

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU PORODOWEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

CIEĆCIE CESARSKIE

Metodą Saenger'a.

Dokonał i opisał

Dr. Jakób Rosenthal,

ordynator tegoż oddziału.

W dniu 3-go Lutego 1889 r., o godzinie 11-ej z rana przywieziono do szpitala i pomieszczono w oddziale rodzących D. S., mężatkę, lat 28 liczącą. Powodem przybycia do szpitala był poród już dwie doby trwający.

Wywiady dały następujące dane: zamężna od roku. Regularność pojawiła się w 18-ym roku życia i odbywała się prawidłowo co 4 tygodnie, trwając 5 — 6 dni; ostatnią regularność miała w drugiej połowie miesiąca Kwietnia 1888 r.. Ciąża przebiegała prawidłowo, z początku bywały tylko mdłości, a nawet wymioty, które ustąpiły, gdy S.... zaczęła uczuwać ruchy płodu, co miało miejsce w połowie Września 1888 r.. W 3-cim roku życia przechodziła krzywicę, której ślady obecnie są widoczne; o innych chorobach przebytych nie wie. Bóle porodowe rozpoczęły się w dniu 1-go Lutego o godzinie 11-ej z rana.

Brunetka, o wyraźnym typie semickim, głowa duża, oczy czarne, wyraziste; twarz ściągła, blada. Odżywianie bardzo podupadłe, tak, że pokładu tłuszczowego prawie nie ma, a mięśnie wiotkie. Ciepłota ciała $38,8^{\circ}$ C., tętno 88. Wyśokość rodzącej, od wierzchołka głowy do pięt, wynosi: 102 ctm. [$1\frac{2}{3}$ łokcia]. Nogi, a mianowicie golenie kabłąkowato na zewnątrz wygięte; napiętki obu rąk zgrubiałe i zniepodobnione tak, iż wyglądają jakby rodzaj kul, przyczepionych do przedramienia, na których wiszą wolno ręce małe, o palcach grubych, niekształtnych; — Brzuch duży: objętość jego, mierzona przez pępek, wynosi 83 ctm.; od wyrostka mieczykowego kości mostkowej do spojenia kości łonowych 36 ctm., od pępka do spojenia kości łonowych 18 ctm.. W brzuchu wyczuwa się macicę, sięgającą dnem na 3 ctm. pod wyrostek mieczykowy; macica ma postać gruszkowatą i nigdzie jakichkolwiek wypukłości lub wklęśnięć nie przedstawia. Bicie serca dziecka słychać po stronie lewej poniżej pępka. Części płciowe zewnętrzne prawidłowe; błona śluzowa sromu i pochwy niebieskawo zabarwiona. Pochwa wązka, lekko sfałdowana; usta maciczne otwarte na wielkość srebrnego rubla; pęcherz płodowy napięty, za nim wyczuwa się główkę.

Główka, o ile zbadać można było przy napiętym ciągle pęcherzu, stoi wymiarem swoim poprzecznym w wymiarze poprzecznym miednicy, wklonowana w wejściu miednicy małej. Wklonowanie to spowodowane jest znaczną wyniosłością wzgórka kości krzyżowej oraz 1-go i 2-go kręgu krzyżowego, które tworzą garb wypukłością zwrócony do próżni miednicy. Miednica posiada wymiary następujące: *conjugata externa* 15½ ctm.; *distantia spinarum anter. super.* 24 ctm.; *distantia cristarum oss. ilei* 22½ ctm.; *distantia intra-trochanterica* 23 ctm.; *conjugata diagonalis* 7½ — 8 ctm.. Z powyższego wypada, że *conjugatam veram* szacować należy na 5½ — 6 ctm., a biorąc pod uwagę znaczną wyniosłość wzgórka kości krzyżowej i pierwszych kręgów krzyżowych, nie więcej nad 5 ctm..

Na zaradzie z obecnymi w szpitalu kolegami, zważając, iż dziecko żyje, za zezwoleniem rodzącej, z sił długotrwałym porodem wyczerpanej i gorączkującej, i rodziny, postanowiliśmy dokonać klasycznego cięcia cesarskiego według SAENGER'a.

Tymczasem o godzinie 2-ej pękł pęcherz płodowy. Przez chwilę zdawało nam się, iż może uda się jeszcze ukończyć poród kleszczami i w tym celu założyłem kleszcze BREUS'a. Trzy trakecje jednak wystarczyły, aby przekonać się, że to jest niemożliwe; o godzinie więc 3-ej z południa przystąpiłem do operacji.

Po zachloroformowaniu dobrze zdezynfekowanej chorej, przy czynnej pomocy kol. CHWATA i ZWEIFBAUMA i w asystencji kol. CYMERMANA, HENRYKA FRENKLA, LEBENSBAUMA, RAPPLA, BORELA, którzy przyjęli na siebie uspienie i podawanie narzędzi i tamponów z gazy jodoformowej, poprowadziłem cięcie brzuszne, poczynając na 8 ctm. nad pępkiem, i pomijając na prawo tenże, doprowadziłem na 4 ctm. nad spojeniem łonowym. Po otworzeniu warstwowem ściany brzusznej, podwiązaniu krwawiących naczyń, na zgłębniku rowkowanym otworzyłem otrzewną. W ranie ukazała się macica barwy ciemno-czerwonej. Przez ucisk ścian brzusznych macicę wysunęłem na zewnątrz i na część nadpochwową [szyję] nałożyłem podwiązkę elastyczną, grubości 7 mm., na niej zrobiłem zawiązkę i dałem do trzymania asystentowi. Zabezpieczywszy wypadające kiszki z górnej części rany wygotowanymi serwetami, zmaczanymi w 2%-wym ciepłym roztworze kwasu karbolowego, które kolega CHWAT w położeniu utrzymywał, jednym cięciem, długości 8 — 10 ctm., na przedniej ścianie macicy dokonaniem, otworzyłem takową. Kol. ZWEIFBAUM ujął dziecko za stawiające się w cięciu pośladki i wydobyl na zewnątrz, zwolniwszy wprowadzoną do macicy ręką główkę z wklonowania. W tej samej chwili podwiązkę elastyczną, na około szyi założoną, silnie zacisnąłem i końce jej ująłem w długie *pince hémostatique* BILLROTH'a. Wszelkie krwawienie natychmiast zostało wstrzymanem. Po wydobyciu łożyska z błonami, przyczepionego do tylnej ściany macicy, po zdjęciu z wnętrza macicy najdrobniejszych strzępków *deciduae*, po wymyciu dokładnem całej jamy macicy 1:3000 roztworem sublimatu, a zarazem po nałożeniu prowizorycznych szwów na skórę brzucha dla zapobieżenia wypadania kiszki, przystąpiłem do zaszycia cięcia w macicy.

Idąc za radą HOFMEIER'a (*Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie* z r. 1888. T. 14. str. 101), nałożyłem 8 szwów jedwabnych [w sublimacie wygotowanych]

w odległości 1 — $1\frac{1}{2}$ ctm. od siebie na ścianę macicy, nie zajmując niemi ani błony śluzowej wyścielającej jamę (*deciduae*), ani też otrzewnej powlekającej macicę. Szwów tych na razie nie wiązałem. Następnie katgutem jałowcowym (*Juniperus Catgut.*) zaszyłem szwem ciągłym kuśnierskim sam mięsień macicy; szew ten założyłem na dwa piętra, nie zajmując znowu ani błony śluzowej jamy macicy, ani otrzewnej. Po skończeniu tego szwu, związałem poprzednio nałożone szwy jedwabne, lekko zaciskając je, a końce krótko obciąłem. Następnie szwem kuśnierskim ciągłym zszyłem nad raną otrzewną tak, aby brzegi otrzewnej były do wewnątrz zawinięte a powierzchnie się stykały (*seroseröse Naht.* LAMBERT'a). W ten sposób otrzewną całą raną pokrytą została. Po skutecznieniu szwów podwiązkę elastyczną zluźniłem, a po wypełnieniu się krwią mięszu macicy, lekko ją uciskać począłem, przyczem macica kurczyć się zaczęła. Po przemyciu ciepłym roztworem sublimatu jamy macicy [uskuteczniłem *per vaginam* przez jednego z asystentów], przyczem ciecz wypływająca ledwo była krwią zabarwiona, macicę opuszczono — po oczyszczeniu jamy brzusznej za pomocą tamponów jodoformowych — do tejże, i przystąpiono do zeszcicia ścian brzucha. Nałożono 7 szwów głębokich jedwabnych, zajmując zarazem otrzewną, i 7 szwów powierzchownych między temiż. Opatrunek brzucha zwyczajny: jodoform i gaza jodoformowa na samą ranę, wata i opaska flanelowa na brzuch. Operacja trwała $1\frac{1}{4}$ godziny.

Dziecko [dziewczynka] po wydobyciu go z macicy zrobiło ruch oddechowy, a po włożeniu do kąpieli krzyczeć głośno poczęło. Ważyło 3780 gramów; długości 51 ctm.; obwód główki 38 ctm.; wymiar przednio-tylny od *glabella* do *protuberantia occipitis* 19 ctm.; wymiar poprzeczny między obu wyrostkami sutkowemi 21 ctm..

W pół godziny po operacyi na żądanie operowanej mocz wypuszczono, jakkolwiek przed operacją, jak zwykle, pęcherz opróżniono. Ciepłota $36,9^{\circ}$ C. tętno 88. O godzinie 10-ej wieczorem ciepłota $37,5^{\circ}$ C.; o godzinie 2-ej w nocy ciepłota $37,8^{\circ}$ C., przy tętnie zawsze 88 na minutę. Bóle w okolicy macicy przepuszczające; wymioty niezbyt silne, przypisywane chloroformowi. Do wewnątrz: lód, koniak, wino

Dnia 4-go Lutego, o godzinie 5-ej z rana, ciepłota $37,8^{\circ}$ C.; o godzinie 8-ej z rana i o 11-ej przed południem ciepłota $37,4^{\circ}$ C., tętno 88. Chora skarży się na umiarkowane bóle w brzuchu i żąda posiłku. W nocy zupełnie nie spała. W dalszym ciągu wino i lód. O godzinie 7-ej wieczorem przy ciepłocie $37,9^{\circ}$ C., tętnie 120 drobnem, silne wymioty, połączone z krztuszeniem się i trudnością oddechania: brzuch bolesny, wzdęty; macicę wyczuwa się na 2 palce pod pępkiem z prawej strony; odchód połogowy dość obfity, różowo-zabarwiony, nie cuchnący.

Ponieważ przed operacją, z powodu braku czasu nie mogliśmy wypróżnić kiszek, pierwszem więc wskazaniem, jakie się nam przedstawiało, było sprowadzić wypróżnienie i uwolnić żołądek i кишки od nagromadzonych gazów. W tym celu zrobiono irrygację do kiszek z $1\frac{1}{2}$ litra wody ciepłej. Gdy jednak wypróżnienie nie nastąpiło, przemyłem żołądek ciepłą wodą, przyczem znaczna ilość

gazów i żółci odeszła. Po przemyciu żołądka, chora uspokoiła się i w nocy nieco spała. Na brzuch zastosowano okłady lodowe.

Dnia 5-ego Lutego, o godzinie 7-iej z rana, ciepłota 38° C., tętno 90. Chora na ból w brzuchu nie skarży się; wymiotów nie ma. Ponieważ wypróżnienia nie było, zrobiono ławatywę, po której nastąpiło obfite wypróżnienie, z odejściem gazów połączone. O godzinie 8-iej wieczorem ciepłota 38° C., tętno 90. Wymioty z krztuszeniem się. Uskuteczniiono przemycie żołądka, poczem dla uspokojenia chorej i sprowadzenia snu wstrzyknięto podskórnie $\frac{1}{4}$ gr. morfiny.

Dnia 6-ego Lutego, o godzinie 7-iej z rana, ciepłota 38,2° C., tętno 88. Całą noc chora spokojnie przespala. Jeszcze jest odurzona morfiną. Wymiotów nie ma. O godzinie 12-iej w południe ciepłota 37,5° C., tętno 120 prędkie i drobne. Podano kawę czarną z koniakiem. O godzinie 8-iej wieczorem ciepłota 36,7° C., tętno jak z rana. Kilka wypróżnień wodnistych podczas dnia. Przepisano to samo.

Dnia 7-go Lutego, o godzinie 7-iej z rana ciepłota 37,4° C., tętno prędkie, drobne, trudne do liczenia, około 150 uderzeń na minutę. Trudność oddechania. Czkawka. Konanie. O godzinie 10-iej z rana chora życie zakończyła.

W parę godzin później dokonano otwarcia jamy brzusznej.

Po przecięciu szwów skórnych, ściany brzucha na całej długości rany okazały się bezpośrednio sklezione; po otwarciu jamy wylewa się płyn brudny; kiszki rozdęte zawierają dużo płynu. Macica wielkości główki 8-io miesięcznego płodu; ściana przednia jej pokryta wysiękiem brudno-szaro zielonym. Szew otrzewnej na macicy w środkowej części rozszedł się; szwy piętrowe katgutowe mięśnia macicy trzymają się, a rana macicy jest zlepioną (*prima intentio*). Po przecięciu macicy, w jamie znajduje się skrzep w rozpadzie (*endometritis et peritonitis septica*). *Conjugata vera*, od wewnątrz mierzona, wynosi 6 ctm..

Dziecko [obecnie 2½ roku liczące] rozwija się dotychczas pomyślnie.

Nie wdając się w rozbiór wskazań do cięcia cesarskiego, wskazań, które każdy lekarz praktykujący znać powinien, gdyż w danym razie dokonać powyższej operacyi jest obowiązany; nie wdając się w żadne statystyki, które w ostatnich czasach w każdym czasopiśmie lekarskiem, nawet niespecyalnie, akuszerskiem, są podawane: chcę parę słów powiedzieć, jaka, zdaniem mojem, była przyczyna niepomyślnego zejścia w danym przypadku.

Rodząca, ciałośladu i odżywienia upośledzonego, w warunkach domowych więcej niż złych, przez dwie doby miała bóle porodowe i w tym czasie niejednokrotnie badaną była przez akuszerki; wezwany lekarz polecił dopiero przewiezienie jej do szpitala. Owo badanie przez osoby, jak w tym przypadku, nie mające najmniejszego pojęcia o antyseptyce, było dostatecznym powodem do sprowadzenia zakażenia, którego wyrazem było podwyższenie ciepłoty, tem więcej, iż odporność ustroju zmniejszona była wyczerpaniem sił rodzącej wskutek dwie doby trwającego porodu. Bo jakkolwiek nienaruszony pęcherz płodowy ma niedopuszczać zakażenia, to wielkie zachodzi pytanie, czy woda płodowa zmywa wszelkie grzybki chorobotwórcze, które w ciągu dwóch dni miały dość

czasu, aby się zagnieżdżyć i znaleźć grunt przyjazny do proliferacji. Punktem więc zakażenia w danym razie było *endometrium*; *peritonitis* zaś wynikiem tegoż. Że tak jest, przekonywa przebieg choroby: najprzód bóle w macicy, po zmniejszeniu się ich odrazu ból w całym brzuchu, połączony z wzdęciem i wymiotami; a również przekonywa sekcja, przy której znaleziono w jamie macicy skrzep w rozpadzie, pomimo dwukrotnego wymycia jamy macicy roztworami sublimatu podczas operacji.

Zdaje mi się, że w podobnym, jak powyższy, przypadku racjonalnem byłoby wykonanie operacji według metody PORRO, jako usuwającej odrazu całą macicę zakażoną.

Szew katgutowy surowiczo-surowiczy na macicy w środkowej części znaleziono rozluźnionym. Szew ten był szwem ciągłym, skutecznym od początku do końca jedną nitką katgutu. Jakiż powód rozejścia się jego? Nie pierwszy raz nakładałem szew ciągły, katgutowy, surowiczo-surowiczy. W przypadkach histerektomij, zakończonych niepomyślnie, nigdy nie znalazłem na kikucie macicy rozejścia się tego szwu. Sądzę więc, że powodem rozejścia się jego były silne wymioty połączone z krztuszeniem się, które wywoływały silne niejednokrotne wstrząśnienie narządów, w jamie brzusznej nmieszczonych, a więc i macicy, a być może nie małą w tem rolę odgrywało zakażenie. Macicę zeszywałem sposobem HOFMEIER'a. Sposób ten okazał się dobrym przy zeszytciu mięśnia macicy, który znaleźliśmy zlepionym bezpośrednio. Mając jednak na uwadze powyższe rozejście się szwu surowiczo-surowiczego, katgutowego, jakkolwiek powyżej staram się je wytłómaczyć, w przyszłych przypadkach, jakie mi się zdarzyć mogą, użyję do nałożenia szwu tego — jedwabiu, jako materiału pewniejszego pod względem wytrzymałości.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

II. O AKROME GALII.

Napisał

Władysław Gajkiewicz,
ordynator tegoż oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 43].

Ostateczna przyczyna wytwarzania się w ustroju zmian, cechujących akromegalię dotychczas nie jest znana. Na przypuszczeniach naturalnie nie zbywa. KLEBS czyni je zależnemi od przerosłej grasicy, jaką znalazł na sekcji w przypadku, spostrzeganym przez siebie i FRITSCH'a. Zdaniem jego, w follikulach grasicy powstaje *endothelium* naczyń krwionośnych, który oddziela się i zostaje uniesiony przez strumień krwi aż do końców ustroju i wywołuje tam nowotworzenie się naczyń, a następnie przerost tkanek. Komórki te endotelijalne nazywa KLEBS *angioblastami*, a samą sprawę chorobową przez nie wywołaną *angiomatosis*. Potwierdzeniem tej hipotezy miało być: stłumienie odgłosu opukowego na wysokości przerosłej grasicy [ERB]; wyniki badań pośmiertnych [KLEBS, MARIE-BROCA],

które wykazały, iż w wielu miejscach ustroju tętnice i naczynia włosowate skóry były bardzo szerokie, ziejące na rozkroju, ściany ich nacieczone jądrami i otoczone tkanką nowopowstałą; wreszcie na poparcie hipotezy KLEBS'a, GAUTHIER przytacza 2 fakty, stwierdzone przez VERSTRAETEN'a, a mianowicie, iż w akromegalii ciepłota jam i powierzchni ciała mało się różni, co „*indique évidemment une vascularisation anormalement exagérée aux extrémités, qui pourrait bien être le point de départ de l'hyperplasie osseuse*“, a powtórę, iż w akromegalii tkanki mają stawiać mniejszy opór elektryczności, co by miało mówić za zwiększeniem się w nich ilości płynu [krwi]. Gdyby nawet wszystkie te fakty dowodziły istnienia rozszerzenia naczyń krwionośnych w akromegalii, to jednak nie można tego uczynić zależnem od przerostu grasicy, choćby tylko dlatego, iż są przypadki akromegalii, w których na sekcji nie znaleziono ani śladu grasicy, np. przypadek O. FRAENTZEL'a.

FREUND uważa akromegalię za zboczenie od prawa fizjologicznego, mocą którego ustrój ludzki a także antropoidów, a może i w ogóle zwierząt ssących, od chwili urodzenia się aż do ukończenia rozwoju, nie tylko rośnie lecz i ulega pewnym zmianom, bo gdy po urodzeniu rozwój czaszki przeważa nad rozwojem twarzy, tułów zaś nad kończynami, to po drugiem już zębowaniu, a zwłaszcza w okresie rozwoju płciowego [14 rok u kobiet, 16 u mężczyzn], szybko rozwija się czaszka, kończyny, wyprzedzając o wiele twarz i tułów. Anomalię wzrostu w akromegalii stawia FREUND w związku z zaburzeniami w układzie płciowym, a mianowicie z wygaśnięciem czynności płciowej, objawem istotnie niemal stałym w opisanych dotąd przypadkach akromegalii. FREUND przypomina, iż u karłów i olbrzymów zaburzenia płciowe są również faktem powszechnie znanym i przyjętym. Zdaniem tegoż, każdy człowiek w okresie rozwoju płciowego ma skłonność do akromegalii. Cierpienie to w pierwszych swych zaczątkach, niejako postać poronna, wedle FREUND'a ma być bardzo częsta, tylko ponieważ wtedy zmiany nie są daleko posunięte, osobniki takie nazywa się tylko „dziwnymi“, „niekształtnymi“ i t. d. Chociaż pod pewnemi względami stosunki wzrostu w akromegalii przypominają także u negrów i antropoidów, to nie można z tego, twierdzi FREUND, wyciągać wniosku o atawizm, gdyż u ostatnich granice wzrostu są stałe i osobniki te są płciowo zdrowe.

VIRCHOW nie zgadza się z FREUND'em, iż u kobiet rozwój akromegalii jest w związku z zaburzeniami miesiączkowania, gdyż są przypadki tego cierpienia rozpoczynające się na długo przed florescencją [np. w 11 r. życia]. Zarzut ten jednak nie wytrzymuje krytyki, gdyż FREUND wyraźnie sam zaznacza, iż akromegalia może rozpocząć się w bardzo wczesnym okresie życia, tylko że wtedy może być bardzo niewyraźną, tak, że na istniejące już wtedy pewne jej objawy nie zwraca się uwagi, aż dopiero gdy one staną się uderzającemi w oczy, co zwykło dziać się w okresie rozwoju płciowego. Większego jest znaczenia zarzut, iż w większości przypadków akromegalia zaczynała się między 20 — 30 r. życia, i że u bardzo wielu przed chorobą nie było żadnych zaburzeń płciowych, lecz że pojawiły się dopiero wtedy, gdy inne objawy cierpienia MARIE'go były już wyraźne.

Najliczniejszych zwolenników ma teoria o pochodzeniu nerwowem akromegalii, za czem, zdaniem RECKLINGHAUSEN'a, prócz zmian w ośrodkach nerwo-

wych i nerwach obwodowych, znalezionych po śmierci w niektórych przypadkach, przemawiają fakty poczerpnięte z patologii nerwowej, a mianowicie, iż przerost tkanek może być następstwem mechanicznego uszkodzenia nerwów, bywa on nadto przy *elephantiasis neuromatodes*, przy *neurofibromata multiplicia* i t. d.. PEL [z Amsterdamu] uważa akromegalię również za „*hypertrophie neurotica*“, a prócz danych przytoczonych przez RECKLINGHAUSEN'a, przypomina, iż ten ostatni w przypadku akromegalii, spostrzeganym podczas syringomyelii, znalazł nerwy obwodowe w częściach przerosłych zwyrodnionemi. GAUTHIER, opierając się na tem, iż w akromegalii mogą podlegać zaburzeniu wszystkie czynności organiczne, a na sekcji można znaleźć wszystkie organa zmienione, uważa chorobę MARIE'go za rodzaj „*trophonévrose généralisée ayant son siège dans le système nerveux encéphalique*“. Stronnicy teorii nerwowej, jedni przypisują dużą rolę cierpieniu *hypophyseos cerebri* [GAUTHIER], i tylko jej przerostowi, gdyż guzy tego organu nie powodują akromegalii; drudzy przeciwnie odmawiają mu tego znaczenia, gdyż spotykano chorobę MARIE'go u osób z *hypophysis* niezmienną [PEL, RECKLINGHAUSEN], lub u takich, u których cierpieniem było dotknięte inne miejsce ośrodków nerwowych [np. glioma w półkulach].

Z powyższego widzimy, iż patogenija akromegalii nie jest dotychczas wyjaśnioną i wraz z MARIE'm można powiedzieć, iż jest to rodzaj „*dystrophie systématisée, dont la place en nosologie serait assez symétrique à celle du myxoedème et qui affecterait, avec un organe encore inconnu de la fonction trophique (corps pituitaire?), des relations analogues à celles qui lient le myxoedème et la cachexie strumipriva à certaines lésions ou à la disparition du corps thyroïde*“.

Rozpoznanie akromegalii wogóle jest łatwe. Najwięcej jeszcze trudności przedstawiać może odróżnienie jej od „*ostéo-arthropathie hypertrophiente pneumique*“, cierpienia, opisanego po raz pierwszy przez MARIE'go w r. 1890, a polegającego na przeroście stawów i kości, głównie końców kończyn, wskutek czego ręce nie tylko stają się duże, jak w akromegalii, lecz ulegają one i zniekształtnieniu, czego nigdy nie bywa w akromegalii; palce—w cierpieniu, o którym mowa—są szerokie, a największej zmianie ulega trzeci członek (*phalangette*), który w porównaniu z dwoma innymi członkami jest mocno nabrzmiąły, kolbowaty (*doigts en baguettes de tambour, en battant de cloche, doigts hippocratique, Trommelschlägel-finger*). W akromegalii, jak widzieliśmy, proporcja wszystkich członków palców jest normalna. Paznogie są szerokie, wypukłe, długie, połupane i zagięte, jak dziób papugi, gdy w akromegalii są one płaskie i jakby za małe w porównaniu do wielkości członka. Sama ręka (*regio carpo-metacarpalis*) mało zmieniona, główki tylko kości śródręcznych trochę przerosłe; w akromegalii przeciwnie—okolica ta jest bardzo powiększoną. Napięstek w *ostéo-arthropathie hypertrophiente pneumique* ma objętość zwiększoną, koniec dolny kości przedramienia nabrzmiąły w kierunku przednio-tylnym i poprzecznym, zniekształtniony, jak w *arthritis deformans*, podczas gdy w akromegalii jeśli część ta kości jest czasami nieco zgrubiałą, to nigdy zniekształtnioną. Podobnym zmianom, jak ręka, ulega w o—a. h. p. i stopa. Palce mianowicie są wydłużone, a nadewszystko szersze, zwłaszcza trzeci członek, paznogie są ogromne i zakrzywione. Okolica *tarso-metatarsalis*

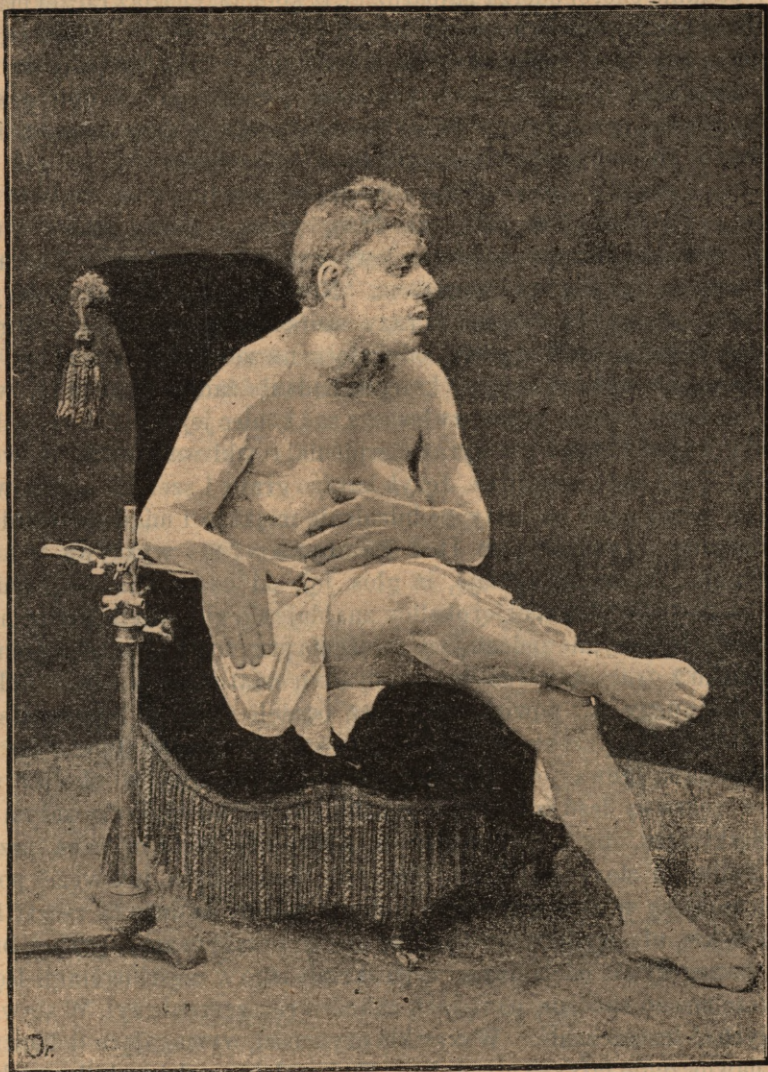
mało jest zmienioną, a najwięcej jeszcze główki kości śródstępia. Okolica kostek bardzo zgrubiała i zniekształtniona, tak, że niekiedy dolna część goleni jest grubsza niż środkowa. Prócz wymienionych, wszystkie nadto długie kości kończyn, a zwłaszcza końce ich stawowe [łokieć, kolano] mają objętość zwiększoną, przez co i ruchy są utrudnione; nadto zmienionemi mogą być: obojczyk, łopatką, mostek, żebra, kręgi — lecz nie stale; *kyplosis* bywa w *o-a. h. p.* zwykle w dolnej okolicy grzbietowej i lędźwiowej, gdy w akromegalii — jak to widzieliśmy — w okolicy szyjowej i górnej grzbietowej. Dla całości obrazu, musimy jeszcze dodać, iż w *o-a. h. p.* zmianie ulegają głównie kości, a bardzo mało części miękkie, gdy tymczasem w akromegalii ma miejsce *hypertrophie en masse* wszystkich tkanek danej okolicy. Kości czaszkowe, w cierpieniu w mowie będącem, nie ulegają zmianie. Z kości twarzy — szczęka górna ma zwykle brzeg zębodołowy zgrubiałą, a zuchwa jest niezmienioną, dlatego brak prognatyzmu, a więc wręcz przeciwnie niż w akromegalii. Często i w *o-a. h. p.* nos jest duży. Z tego, cośmy poznali, widać, iż na pierwszy rzut oka można przy powierzchownem badaniu pomieszać akromegalię z *ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique* i istotnie wiele przypadków, opisanych jako akromegalia, po bliższem im przyjrzeniu się, należy zaliczyć do tego drugiego cierpienia. MARIE czyni to dla przypadków, opisanych przez FRIEDREICH-ERB'a, FRAENTZEL-VIRCHOW'a, EWALD'a, SAUNDBY, ELLIOTT'a, SOLLIER'a. Zdaniem MARIE'go, *ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique* „*est toujours sous la dépendance d'une affection pulmonaire antérieure*“ a mianowicie, iż zależy od cierpienia oskrzeli, tkanki płuc i opłucnej. Przypuszcza on, iż pod wpływem cierpienia dróg oddechowych wytwarzają się „*des substances putrides ou fermentées*“, które po przejściu do krwi działają elektywnie na pewne części kości i stawów. Wedle badań E. BAMBERGER'a [syna], zmiany te w szkielecie zależą od *periostitis ossificans*, za przyczynę którego uważa on „*ein aus dem bronchiectatischen Secrete stammendes chemisches Agens, welches ähnlich wie Phosphor und Arsen auf die Knochen einwirke*.“

Zamieniano niekiedy akromegalię z *osteitis deformans* czyli z tak zwaną chorobą PAGET'a, cierpieniem nazwanem od autora, który je pierwszy opisał w r. 1876, jako „*on a form of chronic inflammation of bones*“, a spotykanem u dorosłych [zwykle po 50 r. życia] i polegającym na przeroscie (*hyperostosis diffusa*), a więc zgrubieniu i zniekształtnieniu dużej liczby kości szkieletu, a najczęściej czaszki, kręgosłupa, obojczyka i goleni [tak trzonu, jak i końców stawowych]. Czaszka wydaje się wtedy za dużą w stosunku do twarzy [a więc przeciwnie niż w akromegalii], której kości nie ulegają zmianie. Kości długie kończyn górnych i dolnych w cierpieniu tem są powiększone co do objętości, cylindryczne i pokryte mnogimi chropowatościami. Cierpienie to nie dotyka nigdy kości ręki, stopy i twarzy, co jest tak charakterystyczne dla akromegalii.

Od *myxoedema s. cachexia pachydermica* [CHARCOT] różni się akromegalia tem, iż w pierwszej tkanka skóry jest mocno zgrubiałą, twarz ma wyraz stępienia, kształt jej więcej okrągły [WILLIAM GULL porównywał ją do księżyca w pełni], nie ma prognatyzmu, gruczoł tarczowy jest zanikły, a stan umysłu całkiem inny, niż w akromegalii.

Jako ilustrację powyżej powiedzianego, pozwalam sobie przytoczyć następujący przypadek, spostrzegany przeze mnie w r. b. i przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 8 Kwietnia.

Chawa Lewin z Mińskiej gubernii, lat 43 licząca, zapisała się do mego oddziału w d. 24 Lutego r. b., skarżąc się jedynie na silne bóle głowy i osłabienie wzroku. Pochodzić ma ona ze zdrowej rodziny: ojciec odumarł ją przed 6 laty w 86 r. życia „ze starości“; matka żyje, ma obecnie 80 lat, jest zdrowa, a nogi i ręce ma „jak każdy człowiek“. Nikt z rodzeństwa [2 siostry] nie miał cier-



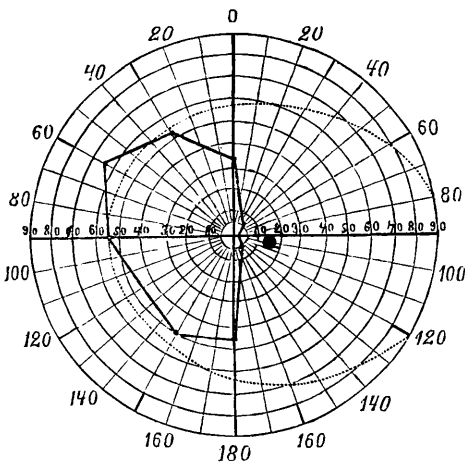
pienia takiego, jakim ona jest dotkniętą. C. L. nigdy poprzednio nie chorowała. Rodziła 6 dzieci, wszystkie żyją, są zdrowe, najmłodsze ma 6 lat. Przed 7 laty straciła miesięczkę i dotąd jej przez ten czas ani razu nie miała. Przed 2 laty dostała

bólu głowy, który z początku przychodził co pewien czas, a od roku jest prawie stały i tak silny, iż on jedynie zmusił chorą do szukania porady w Warszawie. Chora twierdzi, iż dopiero przed rokiem zwróciła uwagę, iż twarz jej, a zwłaszcza nos, ręce i stopy zwiększyły się, lecz przypisywała temu mało wagi, a wypytwana w tym kierunku, niecierpliwi się i odpowiada, iż nie widzi w tem powiększeniu nic osobliwego i że nie po to z tak daleka przyjechała, by ją oglądano, lecz by ją uwolniono od bardzo dokuczliwego bólu głowy, „na który nawet kołtun, przed 2 laty zapuszczony, nie nie pomógł.“

Przy badaniu chorej uderza najbardziej, iż kobieta, chociaż raczej małego jest wzrostu, nieproporcjonalnie ma długą twarz, duże ręce i stopy. Części te ciała nie są zniekształnione, lecz tylko niezwykle duże, jak gdyby należały do znacznie dłuższego osobnika. Nie chcąc powtarzać tego, cośmy przytoczyli przy opisie ogólnym cierpienia, ograniczymy się tylko na krótkiem zanotowaniu, iż głowa u chorej naszej nie uległa wyraźnej zmianie a tylko twarz, w tej zaś ostatniej najwięcej nos i szczęka dolna. Twarz ma postać owalną, guzy czołowe nie bardzo wydatne. Powieki górne jakby za duże, gruczoł łzowy prawy bardzo powiększony, wielkości dużego migdała; lewy znacznie mniejszy. Chora doznaje przykrego uczucia palenia w oku prawem. Nos nieproporcjonalnie duży, skrzydła jego grube, przegroda nosowa 2 razy szersza niż normalnie; wargę górną niezmienioną, a dolną bardzo grubą, odwinęta na zewnątrz; wargi są stale pół otwarte i pozwalają widzieć zęby, w których badanie żadnych zmian nie wykrywa. Cała szczęka dolna bardzo gruba, zwłaszcza zaś koniec jej przedni; zęby dolne wystają przed górnymi. Twarz ma wyraz cierpienia, rowki wargowo-policzkowe są bardzo głębokie. Uszy duże, kształtne. Język bardzo gruby i szeroki, a na powierzchni górnej jakby ponacinany na płaty; podniebienie miękkie i migdały również grube i duże. Badanie laryngoskopem [kol. FREIDENSON] nie wykrywa w krtani żadnych złożeń. Chora utrzymuje, iż głos jej, od czasu choroby, zmienił się. Szyja krótka, na prawej bocznej jej okolicy znajduje się guz, wielkości pomarańczy, gładki, miękki, ruchomy, nie zmieniający położenia przy ruchach połykowych; nie bierze on początku z gruczołu tarczowego, gdyż ten ostatni daje się dokładnie wymacać i jest raczej mały, niż powiększony. Guz istnieje od lat 6 i powoli się zwiększa. W chrząstce tarczowej i kości gnykowej nie nienormalnego. Co do tułowia, to kolumna kręgową jest nieco zgarbioną, zwłaszcza w okolicy szyjowo-grzbietowej, żebra są dość szerokie, w mostku i wyrostku mieczykowatym nie osobliwego. Sutki duże, obwisłe, wyciskać się z nich daje ciecz mleczna, przezroczysta, dość obfita, do siary podobna. Odnośnie kończyn, to, jak wyżej powiedzieliśmy, zmienione są w nich tylko ręce i stopy: są one za duże do reszty kończyn, grube i szerokie, nie wydłużone, o skórze mocno pofałdowanej, grubej, brunatnawej. Inne szczegóły nie odchodzą od typu skreślonego w części ogólnej. Ręce i stopy są zawsze mocno spocone, na rękach znaczne rozszerzenie żył. W stawach przy ruchach słychać trzeszczenie. Wszystkie czynności, wymagające delikatnych ruchów, np. nawłóczenie igły, są utrudnione. Tu i owdzie na skórze kilka miękczaków. Mięśnie wszędzie dość wiotkie, nie przerośnięte. Włosy niezmienione. Paznokcie rąk i nóg płaskie, szerokie, krótkie, z widocznymi podłużnymi prążkami. Badanie elektrycznością mięśni i nerwów nie wykazuje w nich żadnych zmian.

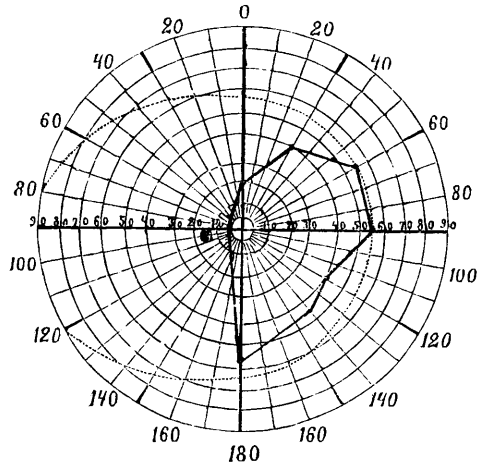
Siła dynamometryczna prawej ręki 75, lewej—65. W sferze czucia i ruchu żadnych zmian. W organach wewnętrznych, specjalnie sercu, nic anormalnego. Stępienia ERB'a, mającego zależeć od przerostu grasicy, nie wykryto. Chora nie-
złe odżywiana, apetyt ma ogromny, pragnienie nie wielkie. Skarży się ona pra-
wie wyłącznie na ból głowy, przeważnie w okolicy czołowej, nad oczami; chociaż
męczy on ją cały dzień, wieczorem jednak i w nocy staje się nie do wytrzyma-
nia, tak, że chora spędza całe noce bezsenność, płacząc, stękając i jęcząc. Ból
głowy zmniejsza się na krótki czas po jedzeniu. Ze środków lekarskich uspokaja
ją nieco morfina, chloral, a zewnętrznie chlorek etylu. Chora od czasu do
czasu [co kilka tygodni] miewa silne krwotoki nosowe. Badanie nosa prócz
przekrwienia błony śluzowej nic w nim nie wykrywa. Jednym z powodów przy-
jazdu chorej do Warszawy, jak rzekliśmy wyżej, było osłabienie wzroku. Siła
jego, badana przez kol. Z. KRAMSZTYKA, wykazała $V_d = \frac{20}{50}$, $V_s = \frac{20}{200}$; *hyper-*
metropia laevis. Oftalmoskop nie wykrył żadnych zmian w siatkówce i brodawce
nerwu wzrokowego. Przeciwnie badanie perymetrem, kilkakrotnie powtarzane
przez asystentów oddziału, kolegów WIZLA i HIGIERA, stale wykazywało znie-
sienie połowy skroniowej pola widzenia w obu oczach (*hemianopsia externa bila-*
teralis). Fakt ciekawy, iż, jak widać z załączonych figur, obraz perymetryczny
nie przedstawiał się za każdym razem jednakowo, lecz przedstawiał pewne róż-
nice. Czy to zależy od stanu napełnienia naczyń krwionośnych w przerostłej
przysadce mózgowej, czy też jest natury subiektywnej, trudno rozstrzygnąć.

Oko prawe.



Akromegalia.

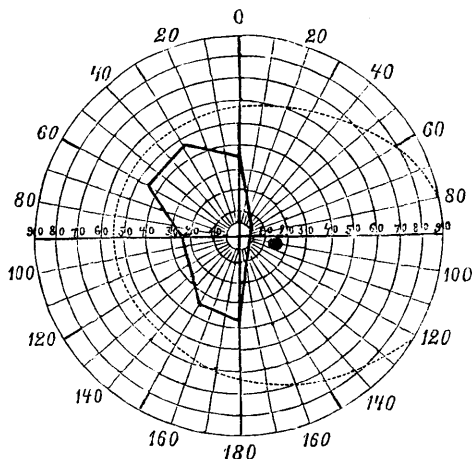
Oko lewe.



5. III. 1891.

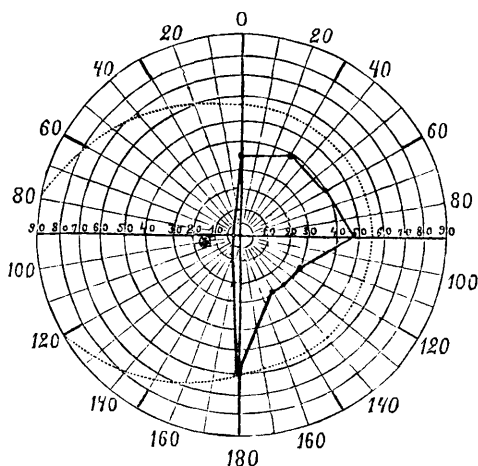
Mocz, badany dwukrotnie przez kol. MAYZLA [14 i 22 Marca], przedstawiał się jako ciecz biała, o ciężarze 1021 — 1025 — 1027 [zależnie od pory dnia], zawierał mocznika 18,12 grm. ‰, kwas moczowy zwiększony w stosunku do mocznika, urobilinę i indykan, a nadto białka 0,5—0,68 grm. *pro mille*, cukru 0,12—

Oko prawe.



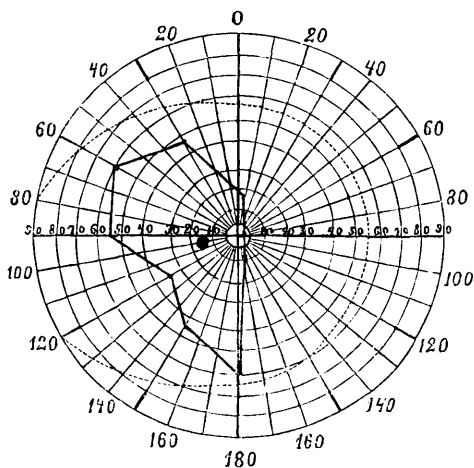
Akromegalia

Oko lewe.



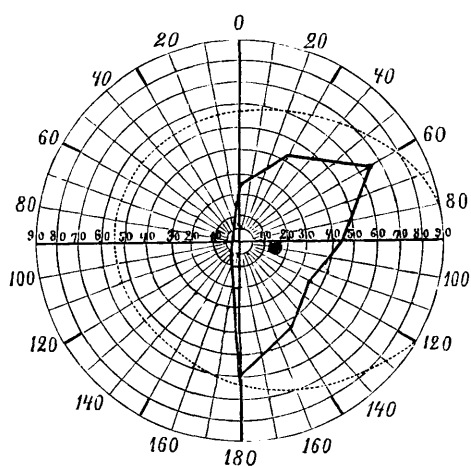
15. III. 91.

Oko prawe.



Akromegalia

Oko lewe.

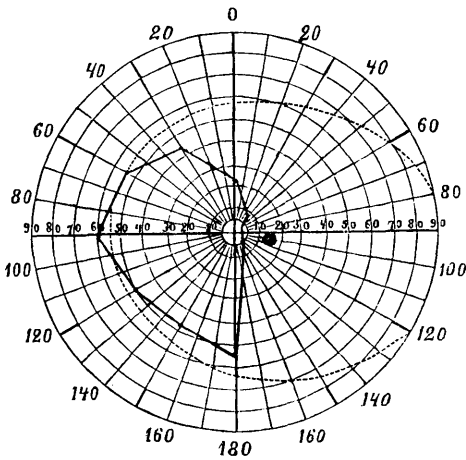


23. III. 91.

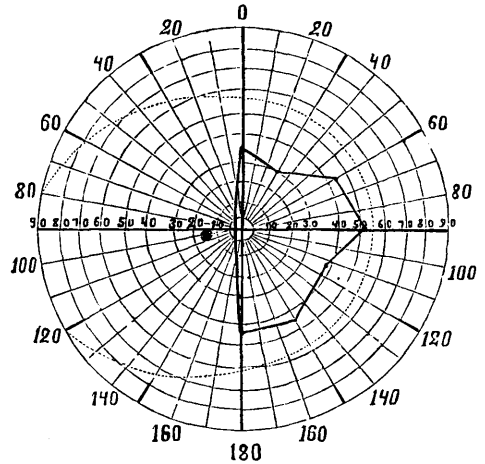
0,85 procent, oraz ślady acetonu. W osadzie zaś, badanym drobnowidzowo: niewiele ziarnistych cylindrów drobnych z pojedynczymi leukocytami. Ilość dobową moczu nie zwiększona. Badanie ginekologiczne [kol. ZWEIFBAUM] nie wykryło w macicy i jajnikach nic nieprawidłowego co do ich położenia i wielkości. Wargi sromne duże i małe, jak również i lechtaczka nie przerosła. Miesiączki chora nie miewa od lat kilku, od ostatniego porodu [lat 7]. Pobudzeń płciowych nie miewa.

Widzimy więc, iż w przypadku naszym, prócz objawów zwykłych dla większości przypadków akromegalii, istniała *hemianopsia* i widziana dotąd

Oko prawe.



Oko lewe.



Akromegalia

27. III. 91.

u bardzo niewielkiej liczby chorych, a nadto przerost gruczołu łzowego, *acetonuria* i *hypersecretio* gruczołów sutkowych, dotąd nie spostrzegane jeszcze ani razu. O ile te 2 ostatnie objawy są w jakimkolwiek związku z akromegalią, wykazać mogą dopiero dalsze spostrzeżenia.

Na zakończenie przytaczam wymiary różnych części szkieletu, dokonane przy łaskawej pomocy kol. R. JASIŃSKIEGO i ZWEIFBAUMA.

Wysokość ciała 150,5 ctm.

Długość przy rozwartych rękach 158.

Obwód czaszki 56.

Wymiar długości czaszki 18,1.

Szerokości czaszki 15,5.

Wysokość czaszki [kości czołowej] 11.

Wysokość czoła 4.

Wysokość twarzy 12.

Objętość bródka-bregmatyczna 66.

Długość szczęki dolnej 36.

Wysokość szczęki dolnej 4.

Prognatyzm 1,2.

Długość nosa 6,5.

Szerokość nosa 4,5.

Podstawa nosa 2.

Długość uszu 7.

Grubość wargi górnej 1.

„ „ dolnej 2.

„ języka 1,5.

Szerokość języka po wyciągnięciu, na wysokości kąta ust 4,5.

Długość ramienia 33.

„ przedramienia 24,5.

„ dłoni 9,2.

„ palca pierwszego 10.

„ „ drugiego 10.

klin. Woch. 1889, N° 5. PEL. Ein Fall von Akromegalie in Folge von Schreck. Berl. klin. Woch. 1889, N° 3. — FREUND. Ueber Akromegalie. VOLKMANN'S Vorträge, 1889. — FR. SCHULTZE. Ueber Acromegalie. Deutsch. med. Woch. 1889, N° 48. — FARGE [d'ANGERS]. Observation d'acromégalie Progrès méd. 1889, N° 27. — RECKLINGHAUSEN. Ueber Akromegalie. VIRCHOW'S Archiv. Bd. 119 GAUTHIER. Un cas d'acromégalie. Progrès méd. 1890, N° 21. — PÉCHADRE. Un cas d'acromégalie Revue de médecine 1890. SOUZA - LEITE De l'acromégalie. Maladie de P. Marie. Paris. 1890 THIBIERGE. De l'ostéite déformante de Paget. Archives gén. de méd. 1890. — P. MARIE. De l'ostéoarthropathie hypertrophique pneumique. Revue de méd. 1890 — SPILMANN ET HAUSHALTER. Contribution à l'étude de l'ostéoarthropathie hypertrophique. Revue de méd. 1890. — E. RAMBERGER Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Lungen und Herzkrankheiten. Zeitschr. f. Klin. Med. 1891. — RAUZIER. Un cas d'ostéoarthropathie hypertrophique d'origine pneumique. Revue de méd. 1891, N° 1.

ODCINEK.

Z A P O B I E G A N I E

(Prophylaxis)

SZERZENIU SIĘ SYFILISU.

Napisal

D-r Med. Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 42].

III.

Prostytucja w Warszawie. — Niektóre dane z działalności Warszawskiego Komitetu Lekarsko-policyjnego.

Jakie rozmiary prostytucja u nas przybrała i jak jej zaradzają, w krótkości poniżej postaram się przedstawić, podług danych, które zawdzięczam uroczliwości D-ra TROICKIEGO, Inspektora lekarskiego m. Warszawy, i p. ELENJEWA, komisarza komitetu lekarsko-policyjnego. W przekonaniu tego ostatniego, nabytem długoletniem doświadczeniem, w Warszawie i w 10-cio wiorstowym promieniu znajduje się na pół miliona ludności przeszło 20 tysięcy prostytutek i metres, a z tych ulegających kontroli lekarsko-policyjnej, czyli tak zwanych „zapisanych“ do $2\frac{1}{2}$ tysiąca. Stosunek ten zapisanych do tajnych prostytutek jest daleko lepszy, aniżeli np. w Paryżu. MAXIME DU CAMP oblicza ilość wszystkich prostytutek w Paryżu na 120 tysięcy, BARTHÉLEMY (*Congrès internat.* 1889) na 100 tysięcy, a z tych $4 - 4\frac{1}{2}$ tysięcy jest zapisanych [w r. 1888 — 4581]. W stosunku więc i do ludności paryzkiej, 5 razy większej aniżeli w Warszawie, i do tajnych prostytutek, ilość kontrolowanych jest u nas o wiele większa, jednak nie objęła tak znacznej ilości prostytutek, aby ta kontrola nie wydawała się iluzoryczną. Tajna prostytucja więc, jak wszędzie, tak i u nas, bardzo trudną jest do ujęcia w karby kontroli, chociaż wiadomo, że liczebnie prawie dziesięćkroć przewyższa tolerowaną. Staje się więc groźną dla zdrowia ludzi nie tylko z powodu swej imponującej wszędzie liczby, ale nadto i dlatego, iż takie prostytutki, będąc choremi, najczęściej się nie leczą, a jeżeli się już leczą, nie porzucają bynajmniej swej praktyki zawodowej na czas kuracji. Co do odsetki wenerycznych prostytutek tajnych, BARTHÉLEMY podaje, że na 2000 prawie przypada chorych 680, a na tyleż zapisanych tylko 143; w Petersburgu, podług SZPERK'a, prostytutek dotkniętych syfilisem [w okresie wtórnym] bywa 42,1%, w Moskwie, podług SMIRNOFF'a, 42,8 — 53,4%, w Kijowie zaś, podług statystyki NIKOLSKIEGO, do

Od 20 — 25	524
Od 25 — 30	335
Wyżej 30 lat	303
Prostytutek dotkniętych chorobami wenerycznymi było:	
Z oddzielnie mieszkających	427
W domach publicznych	660
Uchylających się od badania, przyjeżdżających i wyjeżdżających	252
Prostytutek zamiejskich	84
Zatrzymanych jako włóczęgi i podejrzanych o prostytucję	120
Prócz tego leczyło się w szpitalach:	
Aresztowanych przez policję	25
Dobrowolnie leczyło się	294
Z prowincyi	139
Razem	2001

Uderzającym tu jest, że pomiędzy prostytutkami w domach publicznych procent chorych jest tak znaczny, podczas gdy z pośród mieszkających oddzielnie chorych jest tylko 21%. Zależać to musi w znacznej części, a może i wyłącznie od tego, że leczą się one prywatnie, w lecznicach i t. d., i w odstęпах czasu między jednym a drugim badaniem przez lekarza komitetu objawy ich do tego stopnia się zacierają, że nie ma możności uznania ich za chore.

Stosunek prostytutek wogóle i prostytutek chorych do ludności miasta Warszawy jest następujący:

Liczba ludności [w r. 1889] 455852, prostytutek 2606, więc na 100 osób przypada 0,57 prostytut.. Ludności męskiej 219308, więc na 100 mieszkańców płci męskiej przypada prostytutek 1,19. Ludności żeńskiej 236544, więc na 100 osób płci żeńskiej przypada prostytutek 1,10.

Co do chorych wenerycznych, to na 100 mieszkańców stałych płci obojej przypada zarażonych chorobami wenerycznymi 0,66; na 100 mieszkańców płci żeńskiej 0,75.

Są to jednak cyfry chorych, leczonych w szpitalu i oddziale specjalnym warszawskim, ale nie jest to jeszcze prawdziwa i dokładna odsetka, gdyż nie wliczeni tu są chorzy leczeni w szpitalach wojskowych, a następnie nie wliczeni i chorzy syfilityczni, np. z objawami mózgowymi, cierpieniami wątroby, krtani, którzy rozrzućeni są w szpitalach po oddziałach wewnętrznych, z próchnieniem kości, owrzodzeniami lub zmianami w stawach, którzy na oddziałach chirurgicznych się znajdują, a z cierpieniami oka również w specjalnych oddziałach ocznych przebywają. Gdyby więc i tę ilość chorych dodać, odsetka chorych syfilitycznych [w stosunku do całej ludności], leczonych w szpitalach, przynajmniej by się potroiła.

Widzieliśmy powyżej, że na 100 osób płci żeńskiej przypada 1,10 prostytutka, pod kontrolą się znajdująca, a wraz z tajnymi, przypuszczalnie, 9—10; więcej zaś nieco niż 10 prostytutek przypada na 100 osób płci męskiej. Jeżeli jednak z ludności męskiej wyłączymy dzieci i chłopców do wieku rozwoju płciowego, to przynajmniej jedna prostytutka tajna lub tolerowana przypadnie na 6 mężczyzn. Przybliżenie możemy obliczyć i ilość osób, które przez prostytutki są zarażone w przeciągu roku. Przypuściwszy, że tajnych prostytutek mało choruje, bo np. 20%, t. j. prawie tyle, ile kontrolowanych pojedynczych prostytutek, wypadnie 4000 chorych tajnych prostytutek, które, jeśli każda średnio w ciągu roku 5 mężczyzn obdarzy jakimkolwiek cierpieniem wenerycznym, przysparzają War-

szawie kontygens 20 tysięcy chorych rocznie! Naturalnie, że całe to obliczenie nie ma żadnej ścisłości, wiele jednak ma prawdopodobieństwa i może niezbyt od rzeczywistości odległe.

Słów kilka jeszcze powiem o działalności naszego komitetu lekarsko-policyjnego.

Pomijam tu skład osobisty komitetu, powszechnie znany, i środki, jakimi rozporządza, zauważę tylko ogólnie, że i sam wygląd tego biura i procedura zapisywania i badania kobiet publicznych nie sprawiają bynajmniej przykrego wrażenia, jakby się spodziewać można było po instytucji dla prostytutek. Spokój, panujący w biurze, brak owego ruchu hałaśliwego i gwaru, względne, łagodne nawet, ale nie słabe i chwiejne obchodzenie się z prostytutkami, ułatwienia i udogodnienia, jakie im ten pożyteczny urząd robi, nie odstręczają ich bynajmniej, lecz owszem zachęcają do zapisywania się, a tem samem do korzystania z jawności procedury i niektórych przywilejów, jakie im ona zapewnia. To też znaczna większość prostytutek, gdy je tylko ajenci komitetowi śledzić zaczęą, podejrzewając je o oddawanie się prostytucji, albo też przy pierwszym lub drugim ostrzeżeniu przez komisarza komitetu, same podpisują deklarację, że poddają się kontroli lekarsko-policyjnej; dokument taki wraz z opinią komisarza komitetu i wynikiem badania lekarskiego rozpatrywany bywa przez prezesa komitetu, Oberpolicmajstra, który akt ten zatwierdza dla nadania mu pełnej siły.

W innych zaś razach, przy zapisywaniu przez sam komitet lekarsko-policyjny, trzeba bardzo wielu na to danych i faktów, aby prostytutkę kontroli poddać, i dlatego to tak niewiele ich bywa zapisanych, gdy wielka ilość jest tajnych. Dane, na jakich komitet się opiera, pochodzą z różnych źródeł; ajenci komitetu dane te sprawdzają, śledzą podejrzanę o oddawanie się prostytucji kobiety, i w razie stwierdzenia tego faktu, gdy ostrzeżenia, przez komisarza dane nie wskórać nie zdołają, wciągnięte bywają na listę prostytutek kontrolowanych. Głównym powodem do tego bywa przekonanie się, że dana kobieta bardzo często, nawet kilka razy dziennie zmienia przedmiot swej adoracji, bez wyboru żadnego, nie znając swego kawalera nawet z nazwiska, albo też skandalicznie zachowuje się w miejscu publicznym i t. p. Podejrzenie zaś oddawania się prostytucji zaczyna wzbudzać każda kobieta, która, nie mając żadnego zajęcia, ani środków utrzymania, żyje jednak i odziewa się, względnie do sfery, do której należy, bardzo dostatnio. Fabrykanci, zwłaszcza wyrobów tytuńowych, gdzie wiele dziewcząt pracuje, wiedzą zwykle, która z nich źle się prowadzi. Gdy tylko opóźniać się do roboty zaczyna, od południa przychodzi, lub dni robocze bez powodu opuszcza, już rozpuścić się oddaje; odziewać się zaczyna wtedy trochę lepiej, z pewnym zbytkiem i kokieteriją, pomimo iż zarobek jej znacznie się zmniejsza. Po kilku miesiącach zaś zwykle rzuca zupełnie swe zajęcie w fabryce.

Wymienione tylko co warunki, jakich trzeba, by dziewczynę kontroli poddać, uwalniają od tej kontroli znaczną ilość t. zw. metres i t. p. i bardzo słusznie. O ile bowiem dziewczęta publiczne są stanowczo groźnemi dla zdrowia mężczyzn, spółkując z kilku dziennie nieznanymi sobie i pierwszymi lepszymi, o tyle metresy żyją przeważnie z jednym tylko, którego co pewien czas zmieniają. Rozumie się, mówię tu o takich metresach, które z tego właśnie żyją, że są na utrzymaniu u kogokolwiek. Dla nich już najlepszą kontrolą jest ich chlebowdawca, w interesie którego leży, aby utrzymanka jego była zdrową i jego zdrowiu szkody nie przyniosła; wreszcie te kobiety najczęściej i same o swe zdrowie dbają: w razie choroby leczą się, a po wyleczeniu się znów żyją z jednym tylko i tego jednego w najgorszym razie zarażają, a nie całe dziesiątki mężczyzn, jak to zwykle prostytutki czynią.

Zapisane w Komitecie prostytutki otrzymują odpowiednie imienne książeczki, w których lekarz, po każdym zbadaniu prostytutki, notuje, czy ta jest zdrową, czy

chorą. Jeżeli jest chorą, t. j. jeśli ma jakiekolwiek nadżarcia owrzodzenia i t. p. organów płciowych zewnętrznych, czy na szyję macicznej, czy wypływ ropny, czy też wysypkę na skórę, odsyła ją na kurację do szpitala, po wyjściu z którego, lekarz komitetu znów jest obowiązany prostytutkę zbadać. sprawdzić, czy nie ma żadnych pozostałości przebytego cierpienia, a tem samem czy może ona oddać się znów swemu przemysłowi. Z 6-ciu lekarzy komitetu, przypada na każdego dziennie badanie do 48 kobiet publicznych i t. p..

Badaniu lekarskiemu podlega prostytutka 2 razy, raz na tydzień, a czasem i rzadziej [np. służące, bony]. Odbywa się to w urzędzie, czy też w domu publicznym, albo wreszcie w wyjątkowych razach w prywatnem mieszkaniu lekarza. Za niestawienie się do oględzin, bez dostatecznej przyczyny, jak: obłożnej choroby, wyjazdu i t. p., prostytutka jest sądownie karana, zwykle więzieniem do kilku tygodni. W roku np. 1889 było sądownie karanych 258 dziewcząt publicznych.

Do oględzin lekarskich kobiety kontrolowane zjawiać się zwykle muszą ze swą książeczką. Urząd jednak uwzględnia interesy prostitutek, które im często nie pozwalają przechowywać swego dokumentu w domu, i sam je przechowuje, zapewniając wszelką dyskrecyję, tak, że o wielu prostytutkach tylko komisarz i lekarz wiedzą; nadto i to ułatwienie im jeszcze komitet czyni, że pozostawia im do wyboru dzień i godziny oględzin lekarskich. Takie zachowywanie dyskrecyi ze strony urzędu i uwzględnianie interesów prostitutek chyba zupełne tylko uznanie dla komitetu wzbudzać może. Gdyż rzeczywiście, służąca, bona i t. p. w mieszkaniu swych chlebodawców tak znieślawiającego dokumentu przechowywać nie może, bez uzasadnionej obawy, że chlebodawcy o jej drugim procederze kiedyś przekonać się mogą, a wtedy miejsce utraci i jako publiczna kobieta jeszcze niżej upadnie, chcąc na utrzymanie kompletne tym przemysłem zarobić. Służące, bony i t. d. zwykle tak niedostatecznie są płatne, że na odzież i inne potrzeby pensya ich nie wystarcza, drogą więc prostytutcy często starają się niedobory swego budżetu dopełniać.

Samo badanie odbywa się w oddzielnym na ten cel przeznaczonym gabinecie lekarskim, odpowiednio dzisiejszym wymaganiom urządzonym. przy wszelkim zachowaniu antyseptyki, z czem obznajmić się mogłem, dzięki chętnie dawanym mi objaśnieniom przez kol. SKABICZEWSKIEGO, któremu głównie to urządzenie gabinetu komitet lekarsko-policyjny zawdzięcza.

Do przytoczonych danych dodać jeszcze musimy, że prowokacja uliczna przez policyję jest wzbroniona, że wzbronionem jest krążenie prostitutek we dnie po ulicach, a że zmierzchem w pewnych tylko dzielnicach krążyć mogą, że mają wyznaczone tylko pewne ulice na zamieszkanie i t. p.. Nadto jeden szpital specjalny dla prostitutek i chorych wenerycznych i jeden mój oddział specjalny w szpitalu ogólnym, uzupełniają już wszelkie rozporządzałne środki w celu ograniczenia szerzenia się syfilisu.

Czy one wystarczają, czy wyczerpują już wszystko to, coby w tym celu zrobić można? Porównajmy ten stan rzeczy u nas z projektami dziś ogólnie aprobowanemi, a poznamy niektóre braki, jakieby uzupełnić należało.

Impuls tego nowego kierunku dała komisya francuzka, a różne prace i broszury, jak MIREUR'a, NEUMANN'a, POSPIELOFF'a, STUKOWENKOFF'a i innych, prace kongresu paryzkiego i berlińskiego w zasadzie też same poglądy wygłaszają, różne tylko projektują zmiany w szczegółach, oraz zmiany do miejscowych warunków się odnoszące. Ze stanowiska prawnego, kwestyję kar za zarażenie i t. p., w celu ograniczenia lekkomyślnego nabawiania ludzi choroby, niektóre z prac poruszają, lecz to już mniej ważną odgrywa rolę, mniej fortunnym jest pomysłem, może nawet byłoby i demoralizującym, gdyby w praktyce okazało się możliwem. Wiemy przecież dobrze, że niejednego w domach publicznych okradli, że za to domy owe sądownie ukaranemi by były, a skradzione przedmioty pokrzywdzony by odzyskał; jednak, chociaż kradzieży takich jest bardzo wiele,

sprawy sądowe na palcach by można policzyć. A dlaczego? Każdy chętnie okupuje, nawet dużą stratą, uniknięcie skandalu publicznego, rozgłaszanego jeszcze, jako *curiosum*, przez pisemka dzienne, bo nikt nie zechce nadwierać swych stosunków rodzinnych i familijnych, nieraz i pozycyi, przez zamieszanie się do sprawy z prostytutką lub domem publicznym. Z pewnością jeszcze mniej chciałby ktokolwiek poszukiwać na prostytutce lub właścicielu domu publicznego za to, że w tymże domu syfilisem lub tryprem się zaraził. [C. d. n.]

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Racz, Szanowny Redaktorze, nie odmówić pomieszczenia następujących słów kilku odpowiedzi na artykuł D-ra BARĄCZA ze Lwowa w sprawie moich uciskadeł kiszkowych, opisanych w N. 31 „Gazety“.

Kol. BARĄCZ „nie może uważać uciskadła mojego za nowe“, ponieważ jest w posiadaniu podobnych, podanych przez MAKINS'a. Te ostatnie mają tyle wspólnego z mojemu, że jak jedne, tak i drugie posiadają skrzyżowane ramiona. Różnią się zaś pod wielu względami. Najprzód, moje uciskadło wolne jest od śrubek, których przy narzędziach, używanych w chirurgii jamy brzusznej, z łatwo zrozumiałych względów unikać należy. Nadto, ramiona w narzędziu MAKINS'a schodzą się pod kątem ostrym, a przy zaśrubowaniu ręczki ucisk ich staje się nierównomiernym, *resp.* przy końcu ucisk staje się znacznie silniejszym, niż przy szyjce; tym sposobem brzeg kiszki, do której przyczepia się krézka, oraz ta ostatnia podlegają silniejszemu uciskowi, przez co powstać może na krézce odleżyna lub przedziurawienie tejże, czego moje uciskadło nie powoduje. Aczkolwiek za zasadę uważać należy unikanie wogóle zbyt silnego ucisku kiszki i użycie go na tyle tylko, żeby zawartość kiszkowa nie przechodziła przez ranę kiszkową, to gdyby komu zależało na zastosowaniu większego ucisku, to można w moim uciskadle siłę uciskającą powiększyć, obwiązując szyję jego grubą ligaturą.

Są to dostateczne okoliczności, odróżniające moje uciskadło od MAKINS'owskiego, o istnieniu którego dopiero dowiedziałem się po ogłoszeniu mego artykułu.

Uciskadło moje, dwukrotnie użyte przez kol. CIECHOMSKIEGO i raz przezemnie, w zupełności odpowiadało zadaniu swemu.

Przyjm, Szanowny Redaktorze, wyrazy prawdziwego szacunku.

Warszawa, d. 25 Października 1891 r.

Hipolit Oderfeld.

Nadesłano do Redakcyi.

Rocznik lekarski na r. 1892, wydany przez D-ra FRITSCHEGO. Rok XIII.

WOLBERG. Psychologija dziecka. Warszawa, 1891.

DANIŁO i PRZYCHODZKI. O wynikach wieszai we władzie mleczu za pomocą aparatu MOCZUTKOWSKIEGO. Kraków. 1890.

DANIŁO. Ob izmienienii t. naz. kolennago refleksa. Petersburg. 1891.

DANIŁO, K uczeniu o miotonii. Petersburg. 1891.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni Wendego i S-ki za Wrzesień 1891 r.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава, 17 Октября 1891 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska 29.