzeżenie kolegi ROSENTHALA, który u 40-letniej kucharki, matki kilkorga dzieci, po zgwałceniu przez 26-letniego mężczyznę, znalazł podłużne rozdarcie pochwy, sięgające aż do tylnego jej sklepienia. Rozdarcie dotyczyło strony lewej. Stosunek był bolesny, zaraz po nim krew lała się z pochwy. Kol. R. ranę zaszył ciągłym szwem katgutowym.

145) SCHAUTA (Lehrb. d. gesammten Gynaekologie. Leipzig. 1896 pg. 477) widział niebezpieczny krwotok z rozdarcia *sub coitu* tylnej ściany pochwy u panny zupełnie prawidłowej budowy i krwawienie opanował tamponacją.

W drugim przypadku (FRANK: Prager med. Woch. 1890, Nr. 6) w klinice Praskiej SCHAUTA musiał zaszyć ranę poprzeczną w tylnym sklepieniu pochwy u kobie-

*) Kol. FINKELKRAUT mylnie uważa rozdarcie pochwy *sub coitu* za tak nader rzadkie, pisząc, że ogólna liczba spostrzeżeń w piśmiennictwie opisanych, nie przekracza 26. Najlepszym tego dowodem jest kazuistyka, przeze mnie zestawiona powyżej.

ty, która poprzednio już raz rodziła. Stosunek odbył się w pozycji na wpół siedzącej. Spostrzeżenie SCHATA'y dotyczące przerwania przegrody pomiędzy ślepo zakończoną prawą pochwą a drażącą do samej szyi macznej lewą pochwą — *vagina duplex* — podałem pod Nr. 51.

146) Rzadkie spostrzeżenie opisał WEISS, mianowicie dotyczące powstania zarośnięcia pochwy — *atresia vaginae* — u 15-letniej dziewczynki po zgwałceniu przez czterech mężczyzn z rzędu. (Patrz WEISS: Prager Med. Wochenschrift. 1878, p. 234).

147) A. BOGATYRJEW (Jeżeniedielnik. 1897. Nr. 50 p. 795: „Słuczaj powrzedienia włagaliszcza wo wremia sowokuplenia“): 24 letnia wyrobnica, zamężna od 8-iu lat, rodziła 6 dzieci pomyślnie. W półtora tygodnia po ostatniej miesiączce po gwałtownym stosunku zjawił się krwotok; przy badaniu w szpitalu znaleziono rozzerwanie bocznego prawego sklepienia pochwy, pochwa okazała się oderwaną od szyi macicznej. Rozdarcie, okalając szyję macicy, sięga wgłąb ku tyłowi. B. zaszył ranę szwami węzłkowatymi. *Prima reunio*.

148) Kol. BERNSTEIN spostrzegł poprzeczne rozdarcie błony śluzowej tylnego sklepienia pochwy przy pierwszym stosunku w miesiąc po porodzie u mężatki.

149) Osobiście dnia 29 maja r. b. widziałem u 32-letniej chorej, od miesiąca zamężnej, powstałe po pierwszym stosunku powierzchowne rozdarcie krocza, w posłubnej nocy. *Rigiditas hymenis adhuc intacti*.

150) Podług relacji ustnej kolegi ODERFELDA, ś. p. kol. MATLAKOWSKI spostrzegł w oddziale swoim rozzerwanie poprzeczne tylnego sklepienia pochwy u kobiety, która poprzednio rodziła. Rozdarcie powstało *sub coitu*.

Kończąc pracę niniejszą, która nie tylko dla praktyka ale i dla lekarza sądowego może mieć pewne znaczenie, upraszam Szanownych Kolegów o zakomunikowanie mi łaskawe własnych spostrzeżeń odnośnych, z jakiegokolwiek przyczyny mnie dotąd nieznanym.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

106. NEUMANN. **Kliniczne rozpoznanie żołądów.** Żołądy nie stanowią podatnego gruntu dla wtargnięcia do ustroju lasieczników gruźliczych, lecz same przez się stanowią sprawę gruźliczą. Nie znaczy to, bynajmniej, iż każdy objaw żołądów musi być koniecznie natury gruźliczej, podobnież jak nie każda choroba układu nerwowego lub skóry w przebiegu przymiotu należy do zaburzeń przymiotowych. W klinicznym obrazie żołądów przeważają objawy, które moglibyśmy nazwać paragruźliczymi.

Przedewszystkiem mamy do czynienia z obrzmieniem gruczołów chłonnych, przeważnie szyjowych górnych głębokich. Obrzmienie gruczołów powstaje wskutek zakażenia ze strony płuc — co się u dzieci zdarza nader rzadko, lub też lasieczniki gruźlicze dostają się z powietrzem lub z pokarmem do jamy ustnej. Należy zważyć, iż w narządach chłonnych może nastąpić zakażenie pierwotne; obecnie nikt już nie przeczy pierwotnemu powstawaniu gruźlicy migdałków. Nader często spotykamy u dzieci w pierwszych latach życia gruźlicę gruczołów oskrzelowych. Rozpoznanie jej nie przedstawia wielkich trudności: dzięki uciskowi gruczołów chłonnych na tchawicę i oskrzela powstaje pomiędzy 2 a 4 kręgiem szmer oddechowy oskrzelowy mocniejszy i rozleglejszy, zajmuje bowiem przestrzeń międzyłopatkową, skąd rozchodzi się po jamie nadłopatkowej, przeważnie prawej, niekiedy bywa słyszalny w jamie podobojczykowej prawej, jako oddech nieokreślony

Natomiast w dolnej części płuca prawego mamy przy prawidłowym odgłosie opukowym osłabienie szmeru oddechowego w porównaniu z lewą stroną. O wiele rzadziej spotykamy osłabienie oddechu na rękoleści mostka i ze strony lewej, częściej bywa tu wydech głośniejszy, oskrzelowy.

Przy znacznym obrzmieniu gruczołów chłonnych oskrzelowych znajdujemy w górnej części prawej przedniej strony klatki piersiowej odgłos opukowy jasny z oddźwiękiem bębnowym i nieznaczne stłumienie nad mostkiem. Objawy powyższe wraz z kaszlem, podobnym do krztuścowego, pozwalają rozpoznać gruzlicę gruczołów chłonnych oskrzelowych.

Obok zajęcia gruczołów chłonnych najczęstszym objawem zółzów jest powiększenie migdałków. Pomiędzy 3 a 8 rokiem życia można je wykazać u $\frac{1}{3}$ dzieci zółzowatych. Obrzmienie gruczołów chłonnych i powiększenie migdałków wytwarzają niebezpieczeństwo dla narządów sąsiednich. Ucisk migdałka gardzielowego na trąbkę EUSTACHIUSZA powoduje wciągnięcie błony bębnowej i przytępienie słuchu; przy najmniejszym niezycie jamy gardzielowej są zagrożone uszy; zapalenie ucha środkowego trwa w tych warunkach dłużej, niż zwykle. W jamie nosowej powstaje obrzmienie muszeli; błona śluzowa przechodzi w przewlekły nieżyt nosa. Budowa podniebienia twardego zmienia się najczęściej, jest ono wężkie i wygięte. Charakterystyczny jest wadliwy układ zębów stałych; nie mogąc się zmieścić w przykróconym wyrostku zębowym, skracają się one około swej osi lub też sadowią, na zewnątrz linii zwykłej.

Już na mlecznych zębach, w okresie ich wyrzynania się lub nieco później znajdujemy pewne zmiany, pozwalające wnosić o zółzach: obok dziąsła spostrzegamy trudne do usunięcia zabarwienie brunatne lub zielonkawe zęba, skąd się pochyla wrzodzenie (*caries*), idące dokoła korony lub szyi zębowej. Przeważnie dotyczy to górnych zębów siecznych. Prawie u $\frac{2}{3}$ dzieci z rozpoznaną skrofulogruźlicą i przeszło u połowy dzieci, zmarłych wskutek gruźlicy, znalazł autor omawiane zęby.

Obraz kliniczny zółzów ogranicza się u dzieci pomiędzy 9 a 14 rokiem życia zbiorem wspomnianych objawów: obrzmienie gruczołów chłonnych szyi, objawy gruźlicy gruczołów oskrzelowych, przewlekłe zapalenie okolicy nosogardzieliowej, stopienie słuchu, „wygląd adenoidalny“, kopułowate podniebienie, koślawe zęby, zielone ich zabarwienie na granicy dziąseł.

Oprócz tego kładą jeszcze na karb zółzów rozmaite choroby skórne, nie wspólnego z nią nie mające, np. pryszczycę w następstwie *pediculosis*, zgrubienie wargi górnej wskutek nieżyty nosa, pryszczycę przy ropnej wydzielinie z ucha, uporczywe wysypki na twarzy tłustych dzieci, znikające natychmiast po odstawieniu ich od pierś, pryszczycę wskutek *urticaria infantilis*, rzadziej — *lichen ruber*, dalej — liszajec zakaźny (*impetigo contagiosa*), zaraźliwością swą przeczący pochodzeniu skrofulicznemu. W pewnej zależności od zółzów są pryszczycę, powstałe w następstwie powiększenia migdałków i uporczywych nieżytów nosa, gardła i uszu.

Co do niektórych chorób skórnych niema wcale niezgody, są to: wilk, *lichen scrophulosorum*, *scrophuloderma*.

Podczas pierwszych 3—4 lat spostrzegamy najczęściej gruzlicę gruczołów chłonnych oskrzelowych, gruzlicę skóry i kości i chirurgiczną gruzlicę gruczołów chłonnych—jest to pierwszy okres skrofulotuberkulozy. W tymże okresie czasu w idzimy przeważną większość przypadków zapalenia opon mózgowych.

Bezpośrednio gruzlicze sprawy—zapalenie gruzlicze otrzewny, gruzlica płuc—łączą się ze wzmiankowanymi cierpieniami zółzowatymi w najrozmaitszy sposób, nadając podstawowej chorobie charakterystyczną wielorakość.

Co się tyczy ogólnych objawów, zauważyć należy, iż w pierwszych latach życia zachowują dzieci świetny wygląd ogólny, pomimo jawnych oznak skrofulotuberkulozy, gdy np. zjawiają się gruzelki podskórne gruzlicze. Czasami przebiegają sprawy żółzowate, nawet gruzlica płuc, bez podwyższenia ciepłoty ciała. W przeważnej większości przypadków rozwija się stopniowo charłactwo: dziecko chudnie, blednie, traci łaknienie, cierpi na bóle głowy, pokasłuje, wreszcie gorączkuje—przeważnie wieczorem—poci się w nocy. Przedmiotowo najważniejszym objawem jest gorączka hektyczna, którą autor spostrzegał u 62% wśród 394 dzieci, dotkniętych żółzami. Ciepłota ciała wahała się pomiędzy 37,8°—38,5°, nader rzadko była wyższa. Z tego wnosić można o konieczności dokładnego badania ciepłoty ciała u dzieci z „bezkrwistością, skażeniem skrofulicznym“ i t. p.

(*Arch. f. Kind. Tom. 24. Zeszyt I i II. 97 r.*).

M. Kraushar.

107. **MARS. Przyczynek do postępowania bezgnilnego w zabiegach położniczych i ginekologicznych.** Ścisłe postępowanie aseptyczne w operacjach na narządach płciowych od strony pochwy jest utrudnione dla następujących powodów: 1) pomimo dokładnego wyjałowienia zewnętrznych części płciowych, mogą one być zanieczyszczone podczas operacji wydaliną z pęcherza moczowego lub odbytnicy, 2) dokładne wyjałowienie pochwy jest zadaniem, jak dotychczas trudnem, nawet wówczas, gdy nie istnieją w niej stany chorobowe.

Ażeby uniknąć zetknięcia operującej ręki z pochwą i zabezpieczyć części zewnętrzne od możliwego zanieczyszczenia, zastosował autor kompresy kauczukowe 50 ctm. długie i 35 ctm. szerokie, zaopatrzone po rogach w tasiemki i mające w środku otwór o 10—12 ctm. średnicy z przyszytym doń rękawem; rękaw 14 ctm. długi, formy lejkowatej, może być zaopatrzony w cieńszym końcu w mały metalowy krążek o średnicy 8,5 lub 6 ctm., w szerszym zaś w krążek o średnicy 10 lub 12 ctm.

Sposób użycia jest następujący: operujący ujmuje końcami palców ręki, wprowadzonej do rękawa, wolny brzeg rękawa, i rozwarłszy drugą ręką srom, wprowadza do pochwy rękę, osłoniętą rękawem. Gdy ręką znajduje się w pochwie, asystent przywiązuje kompres do ud, operujący zaś przesuwając rękę przez wyściełającą pochwę rękaw do jamy macicy. W operacjach ginekologicznych zaopatruje się rękaw w wyżej opisany krążek wewnętrzny i obejmuje nim część pochwową szyi macicy. Krążek zewnętrzny, mający na celu uniknięcie wciągania się przyrządu do pochwy, używany jest zarówno w położniczych jak i ginekologicznych operacjach. Przyrząd wygotowany przechowuje się w roztworze sublimatu 1:1000 a bezpośrednio przed użyciem zanurza się na chwil kilka w roztwór lizolu.

Autor zastosował swój przyrząd w 17 przypadkach operacyjnych (obrótność nóżki, ręczne wydobycie łożyska, wysokie kleszcze, wyskrobanie jamy macicy, rozszerzenie zewnętrznego ujścia macicy) i stwierdził dogodność jego. Wobec tego należy mu nadać szersze zastosowanie szczególnie w praktyce prywatnej, gdy nagłość przypadku (krwotoki porodowe) nie pozwala na dokładne odkażenie sromu i pochwy.

(*Przegląd lekarski. Nr. 8 i 9.*)

Maksymilian Bernstein.

ODCINEK.

Z powodu artykułu p. „A. P.” „W sprawie organizacyi pomocy lekarskiej w gminie.”*)

Nie podnosiłbym głosu w tej sprawie, ani nie zabierałbym miejsca redakcyi w piśmie i nie utrudzał czytelnika ogólnikowemi tylko uwagami, gdyby artykuł, wymieniony powyżej, nie dostał się z pisma specjalnego do pism codziennych, jako „interesujący”, „cenny”, „trafiający w sedno sprawy” („Wiek” Nr. 93 z r. b.), a pochodzący ze sfer kompetentnych. Uważałbym go bowiem za wyraz osobistych przekonań autora, mimo niezaznaczenia tego przez redakcyę, chociaż celem jego ma być „zwrócenie powszechnej uwagi na to, co należałoby wprawdzie uczynić, aby pomoc lekarska, zanim się zorganizuje, mogła przynieść ludowi spodziewaną korzyść”, i „podanie w zarysie warunków, po wypełnieniu których dopiero należałoby się zająć organizacyą pomocy lekarskiej w ścisłym tego słowa znaczeniu”. Fakt jednak przedostania się pierwszej części tego artykułu, prawie *in extenso*, z odpowiednimi epitetami i dodatkami, do prasy popularnej zmienia jego znaczenie i nadaje mu charakter poważnego głosu kompetentnego, uznającego wszelkie dzisiejsze usiłowania, dążące do polepszenia lecznictwa ludowego, za „jednostronne”, niepotrzebne („tego więcej niż za mało”, jak mówi autor), i dopiero możliwe „wprowadzeniu” pożądanym, a wskazanym przez autora „ulepszeń”, w życiu i bycie ludu, i za „wymyślone przy biurku fantazy”.

Otóż chyba za mało artykułu autora na wyjaśnienie wszechstronne sprawy, a choćby tylko jej prawidłowe postawienie, artykułu bardziej jednostronnego, i bardziej przypominającego fantazyę przy biurku, niż wszelkie prace i obrady nad tą sprawą prowadzone, a za dużo, aby, przez rozpowszechnienie takich poglądów wśród ogółu, przynieść szkodę sprawie, bałamucąc ten ogół, dla którego te prace się podejmują, a który, obok tego, jest w nich mocno interesowany, gdyż musi na to wszystko dostarczać środków.

Sprawa organizacyi lecznictwa ludowego w zasadzie jest dawno rozstrzygnięta i bardzo wszędzie pożądana. Gdzie dawniej to nastąpiło i w życie weszło, na Zachodzie, przynosi wielkie usługi ogółowi i stopniowo się doskonali. W guberniach Cesarstwa, mających ziemstwa, weszła już ona na właściwą drogę, doskonalili się i zyskuje uznanie sfer najbardziej interesowanych, bo ogółu, korzystającego z nowych urządzeń, opiekującego się niemi, i dostarczającego na nie środków, a do ogółu tego i lud należy. W dziewięciu guberniach pasa zachodniego Cesarstwa sprawa ta jest na porządku dziennym, i prace i narady nad jej poprawnym odpowiedniem urządzeniem prowadzą się obecnie ciągle i cieszą się uznaniem ich potrzeby u władz i społeczeństwa („Wraczebnno-Sanitarnaja Chronika Podolskoj Gubernii”, październik i listopad 1897 r.). W warszawskiej prasie lekarskiej zaledwo od roku pojawiła się ona na szpaltach pism, po zaprojektowaniu nowej organizacyi lekarskiej w gubernii płockiej, a następnie w lubelskiej.

Wszystkie te prace są podejmowane w jednym celu uznanej potrzeby dostarczenia nie tylko ludowi, ale ludności wogóle, racjonalnej, szybkiej pomocy lekarskiej i udostępnienia jej w potrzebie, o ile na tej pomocy obecnie zbywa; wszystkie

*) Patrz Nr. 17 „Medycyny” z r. b.

są modyfikacją jednego mniej więcej praktykującego się już gdzieindziej sposobu i zastosowaniem go do miejscowych potrzeb; wszystkie mają dobro powszechne przedewszystkiem na oku. Nie o „łyżkę mikstury“ tu chodzi, jak się autor ironicznie wyraża: lek jest tylko złem koniecznym, a szybka i dostępna pomoc lekarska ciągle potrzebna.

Usiłowania takie i prace należy wszelkimi możliwymi środkami popierać, starać się je rozjaśniać, i o ile można, przyspieszać, nie zaś tamować je, gmatwać innymi projektami, usuwającymi je na plan dalszy, a nawet zniechęcać do nich i odkładać „*ad calendas graecas*“.

Można nawet mówić „*pro domo sua*“, przeciw czemu autor się zastrzega, byle mówić „*pro publico bono*“. Jest to położenie, w którym oba te cele mogą być połączone; mogą sobie odpowiadać i wzajemnie się wspierać, nie szkodząc sobie; im zaś bardziej będą szły ręka w rękę, tem lepiej, tem większy pożytek dla całego społeczeństwa wyniknie.

Tu, wzorem autora, muszę zaznaczyć że i ja przemawiam „na mocy 26-letniego doświadczenia, w ciągu którego codziennie stykałem się z niedolą ludu“ latami całemi, i „widziałem jego potrzeby“, a także poznałem jego życie i warunki bytu z bliska, nie z okna mieszkania, nie przez drzwiczki powozu, ani też z książki „przy biurku“. Byłem już w 1873 i 74 roku czynnym oficjalnie wśród grasującej po wsiach (!) cholery; miałem z nią znowu do czynienia w 1892 i 93 roku, kiedy mi znowu chodziło o zabezpieczenie od niej moich robotników kolejowych (!), gdy ona po wsiach (!) wzdłuż całej linii robót panowała, a co mi się w znacznej części udało; służyłem w t. zw. wiejskiej (!) służbie lekarskiej, w czasie czego miałem do walczenia ze szkarlatyną, odrą, tyfusem i dyfterytem po wsiach (!), byłem lekarzem przy fabryce (!) cukru; byłem lekarzem przy budowie (!) kolei. Miałem więc możliwość poznania dobroci warunków, w jakich lud żyje, i to wśród rozmaitych jego zajęć, w różnym czasie i położeniu.

Nie przeczę, że przeważnie „warunki te są najniehigieniczniejsze“, ale wiem także, iż „nie tylko lud“ w nich się obraca, jak słusznie autor utrzymuje. Poprawa tych warunków jest konieczna, i dążyć do niej usilnie potrzeba ciągle, ale nie da się ona skutecznie naprędce przy pomocy najlepszych przepisów, ani najsurowszych praw, za jakimi autor w swoim artykule przemawia.

Zależą one od bardzo rozmaitych i potężnych wpływów, które stopniowo tylko i bardzo powoli mogą być zmieniane: oświata, zamożność, przyzwyczajenie, zajęcia grają tu pierwszorzędną rolę. Zresztą w zależności od tych wpływów i warunki higieniczne są względne dla rozmaitych klas ludności, bo przecie „nie tylko lud“ z nimi się rozmija. Niehigieniczne, w całym tego słowa znaczeniu, mieszkanie średnio zamożnego i oświeconego osobnika będzie dziś jeszcze niedościgłym ideałem doskonałości dla zwykłego wieśniaka i robotnika, w t. zw. „katach“ żyjącego. A odzież ludu? Chyba ją trudno uznać za odpowiadającą wymaganiom higieny, i to nie tylko u nas. Mimo to, nie znajdujemy jej, i słusznie, między warunkami wymagającymi reformy, według autora, bo byłaby to rzecz na dzisiaj niewykonalna, a może i niepożądana, ze względu na zajęcia i pracę ludu.

Czegóż chce właściwie autor?

Oto żąda przedewszystkiem poprawy wszystkich studzien w całym kraju kosztem podatku, na inny cel projektowanego, i zmiany sposobu czerpania z nich wody; następnie surowych przepisów prawodawczych budowlanych i ścisłego ich przestrzegania i pilnowania przez władze, po za obrębem gminy stojące; potem pobudowania w każdej wsi łaźni z funduszków ogólnych, ze specjalnego opodatkowania pochodzących, z przymusową opłatą za kąpiele od wszystkich mieszkańców,

ściąganą „niezależnie od tego, czy kto z nich korzysta lub nie“; dalej pobudowania w każdej wsi domu przedpogrzebowego (wyjątku tu dla niejscowości kościelnych nie ma co robić, bo przecie kościół do tego celu, dla ludu szczególnie, ze względu na połączone z tem koszta, ze względu na miejsce rozporządalne i higienę, nigdy nie służy). Nakoniec, po tem wszystkiem, proponuje „wykształcenie zastępu babek wiejskich“.

Dopiero zaś po urzeczywistnieniu, i to powszechnem, tych desideratów pozwala myśleć o właściwej organizacji pomocy lekarskiej w gminach.

Zapewne, że proponowane przez autora projekty są dosyć ważne i wielkiego znaczenia dla zdrowia ludu, więc bardzo pożądane. Ale to są rzeczy, blisko od lat 40-tu leżące w zakresie obowiązków i działalności samorządu gminnego. To już samo dowodzi, jak jest powolny postęp w tym względzie, i jak długiego czasu na to potrzeba. Dowodzi to, że to nie są „fundamenty“, pożądane przez autora. Fundamentem takim może być i dla projektów autora dopiero i tylko oświata. Ale i pod nią nie należy rozumieć pewnego ograniczonego czasu, przez dziecko w szkółce przepędzonego, ale stopniowy jej rozwój przez pokolenia całe.

Czy wolno więc aż na tak nieograniczony czas odkładać zbawienną, potrzebną i konieczną organizację i udostępnienie leczenia dla ludu? poprawę jednej z ważniejszych jego potrzeb, źle zaspakajanej w przeszłości, niedostatecznie w teraźniejszości, i zawsze przewidywanej w przyszłości, choćby się udało najlepiej stosunki higieniczne urządzić?

Zresztą właśnie z nowoprojektowaną reformą mają powstać organy, których prawem, obowiązkiem i interesem nawet być musi oddziaływanie w kierunku poprawy tych stosunków, żądanej przez autora.

Higiena, czy ją kto zechce po nad medycynę wynosić, czy równorzędne jej stanowisko naznaczać, czy niżej stawiać, może tylko zmniejszyć w danym razie panowanie chorób i śmiertelność, ale nie usunie ich zupełnie; higiena będzie zawsze rzeczą potrzebną, medycyna zaś nagłą i konieczną; obie więc powinny się wzajemnie wspierać, nie sprzeczać się o pierwszeństwo i usuwać wzajemnie na drugi plan.

Że u nas, i chyba nie tylko u nas, „nie tylko lud“, ale prawdopodobnie $\frac{1}{10}$ co najmniej ludności żyje niehigienicznie, o tem wiemy. Chorują jednak masy całe, i nawet wśród tej $\frac{1}{10}$ części ludności, mogącej przestrzegać warunki higieniczne. Więcej powiem, nawet sfery najwyżej postawione, które z położenia i obowiązku niejako muszą i mogą przestrzegać najidealniejszą higienę, nie są wolne od wszelkiego rodzaju chorób, nawet epidemicznych i zaraźliwych, nawet przypadkowych.

Odkładać leczenie czyjekolwiek, dopóki nie zostaną usunięte braki higieniczne, byłoby to kazać człowiekowi, który wypadł z bryczki w ciemną noc i uległ złamaniu nogi czekać z jej nastawieniem, dopóki nie będą robili bryczek niewywrotnych, a drogi nie będą tak równe, że wywrócenie będzie niemożliwe, i tak ciągle oświecone, że zboczenie z toru nie będzie się praktykowało. Tak samo przywalony gruzami robotnik lub spadły z rusztowania mularz powinien pozostać bez pomocy, dopóki kamienice nie będą tak murowane, że się nie będą waliły, a rusztowania przy nich łamały. Z tej zasady należałoby uważać pogotowie ratunkowe za niepotrzebne, gdyż ludzie powinni tak się urządzać, aby wypadki od siebie oddalać. Według tego i ambulatorya, tak liczne w stolicach, także nie powinny mieć racji bytu.

Do takich bezpośrednio wniosków prowadzi artykuł autora. A jednak tak rozumować nie można. Higiena, jakeśmy powiedzieli, nie powinna się sprzeczać

o pierwszeństwo z medycyną, lecz wspierać ją, pomagać jej i iść z nią ręką w rękę, równolegle. Postęp jednej od postępu drugiej zależy.

Jeżeli więc przyszła chwila, że władze i społeczeństwo chcą myśleć o postępie lecznictwa ludowego, należy im pomagać do tego wszelkimi siłami, nie zrażać nowymi projektami, pozornie pilniejszymi, i paraliżować ich działalność. Utrzymywać, że projektowana reforma „żadnej korzyści nie przyniesie“, że lepiej za pieniądze na nią przeznaczone („opodatkowanie ludności gubernii płockiej“) „przedewszystkiem poprawić wszystkie studnie w całym kraju“, jest to podawać w wątpliwość potrzebę tej reformy wogóle, a więc uznawać ciężary, ponoszone przez ludność dla jej urzeczywistnienia, za nieprodukcyjne i źle użyte i tę ludność od tej gotowości zadość uczynienia potrzebie odciągać i zniechęcać do niej. Może tak rozumować wielu, ale lekarz, jako bliżej obeznany z przedmiotem, nie powinien.

Ze słów autora, że „lud nasz leczy się dość chętnie, i kosztów na leczenie nie szczędzi, ale tylko u tych lekarzy, którzy potrafili pozyskać jego zaufanie“, szczególnie zaś z tego dodatku końcowego, wnosićby można, że autor jest zwolennikiem t. zw. wolnej praktyki i konkurencyi, co jeszcze potwierdza uzupełnieniem, że „kandydatem na posadę lekarza okręgowego nie jest“. Życzyłby bardzo należało, żeby autor w tem miał zupełną słuszość: na zasadzie jednak faktów codziennych powątpiewać o tem bardzo można. Wyjątkowe wypadki autor rozciąga na ogół. Może i ten ogół leczy się chętnie, ale z kosztami leczenia, i to nie tylko w gotówce, ale w naturze, w przedmiotach swojej własnej produkcji lub w pracy swej, liczy się bardzo. Leczy się więc najchętniej, gdy tych kosztów w danej chwili ponosić nie potrzebuje, nadto, gdy dla leczenia nie potrzebuje od pracy codziennej odrywać ani siebie, ani nikogo ze swoich, ani swego dobytku. Aby więc się leczył, trzeba mu te właśnie warunki wytworzyć, to jest trzeba mu dać na miejscu jego zamieszkania poradę i lekarstwo w danej chwili bezpłatnie. A przecie tego potrzebuje, gdy przyjdzie choroba, albo kalectwo czasowe, jak złamanie kości i t. p. Nawet w takich warunkach nie obchodzi się on jeszcze bez przesądów, gusiel i zabobonów, które obok lekarstw stosuje, ale już na nich jedynie nie polega. Ułatwiając mu więc i uprzystępniając racjonalne leczenie, można zgubny wpływ tych praktyk zmniejszyć, a z czasem powoli wykorzenić zupełnie.

Pod koniec artykułu autor potrąca o projekt reformy lecznictwa ludowego w gubernii Lubelskiej, a raczej o naznaczoną w nim według „Prawdy“ Nr. 11 z r. b., „pensję roczną lekarza gminnego w ilości 500 rs.“. Z protestem autora przeciw tak śmiesznie niskiemu wynagrodzeniu pracy, wymaganej od lekarza gminnego, zgodzić się można zupełnie. W dzisiejszych warunkach życiowych za te pieniądze, mimo konkurencyi i trudnych wogóle warunków bytu lekarzy, chyba felczera można znaleźć. Wprawdzie autor dalej chce zupełnie „bez felczerów się obejść“ w lecznictwie gminnem, nazywając ich „działalność szkodliwą“. Ale mnie się zdaje, że pod tym względem jest także pewne nieporozumienie. Najczęściej, mówiąc o t. zw. „kwestyi felczerskiej“, nie wyróżniamy felczerów, właściwie przygotowanych w odpowiednich szkołach fachowych i wyegzaminowanych należycie, od cyrulików praktycznych jedynie, a często u nas dziedzicznych, jakimi kraj cały jest zasypany. O ile tych ostatnich działalność jest zawsze szkodliwa, o tyle pierwszych tylko zupełnie samodzielna może być taką. Felczer, wyuczony i wykwalifikowany w odpowiedniej szkole, jakie mamy w niektórych miastach gubernialnych, dostatecznie uposażony, aby służbę swoją cenił i pobocznych zarobków mógł nie szukać, i będący pod należytym kierunkiem i kontrolą lekarza, jest zawsze dzielnym jego pomocnikiem i tyle pożytecznym dla ludności, ile są takimi podobnie wy-

kwalifikowane akuszerki. Babki wiejskie nie zastępują akuszerok, tak jak cyrulicy felczerów. Lekarzowi zaś w służbie szpitalnej i publicznej, a taką jest służba gminna, bez dobrego felczera obejść się niepodobna.

Niech mi Szan. autor wybaczy ten mój protest, ale dyktuje mi go względ na dobro publiczne i przekonanie, że zaprojektowana reforma lecznictwa, choć ją autor uważa za „jednostronną“, powinna być popierana usilnie, niezależnie od postępu higieny w innym kierunku, o który starać się należy także.

Ani szkodzić sobie, ani czekać na pierwszeństwo żadna kwestya nie powinna, lecz obie, rozwijając się niezależnie od siebie, i równolegle z sobą, powinny *viribus unitis*“ przyczynić się do dobra powszechnego. My zaś, lekarze, powinniśmy zarówno dbać o obie i zależnymi od nas środkami popierać je razem i oddzielnie, stosownie do warunków im sprzyjających, obecnie zaś projektowaną reformę lecznictwa ludowego, nie „dopiero“ kiedyś, ale jaknajprędzej starać się w czyn wprowadzić.

Władysław Kossecki.

Płoskirów, gubernia Podolska, w kwietniu 1898 r.

W odpowiedzi na artykuł d-ra KOSSECKIEGO oznajmiam, że, zabierając głos w kwestyi organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego i mieszkańców osad, pragnęłam jedynie zwrócić uwagę tych, kogo to obchodzić powinno, na brak wszelkich elementarnych warunków, mogących zabezpieczyć zdrowie ludu od chorobliwych wpływów. Sądziłam, że oświeciliwszy kwestyę z tej strony, wcale jej nie „zagmatwam“, ani też na odłożenie organizacyi pomocy lekarskiej w gminach „*ad calendas graecas*“, jak mi to d-r K. zarzuca, nie wpłynę. Mimo jednakże tych zarzutów, po dokładnem przeczytaniu artykułu d-ra K., poglądu mego na tę sprawę zmienić nie mogę, bo uważam za rozsądniejsze i pożyteczniejsze naprawić wyboistą drogę i dobrze zbadać wehikuł, w którym się ma ją przebyć, aniżeli codziennie narażać się na złamanie nogi, chociażby w każdej chwili można być pewnym umiejętnej pomocy, która naprawiłaby mi uszkodzony członek. Nawet prawidłowo i pospiesznie działające „pogotowie ratunkowe“, nie powinno usypiać czujności organów, obowiązanych opiekować się bezpieczeństwem publicznem, w tem przekonaniu, że w każdej chwili da ono skuteczną pomoc zasypianym i potłuczonym robotnikom, pracującym przy niedbale stawianym budynku.

Sądzę nawet, że pomimo całego bezsprzecznie uznanego pożytku, jaki oddaje pogotowie ratunkowe, społeczeństwo tak powinno urządzać warunki swego bytu aby jaknajmniej z pomocy pogotowia zmuszone było korzystać.

Ja, zabierając głos w omawianej sprawie, także tylko dobro publiczne miałam na celu i jedynie ten względ skłonił mnie do ogłoszenia moich poglądów w specyjalnym organie. Za przewinienie zaś tego poczytywać mi nie wypada, że popularna prasa zwróciła na nie swoją uwagę (Kur. Warsz. Wiek).

Że zwrócenie uwagi na brak podstawowych, a tak potrzebnych we wsiach i miasteczkach warunków higienicznych, należy poczytać za będące na dobie, dowodzi tego i ustęp artykułu d-ra K., który utrzymuje, że pomimo 40-letniej działalności samorządu gminnego, postęp w tym kierunku jest „powolny“, chociaż to są rzeczy „leżące w zakresie obowiązków“ tej władzy. Widocznie organa samorządu gminnego nie roztaczają w tym kierunku swej działalności, chociaż byłoby to „bardzo pożądanę“.

Kończąc moją odpowiedź na zarzuty d-ra K., aby nie zabierać Sz. Redakcyi czasu, nie poruszę smutnej sprawy felczeryzmu u nas w Królestwie Polskiem. Nie

znając zaś felczerów w Cesarstwie — nie mogę o tamtejszych stosunkach wyrokować—choć trudno mi pogodzić się z myślą, abym kiedykolwiek mógł zdrowie i życie tak swoje, jako też i bliższych memu sercu powierzyć opiece napół przygotowanego w „szkolach fachowych i wyegzaminowanego naleźycie“ felczera; zresztą i d-r K. przyznaje, że tylko samodzielna działalność takiego felczera może być szkodliwa. Przecież taki felczer, pozostawiony w ambulatoryum lub w pokoju do przyjęć w ciągu kilku dni w tygodniu i mając do swego rozporządzenia przez czas niebytności lekarza aptekę, musi *volens nolens* działać samodzielnie.

Czy ja, czy d-r K. swój artykuł napisał przy biurku, dowodzić trudno — sądzą tylko, że czy kto 26 czy 25 lat praktykował między ludem, nie mógł nie widzieć niedoli jego—chyba żeby gwałtownie zamykał na nią oczy i zatykał sobie uszy bawelną.

Na ostatek dodam jeszcze, że wyraźnie zastrzegłem się przeciwko nieomylności swoich poglądów na sprawę organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu, twierdząc, że kwestyi nie wyczerpałem do dna. Sądję jednak, że aby tak ważnej sprawy nie załatwić „jednostronnie“, należy nie mieć za złe nikomu, kto zechce objawić swe zapatrywanie na nią, chociażby to był urzędowo do tego niepowołany, bo zgadzam się ze zdaniem, wygłoszonem niegdyś przez Prusa, że niema tak głupiego na świecie, aby mądry nie mógł się od niego czegoś nauczyć.

A. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W Tow. lek. berl. BELOW miał odczyt o leczeniu przymiotu i wilka światłem elektrycznem i twierdził, że otrzymuje bardzo dodatnie wyniki. Zaprzeczają temu BEHREND, SENAFOR, HELLER i MUNTER, twierdzą bowiem, że światło elektryczne nie posiada działania bakteriobójczego, chorzy zaś, uleczeni jakoby przez BELOW'a, wkrótce dostawali nawrotu choroby. (Pos. 2. III. 98).

= KIRSZON stosował przeciwpacior-kowcową surowicę BUJWIDA w czterech przypadkach płonicy i nie zauważył żadnego wpływu jej na przebieg choroby. W jednym przypadku zejście było śmiertelne. (Wracz. chron. Woroneż. I. 98).

= EICHHOFF zaleca nowy *constituens* do maści — terralinę, mieszaninę gipsu, krzemnia, lanoliny i gliceryny. Środek ten dobrze się przechowuje, nie posiada drażniących własności i nie rozkłada się pod wpływem żadnego środka lekarskiego. Maście, robione z terraliny, można zmywać wodą bez dodania spirytusu lub mydła. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 19. 98).

= CAMPBEL spostrzegł przypadek ambliopii wskutek zatrucia herbatą. Chory 46 letni mężczyzna prowadził życie zupełnie regularne, wypalał dziennie trzy fajki i wypijał szklankę piwa oraz

dwanaście szklanek herbaty. Pomimo zaniechania użycia piwa i tytoniu w ciągu dwóch miesięcy poprawa wzroku nie nastąpiła, dopiero po wyłączeniu z pożywienia herbaty nastąpiła szybko znaczna poprawa. Najczęściej ambliopię z zatrucia wywołuje tytoń i alkohol, opisana zaś należy do rzadkości. (Brit. med. Journ. 12. III. 98).

= Doświadczenia na ludziach i zwierzętach przekonały DESCHEEMAKER'a, że sacharynat sody jest jednym z najlepszych przeciwigilnych środków dla jelit. Dawka 1,0 dwa razy dziennie zmniejsza znakomicie ilość bakteryi w jelitach, szczególnie zaś ilość laseczników okrężnicy. Żadnego ubocznego przykrego działania D. nie spostrzegł. Środek należy dawać w opłatkach. (Semaine med. 20. W. 98).

= Aby zmniejszyć bolesność, występującą przy pędzlowaniu nowotworów rakowatych kwasem arsenowym (sposób CZERNY'ego,) dodaje doń BADAŁ ortoformu; pędzlowanie wówczas jest zupełnie niebolesne. B. używa następującej mieszaniny: Rp. *ac. arsenic., orthophormii aa 1,0 alcohol aq. dest. aa 75, 0, (aa 40, 0 dla roztworów mocniejszych.)* (Semaine med. 13. IV. 98).

== RAIMONDI stosował w 12-tu przypadkach powiększenia śledziony wskutek zimnicy rozpylanie eteru na okolicę śledziony w ilości 30,0 jednorazowo. Już po kilku dniach następuje zmniejszenie śledziony, która z czasem dochodzi do zwykłej objętości. (Semaine med. 4. V. 98).

== KOPLIK zwrócił uwagę na możliwość rozpoznawania odrzy w okresie wylegania się choroby na podstawie następujących zmian w jamie ustnej: na błonie śluzowej policzków, niekiedy na wargach lub języku znajdują się białoniebieskawe, okrągłe, lekko wzniesione plamy, średnicy 2—6 mm. otoczone przekrwioną błoną śluzową; liczba ich wynosi zazwyczaj 6—20 z każdej strony, niekiedy dochodzi nawet do stu; plamek tych nie można zetrzeć, lecz można je zdjąć kleszczykami bez bólu. Badania drobnowidzowe wykazują, że składają się one z nabłonka tłuszczowo wyrodniałego, nie zawierają włókienka ani bakterii. SŁAWYK sprawdził słusność zdania K. w klinice HEUBNERA na 76 dzieciach z ogólnej liczby 84-ch dotkniętych odrą, i twierdzi, że plamy te spotyka się wyłącznie w odrze; zjawiają się one pierwszego lub drugiego dnia w okresie zwiastunów i znikają z chwilą, gdy wysypka skórna zaczyna blednąć. (Semaine med. 4. V. 98).

== PONGES stosował w klinice FINGER'a tuberkulinę R. w trzech przypadkach wilka i otrzymał wynik ujemny. Jedyną zaletą tej tuberkuliny jest podług autora tylko to, że zastrzyknięcie jej nie wywołuje tak silnego odczynu, jak da-

wniejsza tuberkulina. (Wien. klin. Woch. 14. 1 V. 98).

== Badania MEYER'a w klinice LEXDEN'a wykazały, że jadowitość moczu chorych na raka jest znacznie zwiększona; do zabicia 1 kg. królika potrzeba prawidłowego moczu 65 ctm, moczu zaś chorych na raka 30 — 31 ctm. Mocz podczas zapaści lub też gotowany jest mniej jadowity. (Ztschr. f. klin. Med. T. 33. Z. 6).

== CATTANEO badał mocz dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnymi, na zawartość w nim peptonu; badany był wyłącznie mocz, nie zawierający białka. Wnioski autora są następujące: 1) peptonomocz występuje często w chorobach zakaźnych i zawsze po zastrzykiwaniu surowic leczniczych 2) żadnego znaczenia dla rozpoznania oraz rokowania objaw ten nie posiada. (Jahrb. 6. Kinderhlk. T. 46 Z. 4).

== GALLIANO przedstawił w tow. lek. m. Turyna obmyślony przez siebie bandaż, zabezpieczający od morskiej choroby. Będąc zdania, że kurcz żołądka podczas morskiej choroby zależy od podrażnienia nerwu współczulnego, a mianowicie gałęzi splotu śródbrzusznego (*pl. coeliacus*) i zwojów półksiężycowych, G. sądzi, że ucisk na żołądek i na zaopatrujące go zwoje może uśmierzać skurcze żołądkowe podobnie, jak ucisk jajników skurcze histeryczne. Doświadczenia, robione w przeciągu czterech miesięcy, wykazały zalety tego bandaża (Pos. 14. I. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. od 1-go do 4-go Sierpnia 1898. W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: 216) NUSSBAUM Henryk z Warszawy: „O wahaniach fizjologicznych odporności“ 217) Tenże: „O wpływie laktacji na powstawanie neuroz“ 218) Dr. ŻAKRZEWSKI Franciszek z Poznania: „O zwężeniach odźwiernika“ 219) Tenże: Jaką dietę mamy stosować przy nadkwasocie żołądka. 220) Dr. NOISZEWSKI Kazimierz z Dynaburgu: „Gieometrya wykreślna i wyobrażenia wzrokowe“ 221) Prof. KRÓLIKOWSKI z Lwowa: „O doszczętnej operacji przepuklin u koni“ 222) Tenże: „O ope-

racyjnem leczeniu podwinięcia powieki u psów“ 223) Dr. SPIRA z Krakowa: „O wstrząśnieniu błędnika usznego“ 224) Dr. RZEWUSKI Romuald z Arcugowa: „O etiologii ciepła zwierzęcego“ 225) Dr. Ludwik GÓRECKI z Paryża: „O ichtyolu w terapii ocznej“ 226) Tenże: „Jednostronna papilloretinitis“ 227) Prof. JORDAN z Krakowa: „W sprawie symphyseotomii. 228) Dr. Teodor BALLEBAN ze Lwowa: „Cyklochrom“ 229) Dr. M. HAGER z Pszczewa: „Przypadek ostrego zapalenia oka wskutek liszek muchy w spojówce“ 230) Dr. WŁAZŁOWSKI z Międzychoda: „Metoda leczenia krupu bez tracheotomii“ 231) Dr. Kazimierz

JARNATOWSKI z Wrocławia: „O terażniejszym stanie nauki chorób błony łącznej i rogowej, spowodowanych drobnoustrojami“. 232) Dr. Józef CHRZANOWSKI z Poznania: „O wartości obrotu wobec ścieśnienia miednicy“. 233) Dr. WISŁOCKI Jan z Łodzi: „O podtrzymywaniu krocza“. 234) Dr. STANKIEWICZ Czesław z Łodzi: „W sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy“. 235) Tenże: Temat zastrzeżony. 236) Dr. KĘDZIOR z Krakowa: „Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem piwa żelazistego na utrój.“

— Ze względu na wzrastającą z dniem każdym liczbę odczytów, zapowiedzianych na Zjazd Poznański, uchwalił komitet gospodarczy na ostatnim swem posiedzeniu czas trwania Zjazdu przedłużyć o jeden dzień, aby przez to więcej pozostało czasu dla prac sekcyjnych. Na mocy tego 8 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się dnia 1, 2, 3 i 4 Sierpnia r. b.

— W sprawie mieszkań w czasie Zjazdu raczą szanowni uczestnicy, o ile możliwości już teraz, zgłaszać się do prezesa wydziału uroczystościowego Dr. B. KAPUŚCIŃKIEGO w Poznaniu ulica Wilhelmska Nr. 11, jeżeli chcą mieć pewność, że otrzymają mieszkanie dobre i wygodne. Zgłoszenia po 20 Lipca nie dadzą się może wszystkie uwzględnić

— Na życzenie wielu uczestników postanowili obywatele W. Ks. Poznańskiego urządzić dla gości w środę dnia 3 Sierpnia zamiast balu wielki raut w Bazarze, by wszystkim uczestnikom, nawet w zwyczajnych ubiorach, umożliwić wzięcie udziału w uroczystym przyjęciu ich przez obywatelstwo wielkopolskie.

— Sekretarz stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. dr Włodzimierz BRODOWSKI obchodził w weszłym miesiącu 50-lecie swego doktoratu. Z te-

go powodu Towarzystwo przesłało telegram z życzeniami. Obecnie bowiem Szanowny Jubilat przebywa w Mühlau pod Insbrukiem.

— Wyszedł z druku zeszyt 5-ty i 6-ty tegorocznej seryi odczytów klinicznych. (Ogólnego zbiorn Nr. 113 i 114). Zasługuje on na szczególną uwagę, gdyż zawiera piękną pracę kol. A. SOKOŁOWSKIEGO „O stosunku cierpien narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“. Rzecz, napisana znanem zresztą piórem wytrawnem i pełna ważnych uwag praktycznych, składa się z 3-ch części. W pierwszej autor rozpatruje zmiany chorobowe, spostrzegane w gardzieli w chorobach ogólnych ustroju i niektórych sprawach przewlekłych, a więc w blednicy, białaczce bezkrwistości, skorbutcie, krwotoczności, chorobie WERLHOFF'a, cukromoczu, krzywicy, zółtach, artretyzmie; podagrze, cierpieniach nieswoistych dróg oddechowych, zaburzeniach w krążeniu, chorobach narządu trawienia, nerek, narządów płciowych, następnie w niektórych zatruciach (tytoń, alkohol, rtęć, jod, morfina) i w chorobach zawodowych. Część druga obejmuje cierpienia nosa we wszystkich wyliczonych stanach chorobowych; część zaś trzecia — cierpienia krtani w tych stanach. Zbytecznem jest chyba zaznaczać, że odczyt kol. SOKOŁOWSKIEGO nawiasem mówiąc, poświęcony uczestnikom VIII zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu, uważamy za nader ważny nabytek w naszej literaturze z powodu ważności omawianych w nim kwestyi praktycznych. Zarówno internista, jak i specjalista znaleźć w nim może wiele cennych uwag, skreślonych ręką autora, posiadającego w jednym i w drugim kierunku tak wielkie doświadczenie. Polecamy więc pracę tę uwadze naszych czytelników.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półroczne i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich“ księgarni Senewalda za Czerwiec.

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Юня 1898 г.

Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.