

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 33.

Warszawa d. 2 (15) Sierpnia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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 Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego. Napisał D-r T. Heiman. — Wybroczyny krwawe podczas napadu epileptycznego. Podał d-r Z. Bychowski. — Przyczynek do kazui styki nowotworów pierwotnych pochwy. Podał d-r H. Raszkas. (Dokończenie). — Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi. — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** „Płóć i zwyrodnienie“. Spr. d-r W. Chodecki. — Korespondencya „Medycyny“ z Krynicy. — List otwarty do redakcyi „Medycyny“. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Contribution au traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne. 2) D-r Z. Bychowski — Eechymoses pendant un accès épileptiques. 3) D-r H. Raszkas — Contribution à la casuistique des néoplasmes primitifs de la vagine.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. Heiman — Ein Beitrag zur Behandlung acuter Mittelohrentzündungen. 2) D-r Z. Bychowski — Blutextravasate während eines epileptischen Anfalls. 3) D-r H. Raszkas — Ein Beitrag zur Kasuistik der primären Neubildungen der Scheide.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego.

Napisał

D-r Teodor Heiman.

(Odczyt wypowiedziany w Tow. Lek. Warsz. 2. VI. 1903).

Na 11 zebraniu Towarzystwa otologicznego niemieckiego w Trewirze (16, 17 maja 1902), jakoteż na 74 zebraniu lekarzy i naturalistów niemieckich w Karlsbadzie (21 — 27 września 1902) oraz na zebraniu Towarzystwa oto-laryngologicznego lekarzy francuskich (maj 1902, T. XVIII) omawiano sprawę leczenia ostrych zapaleń ucha środkowego, i przedmiot ten, zwłaszcza

w Towarzystwach niemieckich, był przedmiotem gorących i niekiedy namiętnych rozpraw i debatów. W zgromadzeniach tych zajmowano się głównie sprawą przecięcia (paracentezy) błony bębenkowej w ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego. Podczas gdy jedni byli za jak najwcześniejszem i jak najobszerniejszem stosowaniu tego rękoczynu leczniczego, inni natomiast gorąco powstawali przeciw nadużywaniu tej operacyi, starając się ograniczyć ją do *minimum*.

Wliczbie orędowników pierwszej kategorii na pierwszym miejscu postawić należy prof. O. KÖRNER'a z Rostoku. Podług niego wskazane

jest przecięcie błony bębenkowej, skoro tylko wysięk w jamie bębenkowej daje się stwierdzić; tam zaś, gdzie istnieje wypuklenie błony bębenkowej, gorączka i bóle, zaniechanie tej operacji jest błędem nie do darowania ¹⁾. Opierając się na statystyce 78 przez siebie leczonych przypadków, dochodzi KÖRNER do wniosku, że, im później błona bębenkowa przecięta zostaje, tem dłużej trwa okres gojenia; tam zaś, gdzie operacja ta nie została wykonana (42 przypadki), a błona bębenkowa uległa samowolnemu przerwaniu, wyleczenie nastąpiło wogóle daleko później. KÖRNER uważa nadto wczesne przecięcie błony bębenkowej za ochronę przeciw powikłaniom ze strony wyrostka sutkowego; zauważył bowiem, że na 90 operowanych wyrostków sutkowych w pewnym czasie tylko w 19 przypadkach wykonano przecięcie błony bębenkowej, a z pomiędzy tych tylko 4 razy we wczesnym okresie zapalenia. Autor ten operował 405 razy na wyrostku sutkowym w sprawach ostrych i przewlekłych ucha środkowego, i we wszystkich tych przypadkach tylko 43 razy doszło do operacji na kości pomimo wykonania przecięcia błony bębenkowej, które wykonane zostało wogóle 1200 razy. GRUNERT, pierwszy asystent kliniki usznej w Halli, powiada ²⁾, że w tejże klinice, jeżeli u chorych po zastosowaniu środków przeciwzapalnych nie następuje poprawa w przeciągu 24 godzin, to wykonywa się przecięcie błony bębenkowej, dodaje wszelako, że z liczb statystycznych dziennika poliklinicznego kliniki w Halli okazuje się, że w połowie przypadków nie było wogóle mowy o przecięciu błony bębenkowej. Zwolennikami wczesnego przecięcia błony bębenkowej są też w Niemczech BERTHOLD, LEUTERT, OSTMANN, BÜRKNER, w Austrii GOMPERZ, MÜLLER, we Francji LUBET-BARBON, M. CHAVASSE, CASTEX, LUC i LERMOYEZ. Podług GOMPERZ'a i MÜLLER'a, przecięcie błony bęben-

kowej może dawać tylko pomyślne wyniki; zaś skutkiem wyczekiwania spostrzegano nieraz zle następstwa. CASTEX twierdzi, że, mając wątpliwość, czy w danym przypadku przeciąć błonę bębenkową lub też nie, skłania się zawsze ku przecięciu; gdyż po niem następstwa zapalenia ucha środkowego szybko znikają. W tym mniej więcej sensie wyraża się też JANSEN, uważa on operację tę za zbawienną i woli ją raczej wykonać nieraz niepotrzebnie, aniżeli zaniedbać w przypadku, gdzie była konieczna. Przedstawicielami drugiej kategorii są: PIFFL, ZAUFAL, SIEBENMANN, KRETSCHMANN, a w pewnej mierze BEZOLD, GOMPERZ i GRUNERT.

PIFFL, opierając się na długoletniem doświadczeniu i licznym materiale w klinice ZAUFAL'a, jako też i sam ZAUFAL wystąpili przeciw wczesnej i zbyt często wykonywanej operacji przecięcia błony bębenkowej w sprawach zapalnych ucha środkowego. Podług nich w większej liczbie przypadków wystarcza leczenie miejscowe i wewnętrzne; nawet gdy się zebrała ropa w jamie bębenkowej, to może ona uleść wessaniu lub wylać się przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a. Tylko wtedy, gdy pomimo leczenia miejscowego objawy nie zmniejszają się 7—8 dnia choroby, można zrobić próbę przecięcia błony bębenkowej. Przecięcie to nietylko że nie przynosi żadnej korzyści w zapaleniach, wywołanych przerostem migdałka gardzielowego, lecz jest często wprost szkodliwe, gdyż wpływa niekorzystnie na przebieg zapalenia, pomijając już tę okoliczność, że powstaje możliwość wtórnego zakażenia (BEZOLD). W przypadkach, które mają od samego początku przebieg ciężki, wczesne przecięcie błony bębenkowej jest całkiem bezpożyteczne. Pomimo takiego postawienia wskazań do przecięcia błony bębenkowej nie spostrzegano ani w klinice ZAUFAL'a, ani też w klinice SIEBENMANN'a, który też jest zwolennikiem takiego sposobu leczenia, wzmożenia się powikłań ze strony wyrostka sutkowego, zmuszających do wykonania na nim rękoczynów operacyjnych.

¹⁾ A. f. O. T. 56. Str. 87.

²⁾ A. f. O. T. 57. Str. 115.

GOMPERZ twierdzi, że metoda ZAUFAL'a dobra jest w lekkich postaciach zapalenia ucha środkowego. BEZOLD, jakkolwiek jest zwolennikiem przecięcia, nie uważa go jednak za środek, ratujący życie. KRETSCHMANN jest zdania, że przy stosowaniu przecięcia błony bębenkowej pamiętać trzeba, że większa część zapaleń ostrych ucha środkowego przechodzi pomyślnie bez pęknięcia błony bębenkowej. Błona bębenkowa czerwona i wypukłona, lekkie stopnie gorączki nie upoważniają jeszcze do przecięcia błony bębenkowej; potrzeba zaś wykonania natychmiastowego tej operacji przytrafić się może wyłącznie w przypadkach najrzadszych. Należy czekać 24 godziny lub dłużej, ażeby się przypadek dany lepiej rozjaśnił.

Wobec takiej niezgodności opinii rozmaitych szkół otyatrycznych i autorów, która zdaje się być następstwem niepewnego działania przecięcia błony bębenkowej, a także wobec tego, że i u nas przecięcie błony bębenkowej w sprawach ostrych zapalnych ucha środkowego dość często zbyt wczesnie, bez należytych wskazań wykonane zostaje i, jak się nieraz przekonałem, że znaczną szkodą dla chorych, pozwolę sobie wypowiedzieć w tem miejscu stanowisko moje w tej kwestyi, stanowisko, które wyrobiłem sobie przez długoletnie i bardzo bogate doświadczenie. Nie powiem nic nowego o leczeniu tych spraw ucha środkowego; jedynem mojem zadaniem jest przedstawić, jak z mego punktu zapatrywania należy leczyć sprawy zapalne ostre ucha środkowego, głównie zaś, w jakich razach należy wykonać przecięcie błony bębenkowej.

Jak wiadomo, to SCHWARTZE w r. 1875 powołał na nowo do życia przecięcie błony bębenkowej, operację, dawniej znaną, lecz później zupełnie zarzuconą i zapomnianą wskutek nadużywania jej i wykonywania bez wszelkich wskazań przeciw najróżnorodniejszym cierpieniom narządu słuchowego. SCHWARTZE, wskrzeszając tę operację, przepowiedział, iż z czasem zajmie ona ważne stanowisko w leczeniu rozmaitych spraw

chorobowych ucha środkowego. Klasyczne wskazania, postawione przez niego do wykonania przecięcia błony bębenkowej, po dziś dzień prawie nie straciły ze swego znaczenia. Podług SCHWARTZE'go³⁾ wskazane jest przecięcie błony bębenkowej: w ostrych sprawach zapalnych ucha środkowego, 1) w celu opróżnienia wysięków w jamie bębenkowej przy ciężkich ostrych nieżytach, gdy ilość wysięku tak jest obfita, że błona bębenkowa zostaje wypukłona, lub też gdy przy przedmuchiowaniu, wykonanem przy pomocy cewnika, brak szmeru wysłuchowego. Przy wysiękach surowicznych — tylko wtedy wskazane jest, gdy głuchota i szum ucha są znaczne, i gdy poprawa słuchu po częstem stosowaniu cewnika jest krótkotrwała; 2) w zapaleniu ropnem ucha środkowego, gdy samowolne otwarczenie się błony bębenkowej opóźnia się. Z dawniejszej pracy SCHWARTZE'go⁴⁾ widać, że podług niego za opóźnienie się samowolnego pęknięcia błony bębenkowej w ostrych sprawach ropnych uważać należy czas dłuższy nad trzy dni. Dodaje on wszakże, że w formach gwałtownych zapalenia ucha środkowego w szkarlatynie i tyfusie należy zastosować jaknajwcześniejsze przecięcie błony bębenkowej, gdyż przez to udaje się często zapobiedz niewyleczalnym sprawom następczym w narządzie słuchowym, pozostającym całe życie. Należy też wczesnie otworzyć błonę bębenkową, gdy ta jest nadmiernie zgrubiała, co przeszkadza samowolnemu jej pęknięciu. W ostatnim razie operacja na błonie bębenkowej może wprost uratować życie.

SCHWARTZE, jak już z przedstawionych wskazań nietrudno wywnioskować, dzieli sprawy ostre w uchu środkowym na nieżytowe i ropne. Uważa on wprawdzie taki podział za nieuzasadniony z punktu widzenia anatomicznego, ponieważ i wydzielina śluzowa zawiera zawsze wię-

³⁾ SCHWARTZE. Handbuch der Ohrenheilkunde. 1893. T. II. Str. 741.

⁴⁾ Die chirurgischen Krankheiten des Ohres. 1885. Str. 177.

kszą lub mniejszą ilość pierwiastków komórkowych..., znajduje go wszelako usprawiedliwionym dla względów klinicznych i praktycznych, gdyż obrazy chorobowe i sam przebieg obydwóch tych form w rzeczywistości różnią się od siebie, a także i leczenie każdej z nich bywa zasadniczo odmienne. SCHWARTZE nie odróżnia wszelako formy klinicznej, znanej pod nazwą *otitis media acuta simplex*, którą przeważnie zalicza do form nieżytowych. Pominięcie tej formy klinicznej wprowadza pewien zamęt w stawianiu wskazań leczniczych, gdyż, trzymając się takiego podziału, lekarz z małym doświadczeniem nie raz nie zda sobie sprawy, jak ma postąpić w przypadkach, przebiegających z większym lub mniejszym odczynem, których za nieżyt uważać nie można, a jednak i sprawy ropnej stwierdzić niepodobna. Z tego powodu podział, przyjęty przez POLITZER'a, WALB'a, JACOBSON'a, uważam za racjonalniejszy. Ci autorzy także przyjmują podział na nieżyty i zapalenia ucha środkowego. Do pierwszych zaliczają przypadki, w których istnieje przekrwienie, obrzmienie śluzówki jamy bębenkowej oraz wysięk surowiczy lub śluzowy. Te formy chorobowe przebiegają stale lub prawie stale bez jakichbądź objawów odczynowych, i przy nich brak też objawów zapalnych na błonie bębenkowej. Jak widać, takie pojęcie nie jest równoznaczne z pojęciem nieżytów, podanem przez SCHWARTZE'go. Zapalenia ucha środkowego rozwijają się wśród ostrych, mniej lub więcej gwałtownych objawów odczynowych, i pod względem klinicznym odróżniane są dwie formy: t. j. zwyczajne i ropne zapalenie ucha środkowego. W pierwszej — powstaje wysięk surowiczy, śluzowy, czasem śluzowo-ropny, przy czem błona bębenkowa zostaje lub też nie zostaje przedziurawioną. W drugiej — wysięk już bardzo szybko przyjmuje własności ropy, i prawie bez wyjątku błona bębenkowa ulega przedziurawieniu. Taki podział ze względów rozpoznawczych i rokowania, a głównie leczniczych, jest najracjonalniejszy. Wprawdzie podział ten,

tak samo, jak podział, podany przez SCHWARTZE'go, nie opiera się na podstawach anatomicznych, ale w praktyce okazuje się bardzo do brym, i trzymając się go, najracjonalniej postawić można wskazania lecznicze, ewentualnie wskazania do przecięcia błony bębenkowej. Dla tego też w pracy niniejszej będzie mowa tylko o leczeniu spraw zapalnych w znaczeniu, dopiero co wypowiedzianem, z pominięciem zupełnem właściwych spraw nieżytowych.

(D. e. n.)

WYBRO CZYNY KRW AWE

podczas napadu epileptycznego.

Podał

D-r Z. Bychowski.

Od kilku lat chirurgdy opisują przypadki urazu klatki piersiowej, którym towarzyszą bardzo liczne wybroczyny krwawe na twarzy, szyi, błonie śluzowej jamy ustnej i t. d. (PERTHES, BRAUNE i w. in). U nas sprawę tę niedawno z punktu widzenia chirurgicznego i ogólnie patologicznego wyczerpująco omówił kol. KOSSOBUDZKI¹⁾. Drugi też przyczynek kazuistyczny — chirurgiczny zawdzięczamy kol. BEHRENS'owi²⁾. Że analogiczne objawy i to w bardzo wybitnym stopniu występować mogą przy zupełnie odmiennych warunkach, dowodzi następujący przypadek.

Chodzi tu o 26-letnią niezamężną szwaczkę, która od wielu lat od czasu do czasu zgłaszała się do mnie ze skargami na ból głowy, bezsenność, brak apetytu i t. p. Nigdy pomimo dokładnego badania żadnego „organicznego“ cierpienia u chorej nie znajdowałem. Tak samo nie budziła we mnie nigdy podejrzania istnienia u niej jakichkolwiek bądź „dużych“ lub „małych“

¹⁾ Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej. Medycyna 1902.

²⁾ Przypadek ucisku klatki piersiowej i brzucha Medycyna 1903.

napadów padaczkowych. Figurowała u mnie zawsze z rozpoznaniem anemii i neurastenii. Raz tylko widziałem (rok temu) chorą w stanie silnego przygnębienia. Obawiała się bowiem jakiejś „choroby umysłowej“. Stan ten trwał podobno kilka tygodni, i pacjentka wróciła do dawnego swego wesołego usposobienia.

21. XII. 1902. pacjentka wstała, jak zwykle, w najlepszym humorze, ubrała się przed lustrem, nie zauważywszy żadnych zmian na twarzy, i po śniadaniu zajęła się zwykłą swoją pracą. Jak długo pracowała — nie pamięta, bo wogóle przebieg tego dnia znikł jej z pamięci. Ale sądząc z dokonanej roboty, przypuszcza, że pracowała mniej więcej do godziny 12-ej po południu. Chora przez cały czas siedziała sama w pokoju, jak zwykle, przy oknie. Koło 1-ej po południu pacjentka nagle się budzi i ku zdumieniu swemu spostrzega, że, zamiast przy oknie przy maszynie, znajduje się na łóżku, oddalonym od okna na kilka łokci. Jest przytem cała jakby „złamana“ i odczuwa ogromny ból głowy. W celu napicia się herbaty wchodzi do swej sąsiadki. Ta, zoczywszy naszą pacjentkę, wykrzykuje z przerażenia, chora bowiem ma całą twarz „jakby spaloną“.

I rzeczywiście, kiedym chorą po kilku godzinach zobaczył, byłem tak samo jej wyglądem ogromnie zdziwiony. Zwykle blada twarz była cała cyanotyczna i gęsto usiana mniejszemi i większemi wybroczynami krwawemi. Zwłaszcza uwydatniały się pod tym względem czoło, górne powieki i okolice *o. zygomatici*, które czyniły zdaleka wrażenie jednego dużego wylewu krwawego. I prawa okolica pozaszczękowa nie była wolna od licznych wybroczyn. Szyję opasywały dwie równoległe cyanotyczne smugi, pokropione małymi wylewami krwawymi. Jedna z tych smug znajdowała się mniej więcej po środku szyi, druga tuż nad obojczykami. Smugi były o brzegach zupełnie równych, prawie ostrych — okoliczność, która z początku obudziła we mnie podejrzenie, czy nie są sztucznie naumyślnie zrobione. Cała

prawa łącznica robi wrażenie jednego wylewu krwawego. Jama ustna usiana małemi wybroczynami krwawemi. Dno oczu bez zmian. Mocz przezroczysty, koloru żółtego, bez krwi. Zresztą żadnych innych zmian ani ze strony serca, ani ze strony narządu nerwowego niema. Chora jest bardzo przygnębiona i uskarża się na silny ból głowy.

Przyznaję, że nie potrafiłbym może odrazu całego tego dziwnego zdarzenia sobie wytlómaczyć, gdyby nie przypomniało mi przypadku, który przed 9 laty, niestety pobieżnie tylko, miałem sposobność obserwować. Szło wtedy o 30-letniego, dobrze zbudowanego stróża, miewającego od czasu do czasu napady padaczkowe, u którego po jednym takim napadzie, przy którym była obecna żona chorego, wystąpiła masa większych i mniejszych wybroczyn krwawych na całej prawie twarzy i górnej części klatki piersiowej. Widziałem wtedy chorego wkrótce po napadzie i dowiedziałem się od niego, że takie „plamy“ już kilka razy zdarzały się u niego po napadach drgawkowych.

Widok więc wyżej opisanej chorej wskrzesił we mnie wspomnienie o tylko co wzmiankowanym stróżu-epileptyku, i natychmiast zadałem sobie pytanie, czy i u naszej chorej nie mamy do czynienia ze skutkami napadu epileptycznego. I po rozważnem zastanowieniu się potwierdzającą odpowiedź dać muszę.

Cała, że tak powiem, *mise en scène* napadu wskazuje na jego epileptyczny charakter. Bardzo znamienna jest ta amnezya, która wystąpiła. Pacjentka nie przypomina sobie, kiedy i wskutek czego dostała się do łóżka. Należy przypuścić, że napad poprzedzony został jakimś przykremitem sensacyami, które zmusiły chorą do zaprzestania pracy i szukania odpoczynku w łóżku. Kiedy się dostała do łóżka, upadła prawdopodobnie twarzą na dół. Przypuszczenie takie uzasadniam tą okolicznością, że te dwie smugi na szyi, o których wyżej wspomniałem,

i które, jak i w przypadku PICHLER'a³⁾, o którym będzie jeszcze mowa — zależne były od wysokiego sztywnego kołnierzyka, na tylnej części szyi były mniej wyraźne, aniżeli na przedniej. Zdaje mi się, że, gdyby chora leżała twarzą do góry, to właśnie na tylnej części szyi wskutek oparcia się o twarde kołnierzyk smugi byłyby więcej uwydatnione. Zresztą, może być, że włosy chorej zmniejszały na tylnej części szyi ucisk kołnierzyka. (Wszystkie te pod względem klinicznym mało znaczące szczegóły mogą nabrać dużego znaczenia pod względem sądowo-lekarskim). Przygnębienie i zmęczenie chorej zupełnie przypominały analogiczne stany popadaczkowe. Nie wskazywało na jakiś uraz, który, jak wykazał PERTHES i in., podobny zbiór objawów, jakimiś u naszej chorej widzieli, wywołać może. Otrucia CO nie mogło być, bo od kilku dni nie palono w piecu (było ciepło na dworze).

Przyjmując pod uwagę wszystko, com powiedział, trudno się nie zgodzić, że nasza pacjentka uległa napadowi epileptycznemu, podczas którego, dzięki okolicznościom, o których później będzie mowa, wystąpiły zastoiny *resp.* wybroczyny krwawe na twarzy i szyi. Powstaje też pytanie, czy to był pierwszy napad, i czy mamy prawo uznać chorą za dotkniętą padaczką. Zbytecznym jest dodać, jakie ogromne znaczenie praktyczne pytanie to posiada. Jakkolwiek znam pacjentkę od wielu lat i nigdy, jak już wyżej zaznaczyłem, nie znalazłem żadnego objawu, któryby chociaż na chwilę obudził we mnie podejrzenie w kierunku padaczki, pomimo to wszystko nie jest wyłączone, że wśród tej ogromnej nawałnicy skarg neurastenicznych, którymi mnie chora zwykle obrzucała, przeoczyłem może jakiś objaw, który na istnienie ukrytej padaczki wskazywał (*petit mal* i t. p.).

Opisany wyżej przypadek nie należy, właściwie mówiąc, do wielkich rzadkości. W znanych monografiach BINSWANGER'a i GOWERS'a o padaczce znajdujemy wzmianki o tem, że podczas napadu lub po nim występować mogą małe wybroczyny krwawe. Ale, o ile z tych pobieżnych wzmianek sądzić można, autorzy ci widywali to zjawisko w bardzo słabym stopniu. Do takich ogromnych rozmiarów, jak w przypadku PICHLER'a i moim, wylewy te w przypadkach BINSWANGER'a i in., zdaje się, nie dochodziły. Tembardziej, że w moim, a tak samo w przypadku PICHLER'a nikt samych drgawek nie widział, i tylko istnienie wybroczyn krwawych na podejrzenie w tym kierunku naprowadziło. Dalej cechuje te 2 przypadki i ta okoliczność, że osoby, o których mowa, nigdy poprzednio żadnych napadów nie przechodziły.

Z punktu widzenia rozpoznania różniczkowego trzeba, ma się rozumieć, uwzględnić tu jeszcze histeryę. Szkoła CHARCOT'a⁴⁾ ogłosiła nie mało przypadków, gdzie u osób, histeryą dotkniętych, zjawiały się nagle wybroczyny krwawe. Ale byli to zawsze ludzie, co oddawna piętno „wielkiej nerwicy“ na sobie nosili i wieloma innymi objawami pochwalić się mogli. I sam sposób zjawienia się i nagłego znikania tych objawów był w owych przypadkach zupełnie odmienny, niż w moim. Chora moja i PICHLER'a nie „paradowały“ swemi „maskami“, jak to czyniły chore GILLES de la TOURETTE'a i in.

Co się tyczy mechanizmu powstawania tych wybroczyn podczas napadu epileptycznego, to jest on, zdaje mi się, łatwiejszy do wytłomaczenia, niż przy zwykłych urazach⁵⁾. Jest to rzecz powszechnie wiadomą, że twarz podczas napadu epileptycznego nabiera mocno czerwonego, a czasami wprost cyanotycznego koloru. „Przyczyną

³⁾ Bemerkungen über Stauungsblutungen insbesondere infolge eines epileptischen Anfalls. Centralblatt f. innere Medicin. 1903. N. 4.

⁴⁾ GILLES de la TOURETTE. Traité de l'hystérie. Paris. 1895. Considerations sur les ecchymoses spontanées et l'état mental des hystériques. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1890.

⁵⁾ Por. pracę KOSSOBUDZKIEGO, l. c.

tej biernej hyperemii szukano zawsze w ucisku na żyły szyjowe ze strony skurczonych mięśni szyjowych" (BINSWANGER). Jest to godne uwagi, że i moja chora i pacjent PICHLER'a mieli na sobie podczas napadu sztywne obcisłe kołnierzyki. Do zwykłego więc wskutek napadu epileptycznego zastoju żylnego dołączył się jeszcze w naszych przypadkach bardzo poważny *plus* dzięki tym ciasnym kołnierzykom. Kołnierzyki te mogły nawet przez chwilę odegrać tu smutną rolę „stryczka“ i odpływ żylny zupełnie wstrzymać. Wynikiem tego wszystkiego były właśnie te wieloliczne wybroczyny, które i u wisielców nierzadko podobno spostrzegać można.

Wybroczyny u mojej chorej znikły zupełnie dopiero po 3 tygodniach. Chora od tego czasu znowu się cieszy zupełnie zadawalającym stanem zdrowia. Niedawno jeszcze raz ją dokładnie zbadałem i żadnych objawów ani histeryi, ani padaczki nie znalazłem.

Z pracowni patologicznej szpitala Żydowskiego
w Warszawie.

Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy.

Podał

D-r H. BASZKES.

(Dokończenie.— Patrz Nr 32).

Już wyżej wspominaliśmy, że tylko część wysp komórkowych całkowicie zapełniona jest komórkami, większość zaś posiada światło wskutek obwodowego rozmieszczenia komórek, przypominającego układ nabłonka w gruczołach. Przytem w jednych wyspach światło jest małe, w innych zaś mniej lub bardziej znaczne, choć w obydwóch komórki ułożone są przysciennie w jednej lub kilku warstwach.

Wyspy o świetle znaczniejszem wykazują jeszcze jedną osobliwość: oto niezbyt rzadko w tych wyspach widać na skrawkach brodawko-

we występy, wchodzące w światło wyspy. Centralną część takiej brodawki zajmuje jakby boeczna odnoga kanału międzywyspowego, kończąca się ślepo na wierzchołku brodawki. Odpowiednio do wpuklenia się kanału wpukła się, nie przerywając swej ciągłości, śródbłonek, za którym dopiero idzie warstwa komórek, wyściełających ścianę „wyspy“.

Niekiedy odnoga kanału ma światło szerokie; w innych przypadkach światło się zwęża, tak samo jak światło kanałów międzywyspowych, aż do zupełnego zniknięcia i pozostawienia na swem miejscu pasma, złożonego z 2 warstw śródbłonek, przylegających do siebie, i posiadającego pewne podobieństwo do pasma tkanki łącznej. I tutaj, tak samo jak przy analizie pasm międzywyspowych, barwienie według van-GIESSEON'a wykazuje, że pasma nie są łącznotkankowe.

Komórki, wyściełające *resp.* wypełniające wyspy, nie wszędzie mają kształt jednakowy. Przeważa forma kubiczna i cylindryczna, znajdujemy wszakże również wyspy, wypełnione komórkami wielokątnymi.

Pewną stałą zależność kształtu komórek od kształtu i charakteru wysp można było uchwycić. Mianowicie, przy całkowitem wypełnieniu wysp komórkami te ostatnie miały przeważnie wielokątne kształty, zaś kiedy pozostawało światło, i komórki wyściełaly ścianę wysp, przeważały komórki cylindryczne niskie. Wysokie cylindry spotykały się przeważnie na brodawkowych występach.

Dziwną na pierwszy rzut oka budowę miała jedna, tutaj jeszcze nie wyliczona kategoria wysp komórkowych. Oto spotykaliśmy wyspy, w których pomiędzy wypełniającymi je komórkami o charakterze nabłonkowym przebiegały pasemka śródbłonkowe, zaczynające się często przy ścianie i ginące wśród wyspy, nie rzadko wszakże również nie pozostające w żadnym związku z obwodem wyspy. Klucz do wyjaśnienia tej budowy dają wyspy komórkowe z bro-

dawkami. Znajdują się wśród nich takie, które są tak obficie usiane brodawkami, że ostatnie zajmują większą część lub nawet całe światło, przyczem wierzchołki brodawek stykają się ze sobą w środku wyspy. Jeśli w takiej wyspie zaciśnięte zostaną światła kanałów w brodawkach, wskutek czego zetkną się ze sobą obiedwie warstwy śródbłonka, otrzymamy obrazy wysp, zupełnie wypełnionych komórkami, pomiędzy którymi przebiegają pasma śródbłonkowe. Komórki w wyspach takich mają przeważnie kształt cylindryczny.

Czy wszystkie wogóle wyspy, wypełnione komórkami, powstają z wysłanych komórkami na obwodzie przez rozrost brodawek i późniejszy zanik pasem śródbłonkowych, czy też komórki, wyścielające obwód „wyspy“, mogą mnożyć się aż do zupełnego wypełnienia światła bez udziału brodawek, tego rozstrzygnąć niepodobna.

Obecność światła w wyspie komórkowej, zdaje się, może być również i objawem wtórnym, mianowicie skutkiem centralnej nekrozy komórek z następnym rozpuszczeniem się ich; wtedy otrzymujemy światło nieprawidłowe i mniej lub bardziej obfity detryt komórkowy w niem.

Ze szczegółowej morfologii komórek mięszu nowotworowego zaznaczyć należy szczegóły następujące: w komórkach znajdowaliśmy zawsze tylko jedno jądro kształtu kulistego lub jajowatego o wyraźnej sieci chromatynowej i centralnem jąderku. Jądro w stosunku do ciała komórkowego jest niewielkie i leży centralnie lub mniej lub bardziej obwodowo — stałej lokalizacji oznaczyć niepodobna.

Co się tyczy ciała komórkowego, to niekiedy przedstawia ono zwykły typ protoplazmy, dobrze się barwiącej (w obwodowych częściach guza w drobnych wysepkach komórkowych), przeważnie zaś różni się znacznie od tego typu.

Przedewszystkiem ciało tych komórek nie barwi się zwykłymi sposobami — barwniki

wchłania jedynie rąbek cienki obwodowy, podczas kiedy reszta pozostaje bezbarwną; niekiedy oprócz rąbka obwodowego barwią się jeszcze cienkie pasemka, stanowiące jakby przegrody, dzielące ciało komórki na kilka części.

Barwienie metodą van GIESSON'a dało również wyniki ujemne — ciało komórek pozostawało niezabarwionem.

Musimy ztąd wnioskować, że komórki mięszu nowotworowego zawierają w dużej ilości substancję, która nie jest ani zwykłą protoplazmą, ani hyaliną, kolloidem, amyloidem lub mucyną, lecz albo tłuszczem, albo też glikogenem.

Rozstrzygnąć kwestyę, która z tych dwu substancji znajdowała się w naszym przypadku, okazuje się niemożliwością. Procedury, przez które przeszły preparaty, ciągną za sobą rozpuszczenie zarówno tłuszczu, jak i glikogenu; na skrawkach naszych więc znajdujemy tylko miejsce, w którem jedna z tych substancji, a może obie się znajdowały.

Usiłowaliśmy znaleźć choć resztki glikogenu za pomocą metody jodowej ¹⁾, lecz otrzymaliśmy wyniki ujemne. Wskutek zabarwienia jedynie rąbka obwodowego ciała komórek powstawały obrazy, które na pozór zdawały się wykazywać istnienie substancji międzykomórkowej, mianowicie owe rąbki łatwo można było uważać za taką substancję międzykomórkową. Barwienie metodą van GIESSON'a i EHRlich-BIONDI'ego pokazało jednak, że rąbki owe nie mają cech substancji międzykomórkowej tkanki łącznej, lecz zwykle cechy protoplazmy komórkowej.

Na zakończenie opisu naszego guza winniśmy jeszcze dodać, że w kilku miejscach znaleźliśmy w nim wybroczyny krwawe, przyczem zarówno światło alweol, jak i światła kanałów

¹⁾ Zob. O LUBARSCHE, Beiträge z Histologie d. von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwulste. Virchow's Archiv. Bd. 135. Hft. 2.

między niemi wypełnione były krążkami krwi, i że w tkance łącznej, opasującej guz, znaleźliśmy w kilku miejscach drobne wysepki, złożone z kilku komórek, identycznych z komórkami mięszu nowotworowego — wysepki te nie wykazywały żadnego związku z ogólną masą mięszu nowotworowego.

Ukończywszy w ten sposób opis wyników badania naszego nowotworu, przejść musimy z kolei rzeczy do jego rozpoznania.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że z opisu już wynika, iż nie należy on do typów zwykłych, w których rozpoznanie na podstawie schematu stereotypowego zrobione być może. Wobec tego uciec się musimy do wyszukiwania kryteriów dyagnostycznych bardziej złożonych.

Gdyby możliwe było znalezienie wskazówek co do genezy mięszu nowotworowego, rozpoznanie byłoby już rzeczą łatwą. Niestety jednak w guzie rozwiniętym wobec tego, że nowotwory nie rosną przez przekształcenie nowotworowe, zarazanie otaczających guz tkanek, lecz same z siebie, [RIBBERT⁸⁾, BORST⁹⁾], wskutek mnożenia się tkanki nowotworowej, znaleźć nie można miejsce, któreby na pewno uważać można za przejście od tkanek normalnych do nowotworowych. Genetycznego rozpoznania zrobić nie można, trzeba się więc zadowolnić porównaniem z podobnymi guzami, których opisy znaleźliśmy w literaturze.

Materyał do porównania w naszym przypadku nie będzie bogaty.

Dwa guzy podobne do naszego opisał VOLKMANN¹⁰⁾; duże podobieństwo wykazują również nowotwory *glandulae caroticae*, opisane

przez MARSCHAND'a¹¹⁾, PALTAUF'a¹¹⁾ i HEINLETH'a¹²⁾.

VOLKMANN widział na preparatach swoich 2 nowotworów okrągłe skupienia wielkich wielokątnych komórek, ostro odgraniczone i pokryte jedną warstwą śródbłonka; skupienia te nie leżą tuż obok siebie, lecz oddzielone są od siebie wolną przestrzenią. W ten sposób pomiędzy skupieniami powstają szczeliny (*Spalträume*), w których znajduje się krew, tak iż prawie cała powierzchnia skupień komórkowych kąpie się we krwi¹¹⁾.

Podobną budowę posiadają wspomniane guzy *glandulae caroticae*.

Zobaczymy teraz, jak VOLKMANN objaśnia ich pochodzenie i budowę.

Rzecz cała zaczyna się od rozrostu naczyń włosowatych. Wokoło tych naczyń pojawiają się duże komórki peritelialne, różne i formą i wielkością swoją i charakterem jąder od komórek śródbłonka naczyń. W miarę rozrostu naczyń komórki peritelialne mnożą się i wskutek wzajemnego ucisku nabierają kształtu wielokątnego. W dalszym przebiegu rozwoju naczynia tworzą, jak w młodej tkance łącznej, sieć, w której oczkach skupiają się wciąż mnożące się komórki peritelialne. W ten sposób tworzą się większe lub mniejsze skupienia komórek (*Zellhaufen*), otoczone ze wszech stron naczyniami włosowatymi, a ponieważ tkanka łączna nie przyjmuje udziału w rozroście nowotworowym, więc w rezultacie skupienia komórek oddzielone są od siebie podwójną warstwą śródbłonka¹¹⁾.

Obrazy VOLKMANN'a wykazują wszakże tylko podłużne przekroje naczyń, zaś rozmaite przekroje skupień komórkowych. A z historii rozwoju, przedstawionej przez VOLKMANN'a, na-

⁸⁾ H. RIBBERT. Lehrbuch d. allgem. Pathologie u. d. allgem. pathol. Anatomie. 1901. Absehn. XIX.

⁹⁾ M. BORST. Die Lehre v. den Geschwulsten 1902. Bd. I. p. 3 5.

¹⁰⁾ R. VOLKMANN. Ueber endotheliale Geschwulste u. s. w. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 41. 1895 p. 13 4.

¹¹⁾ Id. id. pp. 60 i 149.

¹²⁾ V. HEINLETH. Beitr. z. Histologie d. Perithelioma glandulae caroticae. Centralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. 900. Bd. XI. p. 599. Por. BORST, op. cit. Bd. I. Mikroskop. Atlas Taf. XIV. fig. 73, 74, 75.

¹³⁾ VOLKMANN. Op. cit. p. 60 i Taf. III. Fig. 15.

¹⁴⁾ Ibid. p. 145.

leżałoby się spodziewać obrazów innych; mianowicie, przeważnie poprzecznych lub skośnych przekrojów naczyń i wypełnienia wolnych przestrzeni pomiędzy nimi zlewającymi się w ogólną masę skupieniami komórek. Jednym słowem, skupienia komórek posiadałyby według hipotezy rozwojowej VOLKMANN'a na skrawkach tę postać, jaką w rzeczywistości posiadają naczynia, te ostatnie zaś — postać, jaką w rzeczywistości mają, zgodnie z opisem jego, skupienia komórek.

Jeśli więc objaśnienie rozwoju i usprawiedliwienie rozpoznania „*Perithelioma*“ czyli „*Sarcoma alveolare peritheliale*“, przedstawione przez VOLKMANN'a dla opisanych przez niego guzów, nie wydają się nam słusznymi dla nich, to tem mniej słuszne mogą one być dla guza naszego, w którym sprawa komplikuje się jeszcze obecnością skupień komórkowych z centralnem światłem na kształt gruczołów i skupień, usianych wyrostami papillarnymi.

Kwestya obecności lub nieobecności krwi w kanałach o ścianie śródbłonkowej nie gra tu żadnej roli. W naszym przypadku krwi w nich nie było, ale tłumaczy się to łatwo wyciśnięciem jej, jak wody z gąbki, podczas operacji.

Objaśnienia genezy i charakteru guzów *glandulae caroticae* wcale tu nie dotknę — błądzi się tu jeszcze w ciemnościach zupełnych wobec braku dostatecznych wiadomości o budowie i historii rozwoju samego organu.

Nie wiele więc do wyjaśnienia charakteru naszego guza przyczynić się mogą opisy podobnych guzów, znalezione w literaturze — nie do starczyły one nam nie po za tem, co stwierdzić mogliśmy na własnych preparatach.

Nie chcąc jednak tak bez wszelkiej etykiety pozostawić nowotworu, nie ograniczyliśmy na powyższem naszych usiłowań i dalej poszukiwaliśmy analogii z opisami i rysunkami, istniejącymi w literaturze.

Przy tej okazji przekonaliśmy się, że rysunki wielu śródbłoniaków, a szczególnie nad-

nerczaków są identyczne z rysunkami naszego nowotworu, choć opisy autorów od naszego się różnią. ASKANAZY¹⁵⁾, ULRICH¹⁶⁾, KELLY¹⁷⁾, LUBARSCH¹⁸⁾, HANSEMANN¹⁹⁾ i inni w opisach mówią „o sieci naczyń włosowatych, której oczka wypełnia miąższ nowotworowy“, rysują zaś wyspy komórkowe (ze światłem lub bez), otoczone anastomozującymi kanałami o ścianie śródbłonkowej, przylegającej do zewnętrznej powierzchni wysp. Nigdzie na rysunkach znaleźć nie można zwykłych poprzecznych przekrojów naczyń, które musiałyby się spotykać, gdybyśmy mieli do czynienia z „siecią naczyń“, i któreby zasadniczo zmieniły cały charakter guzów.

Morfologicznie guz nasz jest więc, sądząc z tego, identyczny z guzami, które z różnych powodów z większem lub mniejszem uzasadnieniem autorowie zaliczali do śródbłoniaków i szczególnie nadnerczaków.

Czy i nasz guz zaliczyć do jednej lub drugiej kategorii?

Na wiarę autorów, dla których histogeneza takich guzów jest jasna, możnaby to zrobić, zastrzegając się wszakże, że do uzasadnienia tych rozpoznań naszym zdaniem jeszcze daleko.

W kazuistyce guzów pochwoowych przypadek nasz jest zupełnym unikatem.

Odległe podobieństwo, jakie możnaby znaleźć między nim a guzem, opisanym przez KLIEN'a²⁰⁾ jako „*Lymphangioendothelioma cavernosum haemorrhagicum*“, a przez J. VEIT'a zaliczonem do raków²¹⁾, przez innych zaś nawet do

15) M. ASKANAZY. Die bösartigen Geschwülste der in d. Nieren eingeschlossenen Nebennierenkeime. Ziegler's Beitrage. Bd. XIV. p. 33.

16) A. ULRICH. Anat. Untersuch. über ganz u. partiell verlagerte u. accessorische Nebennieren etc. Ziegler's Beitrage. Bd. XVIII. p. 589.

17) A. KELLY. Ueber Hypernephrome d. Niere Ziegler's Beitrage. Bd. XXIII p. 280.

18) O. LUBARSCH. Op. cit.

19) D. v. HANSEMANN. Ueber Nierengeschwülste. Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. XXIV. p. 1 i Taf. I fig. 56. Taf. II fig. 8, 9. Die mikroskopische Diagnose d. bösart. Geschwülste. 1897, p. 166, fig. 79, 80 Ueber „Endotheliome“. Deutsche medic. Wochenschrift. 1896. Nr. 4. p. 53.

20) R. KLIEN. Op. cit.

21) J. Veit. Op. cit. p. 365.

nadnerczaków²²⁾, znika przy dokładniejszym porównaniu.

Pozostajemy więc wobec nierozstrzygniętego pytania, wymagającego dalszych badań. Sądzimy, że opis charakterystycznej budowy, na którą, (jeśli nas sąd o rysunkach i opisach, tycających się wielu śródbłoniaków i szczególnie nadnerczaków nie myli), nie zwracano należytej uwagi, choć ją widywano, będzie bodźcem do

ponownego zbadania wątpliwych guzów i przyczyni się do wyświetlenia genezy ich dziwacznej budowy.

Na zakończenie niechaj mi wolno będzie podziękować raz jeszcze d-rowi ROSENTHAL'owi za pozwolenie użytkowania notatek klinicznych, a d-rowi STEINHAUS'owi za powierzenie mi guza do opracowania i za pomoc w tej pracy.

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Sekcyja szpitali prowincjonalnych.

O szpitalach prowincjonalnych mówił d-r W. MĘCZKOWSKI. W leczeniu ludu główna rola przypada szpitalom, ile że te wyrwiają chorego z opłakanych warunków higienicznych, z pomiędzy ciemnego otoczenia i zapewniają mu należytą i regularną opiekę lekarską. Niestety, w sprawie szpitalnictwa wcale nie postępujemy naprzód, przeciwnie -- wciąż się cofamy. Pomijając już krzyczące braki istniejących szpitali, przez co nie potrafiły one sobie jeszcze zjednać zaufania ludności, ale nawet i liczba szpitali i liczba łóżek szpitalnych względnie do ludności Królestwa wciąż się zmniejsza. Gdy w roku 1867 wypadło 7 łóżek na 10 tys. mieszkańców, w r. 1897 było ich już tylko 5,7, a w r. 1903 — 5,6. Jest to cyfra śmiesznie mała w porównaniu z Zachodem, niższa nawet od przeciętnej dla całego państwa rosyjskiego z Syberyą (9,2).

W ciągu ostatnich lat 6 nie powstał ani jeden szpital z funduszków Rady Dobroczynności publicznej; przybyły 3 szpitale fabryczne i jeden dla obłąkanych w Kochanówce, otwarty staraniem Tow. Dobroczynności Łódzkiego; wresz-

cie przestał istnieć szpital górniczy rządowy na „Redenie“.

Sprawa więc zakładania u nas nowych szpitali i poprawienia stanu dziś istniejących jest gwałtowną koniecznością. Tymczasem nawet tam, gdzie oddawna dzięki ofiarności prywatnej złożone zostały kapitały na budowę szpitali (takich miejsc w Królestwie jest 15), budowa ich nie rozpoczyna się, chociaż tu i owdzie złożone kapitały byłyby już wystarczające (w Kielecach, Końskich, Nowo-Mińsku, Tomaszowie Rawskim, Lubelskim, Zamościu).

W ostatnich dziesiątkach lat ofiarnosć społeczeństwa na rzecz szpitali ustala niemal zupełnie. A było to jedyne niemal źródło, z którego powstały wszystkie nasze szpitale i wogóle zakłady dobroczynne. Chcąc zwrócić znowu ku szpitalom ofiarnosć społeczeństwa, należałoby je pociągnąć, zachęcić do tego, powołując członków społeczeństwa do zarządu szpitalami. Tymczasem w Radach Dobroczynności publicznej gubernialnych i powiatowych zasiadają niemal wyłącznie urzędnicy, pochłonięci innymi czynnościami, nie mający ani dostatecznej znajomości rzeczy, ani czasu dla poświęcenia się sprawom szpitalnym, ani stosunków z bogatszymi i ofiarniejszymi warstwami społeczeństwa. Nawet na członków t. zw. „z wyboru“ bardzo często bywają powoływani urzędni-

²²⁾ R. KLIEN. Die soliden primär. Geschwülste der Vagina. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. VII. p 5⁹¹.

cy, chociaż prawodawca wyraźnie poleca mianować tych członków z pośród miejscowych mieszkańców, znanych z filantropii lub specjalnej znajomości spraw szpitalnych. Lekarze szpitalni nigdzie nie należą do Rady, a burmistrzowie i prezydenci — bardzo rzadko.

Drugim koniecznym warunkiem pozyskania ofiarności społeczeństwa jest jawność gospodarki szpitalnej, zapoznanie ogółu ze sprawami szpitalnymi a to przez obszernie i możliwie szeroko rozpowszechniane sprawozdania roczne. Tymczasem dotychczasowe sprawozdania Rad Dobroczynności publicznej ani dokładnymi, ani dostępnymi dla ogółu nie są.

Po za ofiarnością prywatną zakładanie i utrzymywanie szpitali, jako instytucji społecznych, powinno ciążyć na miastach i gminach. Jak miasto łoży na bruki, wodociągi, kanalizację, tak samo winno łożyć i na szpitale, czy to ze swych kapitałów, czy przez zaciągnięcie pożyczki. Przed zakładaniem szpitali gminnych trzeba myśleć, by w każdym mieście powiatowem powstał szpital, do czego jeszcze u nas daleko.

Co do szpitalików wiejskich, dr Męczkowski narazie domagałby się tylko bezpłatnego leczenia ludu wiejskiego w dzisiejszych szpitalach miejskich. Zwraca uwagę na cały szereg braków nieodłącznych od takich lecznic wiejskich, jak te, które powstały ostatnio w gnb. Płockiej. D-r Idzikowski wskazywał dodatnie strony szpitalików kolejowych, fabrycznych, zdrojowych, wreszcie wiejskich. Szpitaliki te, stawiane umyślnie w otoczeniu doskonałych warunków zdrowotnych, kosztują mało, oszczędzają chorym uciążliwej dalszej podróży, sprzyjają odpływowi lekarzy na prowincję. Śmiertelność w nich jest niska. Doświadczenie wskazuje, że działalność tych szpitalików skłaniać się winna ku chirurgii i położnictwu.

D-r SZWAJCER przedstawił dwa projekty szpitalika wiejskiego na 6 — 10 łóżek, wykonane według jego wskazówek przez pp. budowniczych DOMANIEWSKIEGO i RAKIEWICZA. Podał nadto szereg cennych uwag, dotyczących budowy takiego szpitalika, oraz kosztorys jego urządzenia i utrzymania. Utrzymanie roczne jednego łóżka szpitalnego wypada na 250 rs czyli 68 kop. dziennie.

Wreszcie w sekcji szpitalnej mówił dr B. ZIEMIŃSKI o zapobieganiu szerzeniu

się jaglicy wśród ludności wiejskiej. Jaglica, pokonana już w krajach o wyższej kulturze, u nas od lat stu szerzy się coraz bardziej, zwłaszcza wśród uboższej ludności wiejskiej, mieszkającej gromadnie a niechlujnie w ciasnych, wilgotnych i ciemnych mieszkaniach. Choroba ta napastuje zwłaszcza osoby w kwiecie wieku, udziela się tylko w okresie chorobowej wydzielinie z oka; do zapobiegania jej wystarcza ściśle przestrzeganie przepisów zwykłej czystości domowej — obfite częste mycie wodą czystą bieżącą.

Zaraza ta, prowadząca tak często do ślepoty, wymaga zwiększenia poczucia potrzeby czystości domowej wśród ludu oraz uświadomienia go o istocie i niebezpieczeństwie jaglicy. Nasze oddziały ruchome oczne w sprawie zwalczania jaglicy nie przynoszą żadnego pożytku. Daleko ważniejsze byłyby w tym względzie oddziały oczne stałe, mianowicie w okolicach kraju, najbardziej trapionych przez jaglicę.

Towarzystwa opieki nad chorymi ocznymi i nieuleczalnie ociemniałymi byłyby u nas niezmiernie ważne choćby już ze względu na ekonomiczną doniosłość dla społeczeństwa wielkiej liczby ociemniałych.

Wnioski sekcji szpitalnej.

I. W sprawie szpitalnej.

1. Racyonalne leczenie ludu musi być oparte na szpitalach, leczenie ambulatoryjne nie daje istotnej pomocy lekarskiej; dla tego też wszelka organizacja pomocy lekarskiej dla ludu musi uwzględniać przedewszystkiem szpitale.

2. Wobec wielkiego u nas braku szpitali pierwszorzędnym i pilnym zadaniem musi być budowa nowych szpitali z uwzględnieniem nowoczesnych wymagań higienicznych oraz poprawa bytu materialnego obecnie istniejących.

3. Szpitale nie powinny być uważane obecnie, jako instytucje jedynie dobroczynne; są one instytucjami społecznymi i, jako takie, winny być utrzymywane przez społeczeństwo.

4. Aby pobudzić społeczeństwo do ofiarności na rzecz szpitali, potrzeba;

a) dopuścić przedstawicieli społeczeństwa do udziału w zarządzie zakładami dobroczynnymi;

b) wprowadzić jawność gospodarki szpitalnej przez wydawanie szczegółowych sprawozdań i rozpowszechnianie ich.

5. Do Rad Dobroczynności publicznej obowiązkowo winni należeć w charakterze członków lekarze szpitalni.

6. Konieczne jest podniesienie cenzusu naukowego lekarzy szpitalnych; do objęcia posady lekarza szpitalnego warunkiem koniecznym winno być odbycie przez kandydata na tę posadę dostatecznej praktyki w większym szpitalu

II. O zapobieganiu szerzeniu się jaglicy (trachoma) wśród ludu.

1. Rozpowszechnianie zasad higieny wśród ludu, pouczanie o konieczności zachowywania czystości ciała.

2. Rozpowszechnianie wiadomości o zarazie ocznej, zwanej jaglicą; rozpowszechnianie między ludem odnośnych wydawnictw, zwłaszcza pożytecznej książeczki „Strzeżcie się ślepoty“, napisanej przez d-ra Fr. GRUDĘ.

3. Udostępnienie ludności, dotkniętej jaglicą, bezpłatnego leczenia w stałych oddziałach ocznych, które należałoby otwierać, bodaj na skromną stopę, nie tylko we wszystkich miastach gubernialnych, lecz zwłaszcza w tych okolicach, w których cierpienie to najwięcej jest rozpowszechnione.

4. Istniejące u nas ruchome oddziały okulistyczne istotnej pomocy nie przynoszą i fundusz, na ten cel przeznaczony, należałoby w bardziej celowy sposób zużytkować przez zakładanie stałych oddziałów okulistycznych.

5. Lekarze, osiadający na prowincyi, winni uwzględniać przy swych studiach okulistikę.

6. Należy dążyć do zogniskowania opieki nad chorymi i nieuleczalnie ociemniałymi w odpowiednim Towarzystwie opiekuńczem.

III. Wnioski z powodu projektów szpitala wiejskiego.

A. Dotyczące się budynku.

1. Szpital wiejski powinien być projektowany najmniej na 10 łóżek.

2. Pokojów dla powyższych 10 łóżek—4 (dwa większe i dwa mniejsze).

3. Przy salach dla chorych powinny być:

a) pokój operacyjny, zarazem porodowy i gabinet lekarza;

b) pokój na aptekę, zarazem dla felczera;

c) ustępy (męski i kobiecy) i łazienka z oknami od zewnątrz;

4. Pokoje dla służby (1 — 2) mogą być na poddaszu przy kuchni.

5. Pomieszczenia gospodarskie:

a) kuchnia;

b) pralnia;

c) spiżarnia i piwnica;

6. Połączenie z salami przez dziedziniec.

7. Powierzchnia podłogi na 1 łóżko 7,5 do 9,5 m².

8. Wysokość pokojów 3,5 — 4 m.

9. Objętość wnętrza pokojów na 1 łóżko 26—33 m³., licząc dla pokojów większych mniejszą, dla mniejszych większą normę.

10. Korytarz zewnętrzny, mający służyć i za salę dzieciną, szerokości 3 m..

11. Powierzchnia okien w świetle futryny — $\frac{1}{5}$ powierzchni podłogi danego pomieszczenia.

12. Ogrzewanie i wentylacja zwykłymi piecami, z wyciągiem powietrza przez ogrzany luft piecowy.

B. Ogólne.

13. Przy oświetleniu pokojów oknami z dwóch stron kierunek i na wschód i zachód; przy oświetleniu jednostronnem na południe.

14. Miejsce pod szpital powinno mieć:

a) grunt przepuszczalny;

b) dość znaczną odległość od miasteczka;

c) dobrą wodę (zbadanie jej przed budową szpitala).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Prof. d-r Juliusz MÖBIUS.

„PŁEĆ i ZWYRODNIENIE“.

1903.

Sprawozdawca Dr WŁADYSŁAW CHODECKI.

Ludzkości zagraża zwyrodnienie.

Najgłówniejszymi przyczynami zwyrodnienia są alkohol i odziedziczenie już istniejących nieprawidłowości.

Prof. d-r MÖBIUS, jeden z najznakomitszych neuropatologów niemieckich i głęboki myśliciel, zwrócił się w swych studyach do zbadania przyczyn postępującego zwyrodnienia i do środków zaradczych.

W zajmującej nas obecnie pracy uczony niemiecki usiłuje dowieść, iż wszelkie anomalie w życiu płciowym są najważniejszymi objawami zwyrodnienia.

Naturalnie, może być tutaj mowa tylko o nieprawidłowościach wrodzonych, nie zaś nabytych przypadkowo.

Musimy naprzód dla przeciwstawienia człowiekowi zwyrodniałemu zająć się typem człowieka zdrowego umysłowo i fizycznie. Człowiek zdrowy jest dosyć wysmukły i wysokiego wzrostu. Mało ma tkanki tłuszczowej, ale za to dobrze rozwinięte mięśnie. Jest wolny od objawów zwyrodnienia (*degeneratio*). Serce bije dosyć wolno, a liczba uderzeń nie zmienia się znacznie przy wysiłkach; obszar stępienia odgłosu opukowego jest mały i przy wysiłkach nie powiększa się. Twarz jest prawidłowo sformowana, nie potrzebuje być piękna, ale nie jest zwykle i brzydka. Głowa jest w przybliżeniu symetryczna. Wszystkie zmysły są prawidłowo rozwinięte. Apetyt jest bardzo żywy, ale niezbyt wybredny, i w razie potrzeby głód bywa łatwo znoszony. Sen przychodzi łatwo i nie zostawia

wspomnienia marzeń sennych; brak snu człowiek zdrowy może długo znosić. Zimno i gorąco dobrze bywają znoszone; skóra poci się mało i pozostaje ciepłą przy zimnej pogodzie. Ruchy są spokojne i wytrwałe; zmęczenie następuje późno. Nastrój ducha jest przeważnie wesoły, a drobne przykrości życia codziennego nie są w stanie go zmienić. Zapomina łatwo o złem, myśli mało o śmierci, a jeżeli się to już zdarza, to bez bojaźni. Zdolności umysłowe są różnorodnie rozwinięte, człowiek zdrowy interesuje się wszystkim i ćwiczy dar obserwacyjny. Oddziaływanie (reakcja) na pobudzenia zewnętrzne nie następuje szybko. Człowiek zdrowy nie rozdrażnia się łatwo, znajduje się w równowadze stałej, przyjmuje wrażenia, ale nie da im się tak łatwo opanować. Poczucie rodziny i narodowości są silnie rozwinięte. Pomaga w nieszczęściu chętnie, ale z rozwagą i zastanowieniem, może być twardy i surowy, jeżeli to uważa za potrzebne. Cieszy się z posiadania i praw swoich broni wytrwale. Najważniejsze cechy: brak zbytniej pobudliwości, ale siła i wytrwałość, zachowują swoje znaczenie i dla objawów życia płciowego. Dziecię normalne jest zupełnie obojętne na różnice płciowe, a nawet nie zastanawia się nad tem, gdy je w tę stronę kierują wrażenia zewnętrzne. Dopiero z nastąpieniem dojrzałości płciowej (*pubertas*) obudza się popęd płciowy, ale i wtedy nawet bojaźliwie, z pewną wstydlivością. Człowiek zdrowy jest z natury bardzo wstydlivy i tylko z miłości przestaje być wstrzemięźliwy. Usuwa potrzebę miłości, ale pożądanie budzą w nim tylko osoby innej płci, i stara się zawładnąć duchem i ciałem w jednakowym stopniu. Oprócz wdzięku osobistego, człowiek zdrowy żąda od ukochanej osoby młodości, zdrowia i piękności.

Im zdrowszy jest człowiek, tem wyraźniej czuje się mężczyzną lub kobietą. Mężczyzna jest wyższy, nie ma tyle tkanki tłuszczowej, ale za to

więcej rozwinięte mięśnie, aniżeli kobieta. Głowa u mężczyzny jest większa; włosy nawet nie strzyżone są znacznie krótsze, aniżeli u kobiety. Zarost na brodzie jest pełny i mocny. Szerokie barki, szeroka i wypukła klatka piersiowa. Wąska miednica; płaski brzuch, po bokach ściśnięte ramiona i długie proste nogi. Mężczyzna jest obojętniejszy i spokojniejszy aniżeli kobieta, mówi mało, nie jest łatwy do płaczu i śmiechu. Obserwuje cierpliwie, sądzi powoli, ale trafnie, rachuje i mierzy. Ale przedewszystkiem ma dążność do twórczości samodzielnej; na podstawie własnych obserwacji zmienia, ulepsza i tworzy, siła wewnętrzna pcha go naprzód do wzniosłych celów, do sztuk pięknych. Mężczyzna lubi duże i szybkie ruchy. Jest odważny, lubi walkę, chętnie dysputuje, ale nie lubi kłótni. Przeciwności i doznana krzywda wywołują gniew i oburzenie, których rozum nie jest w stanie powstrzymać, ale które szybko przechodzą. Ale najpiękniejszą cnotą normalnego mężczyzny jest sprawiedliwość. Ceni przedewszystkiem wolność i prawo. Pogardza niskim, podstępem, jest dumny i chce raczej okazać się twardym i surowym, aniżeli miękkim i bez energii. Pod względem płciowym inicjatywa przypada mężczyźnie. Ubiega się on o kobietę, waleczy wszelkimi siłami o nią, porywa do siebie i wykonywa, co należy do rzeczy. Namiętność w chwili posiadania dochodzi do najwyższego stopnia, a potem szybko się zmniejsza. Kocha kobietę tem bardziej, im więcej ta zbliża się do ideału kobiecości. Pociąga mężczyznę naprzód piękność kobieca, następnie czystość obyczajów, delikatność, wdzięk i słodycz charakteru. Przy równych warunkach przekłada osoby młodsze wiekiem. Z różnorodności zadań płciowych mężczyzny i kobiety możemy wiele zjawisk wyjaśnić. W rzeczywistości ma mężczyzna za zadanie złożenie własnego nasienia we właściwym miejscu; po spełnieniu tego rola jego jest skończona. W miarę, jak nagromadza się nasienie (*sperma*), rośnie pożądanie płciowe i zajmuje jego myśli. Po akcie płciowym naprężenie wewnętrzne zmniejsza się, kierunek myśli się zmienia, a umysł zwraca się w stronę poważnych zadań życia. Po niejakiem czasie rozpoczyna się dawna gra. Sympatyę i skłonność serca zachowuje mężczyzna dla ukochanej kobiety i w przestankach swoich pożądań płciowych, ale nigdy kobieta dla normalnego mężczyzny nie

staje się jedynym celem życia, nie stanowi osi, około której obracają się wszystkie jego myśli i ideały. Pod względem płciowym jest mężczyzna łatwo zapalny, i to właśnie sprawia, że się zakochuje w innych kobietach. Nadto dołącza się tutaj ten ważny czynnik, że zdolność płciowa mężczyzny ciągle się odnawia, gdy u kobiety bywa zahamowana przez ciężę i poród. W ten więc sposób wdzięki kobiece szybko przechodzą. Jednym słowem, ścisłe wielożeństwo nie zgadza się z naturą mężczyzny. Jeżeli mężczyzna nie kocha kobiety, to jest mu ona obojętna, jeżeli zaś przestał ją kochać, to zachowuje jednak dla niej usposobienie życzliwe. Nienawidzi kobiety tylko w takim razie, jeżeli go zdradziła.

Kobieta jest zwykle mniejsza, słabsza i tłusciejsza od mężczyzny. Głowa, pokryta długim włosiem, jest mała i okrągła. Barki i klatka piersiowa są wąskie, brzuch i mięśnie pośladkowe wystają, ramiona są cylindryczne, grube uda stoją z powodu wielkości kobiecej miednicy trochę krzywo, tak że nogi, jako organ lokomocyi, nie mają tej sprawności, co u mężczyzny. Niewątpliwie przez to bieganie, chodzenie i skakanie jest utrudnione, a z drugiej strony charakter zajęcia zmusza kobietę do przebywania w domu. W życiu duchowem kobiety przeważa ociążałość: gdy mężczyzna dąży do nowości, kobieta nie lubi zmiany, zachowuje się biernie i mało co czyni z własnej inicjatywy. Kobieta jest drażliwsza, aniżeli mężczyzna, oddziaływa prędzej i łatwo da się wyprowadzić z równowagi. Skłonna jest zarówno do płaczu, jak do śmiechu, jej nastrój duchowy łatwo ulega zmianie. Uczucie jest cechą kobiety, a współczucie — cnotą. Wielomówność jest roskoszą dla kobiety, a zarazem jej bronią potężną. Jest bojaźliwa i teńrziłiwa, ale nie lęka się kłótni i zwady.

Charakterystycznym objawem normalnej kobiety jest ta okoliczność, że zadania płciowe występują u niej na plan pierwszy i stanowią punkt środkowy całego życia. To tylko, co ma związek z życiem płciowym, budzi interes w kobiecie. Posłannictwem kobiety jest być matką, i w tym kierunku okazuje ona nadzwyczajne zdolności i żelazną wytrwałość. Jak dziewczynka się stroi, gotuje, bawi się lalką, tak późniejsze życie kobiety wypełnia przyciąganie do siebie męża, gospodarstwo domowe i wychowanie dzieci. Spokój i obojętność ustępują zaintere-

sowaniu, gdy chodzi o męża lub dziecko: kobieta wtedy staje się wytrwalszą od mężczyzny. Natura dodaje jej siłę, gdy chodzi o spełnienie posłannictwa życiowego. Na męża musi kobieta czekać, pożądania nie może szczerze okazywać. Musi więc udawać; normalna dziewczyna nie ma żądź zmysłowych i nie może jasno czytać w swych uczuciach. Idzie za swym wielbicielem, jakby zahipnotyzowana, jak we śnie, i przestrasza się tego, co się nakoniec z nią stało... Ale i potem kobieta normalna zachowuje wstydlivość i rezerwę, a rokosze zmysłowe nie grają w jej życiu tak wielkiej roli, jak u mężczyzny. Niewątpliwie, że i w zdrowej kobiecie ukrywa się lew pastwiący się, ale okrutne zwierzę wychodzi z ukrycia tylko przez winę mężczyzny. Zwykle całe życie duchowe kobiety wypełnia miłość; słodczy miłości, czulej pieszczoty kobieta nigdy nie ma dosyć. Miłość mężczyzny jest, jak błyskawica, ale ogień, który ją wywołał, pali się coraz to większym płomieniem. Kobieta normalna zaś nie dąży do zmiany, ale trzyma się stale raz pokochanego mężczyzny, i nierozwiązalność małżeńska odpowiada raczej naturze kobiecej, aniżeli męskiej. Oklepane „la donna e mobile“ jest w rzeczy samej głupstwem, kobieta zdradza mężczyznę tylko tego, którego nie kocha. Musi to zdarzać się, niestety, dosyć często, ponieważ wychodzi za mąż bardzo często z woli rodziców, bez prawdziwej miłości, bez uczucia, które jest słońcem i celem jej życia. Kobieta wymaga od mężczyzny siły, ale nie tylko ciała, lecz ducha i woli.

Znamieniem charakterystycznym dla kobiety normalnej jest miłość dla dzieci. Objawia się u dziewcząt przed dojrzałością płciową, a jako miłość macierzyńska jest bez granic, tę miłość dla dzieci mają również kobiety bezdzietne. Tylko dziecię jest poważnym a bardzo często i niebezpiecznym rywalem mężczyzny w miłości. Ta bezgraniczna miłość macierzyńska uszlachetnia najpospolitszą kobietę, daje jej wartość i znaczenie.

Pod wpływem z wyrodnienia zjawiają się nieprawidłowości w życiu płciowym, a najważniejsze z tego jest to, że dokładna cecha różnicy płciowej zaciera się: u mężczyzny występuje typ kobiecy, a u kobiet męski. Wystę-

pują przytem rozmaite nieprawidłowości w budowie organów płciowych, zaczynając od małych nienormalności, w których z trudnością tylko można wykryć coś nieprawidłowego, aż do takiego stopnia, w którym trudno jest rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą mężczyznę, czy kobietę. Najczęstsze i pod względem praktycznym najważniejsze są małe zboczenia od typu prawidłowego, zaczniemy jednak od opisu znacznych zniekształceń części płciowych.

1) Dwupłciowość (hermafrodytyzm): przy tej anomalii mamy do czynienia u jednego indywiduum z płcią męską i żeńską. Prawie zwykle znajdujemy niezupełnie rozwinięte prącie (*penis*) i szczytkową pochwę (*vagina*). W rzeczywistości jednak mamy zwykle do czynienia z pseudo-hermafrodytyzmem, ponieważ istnieją albo jądra tylko, albo też jajniki. Większa część hermafrodytów są to mężczyźni z nieprawidłowymi organami płciowymi zewnętrznymi. Wyjątkowo może zdarzyć się i prawdziwy hermafrodytyzm, t. j. takie przypadki, w których u jednego osobnika znajdujemy zarówno jądra, jak i jajniki. U pseudo-hermafrodytów znajdujemy nie tylko części płciowe zewnętrzne zniekształcone, ale cała istota jest pod względem płciowym nieprawidłowa. Pomimo jąder znajdujemy często gruczoły sutkowe rozwinięte, jak u kobiety, a i inne cechy płciowe są po większej części nieprawidłowe. W nauce o hermafrodytyzmie położył ogromne zasługi dr NEUGEBAUER.

Przytoczymy kilka przykładów hermafrodytyzmu, które czerpiemy z prac dr NEUGEBAUERA.

Karol Menniken, żonaty od 27 do 57 roku życia, umarł w 59 na raka macicy. (*Carcinoma uteri*) Jako chłopiec był pilny i uczył się dobrze, następnie obrął sobie zawód piekarza, nie miał jednak potrzebnych sił ku temu i stał się następnie pozłotnikiem. Mając lat 27, ożenił się z 43 letnią wdową, powiewał sądził, iż młodziej kobiety nie będzie w stanie zadowolnić. Spółkował ze swoją żoną od czasu do czasu, i małżeństwo trwało aż do śmierci żony. Dopiero w szpitalu krótko przed śmiercią lekarze zbadali dokładnie Menniken'a. Miał on 136 ctm. wysokości, dużą głowę, siłny zarost i męskie rysy twarzy. Głos miał zupełnie męski, ale krtani była uderzająco mała. Gruczoły sutkowe

były, jak u kobiety. Prącie było małe, z przodu rozdzielone, moszna próżna. Chory był rozstrojony, płakał ciągle i odpowiadał tylko na pytania cichym głosem. Po śmierci sekeya wykazała prawdziwe jajniki, jak u dziewczyny 12 letniej, macię zrakowaciałą i pochwę wychodzącą do cewki moczowej, gruczoł krokowy (*prostate*) zaś w stanie szczątkowym.

HEINRICHSEN opisał 17 letnią dziewczynę Elżbietę Wulfert. Odznaczała się ona siłą prawdziwie męską. Raz tylko w swem życiu w 21 roku dostała krwotoku z części płciowych, który trwał dwa dni. Ale od 17 roku życia miała Elżbieta Wulfert peryodyczne zaburzenia miesięczne, zupełnie jak przy miesiączkowaniu, tylko zamiast krwi pokazywał się odpływ śluzowy. Nie miała nigdy popędu płciowego do kobiet, tylko do mężczyzn. Czula się bardzo nieszczęśliwą, że nie jest ani kobietą, ani mężczyzną. Ogólny wygląd, zarówno jak gruczoły sutkowe i rysy twarzy, kobiece. Ale budowa kośćca zupełnie męska. Znalaziono po śmierci jądra, przyjądrze, przewód nasienny i małe nierozwinięte prącie; nie znalaziono ani macicy, ani jajników.

Jakkolwiek hermafrodyty nie są tak rzadcy, nie wiemy o nich tyle, ileby nam potrzeba wiedzieć. Uczeni badali ich tylko pod względem anatomicznym, zaniedbano badania innych nieprawidłowości w życiu płciowym i objawów życia duchowego. NEUGEBAUER w ostatnich czasach postarał się wypełnić te luki. Zebrał on więcej niż 800 przypadków. Między nimi mamy 21 przypadków hermafrodytów z zaburzeniami umysłowymi, 4 przypadki samobójstwa, 50 przypadków małżeństw niewłaściwych z powodu hermafrodytyzmu jednej strony, 11 przypadków, w których u narzeczonej znalaziono organy płciowe męskie i nakoniec więcej, aniżeli 30 przypadków, w których męscy hermafrodyty oddawali się prostytutcy. Ciekawe są nadzwyczajnie badania RAFFEGEAU'a i DEBIERRE'a nad stanem umysłowym hermafrodytów. RAFFEGEAU jest zdania, że należy zaliczać ich do wyrodniących; pewna ich część jest umysłowo słabo rozwinięta, inni znowu są dosyć inteligentni i pilni, ale bez należytej równowagi umysłowej. Możemy często skonstatować w ich rodzinie alkoholizm, przymiot i choroby umysłowe. Zupełnie w podobny sposób wyraża się i DE-

BIERRE. Co się tyczy popędu płciowego u hermafrodytów, to podania pod tym względem brzmią bardzo rozmaicie. Tyle jest pewnem, że popęd płciowy zależy głównie od tego, czy są jądra, czy też jajniki. W innych znowu przypadkach popęd płciowy jest bardzo słabo wyrażony albo go weale nie ma. Po większej części hermafrodyty próbują stosunków płciowych z obydwoma płciami. Czasem znowu popęd płciowy nie odpowiada bynajmniej budowie anatomicznej organów płciowych; niewątpliwą rolę gra w tem wychowanie i inne zбочenia przyrodzone.

Na przyszłość każdy hermafrodyta powinien być dokładnie zbadany: szczegółowe opisy przebiegu życia, stanu cielesnego (trzeba uwzględnić przytem wszystkie objawy zwyrodnienia), jak i umysłowego. Dopiero wtedy podział dokładny hermafrodytów będzie możliwy. Obecne podziały mogą budzić w badaczu interes tylko ze stanowiska anatomicznego; należałoby także w każdym pojedynczym przypadku skonstatować, w jakim stopniu rozwinięte są jądra lub jajniki.

Wypada nam teraz zastanowić się nad kwestyą powstawania płci. W pierwszych 5 tygodniach życia płodowego nie ma jeszcze nic stanowczego: pierwszy zawiązek jest dwupłciowy, i z tak nazwanego ciałka WOLFF'a nie możemy jeszcze wnioskować, czy będą jądra, czy też jajniki. Wielu sądzi, że różnica płci zależy od sposobu odżywiania płodu. Na ten pogląd nie można się zgodzić. Najprawdopodobniej płeć jajka jest już wyrażona od czasu jego sformowania się. LENHOSSEK jest również zdania, że płeć jajka jest już określona przed zapłodnieniem. Na to wskazuje fakt, że niektóre małżeństwa płodzą chłopców tylko, inne zaś znowu tylko dziewczynki. Gdy podczas rozwoju dalszego stało się już wyraźnem, czy będą jądra, czy też jajniki, wtedy dopiero rozwijają się we właściwym kierunku i części płciowe zewnętrzne, a nakoniec znajdujemy i drugorzędne cechy płciowe. Zjawia się tutaj znowu inna teoria, która twierdzi, że właśnie tylko gruczoły płciowe (jądra lub jajniki) są przyczyną innych oznak płciowych. Według obecnego pojmowania rzeczy mają one wydzielac substancje, które na rozwój innych organów działają dodatnio albo ujemnie, powodują np.

zarost włosów na brodzie, rozwijanie się krtani, hamują zaś rozwój gruczołów sutkowych i t. d.. Obserwacya popiera rzeczywiście ten sposób tłumaczenia kwestyi; usunięcie bowiem lub stan szczątkowy jąder albo jajników oddziaływa hamująco na rozwój charakterystycznych cech płciowych, pobudza zaś rozwój objawów innej płci. Musimy jednak wyznać prawdę, iż sprawa bynajmniej nie jest tak prosta, jak to się zdaje na pierwszy rzut oka. Skutki np. kastracyi nie są u wszystkich indywidualów jedna-

kowe. Niektórzy kastraci np. nabierają znacznej tuszy, mają gruczoły sutkowe zupełnie kobiece, inni zaś nie. Przypominano również o tym fałszywie, że starym kobietom rośnie często broda. Zdarza się to niewątpliwie u niektórych; po wycięciu jajników zarost u kobiet nie rośnie. Doświadczenia na kastrowanych wykazują jednak, że nie same gruczoły płciowe grają tutaj rolę decydującą, ale że i inne tkanki na rozwój płci wpływ wywierają.

(C. d. n.).

Korespondencya „Medycyny“.

Krynica, w lipcu 1903 r.

„Amicus Plato

Najzupełniej zgadzając się na konieczność popierania wód i uzdrowisk krajowych — uważam jednak za niewłaściwe, a nawet wprost szkodliwe bezkrytyczne kierowanie pacjentów w wielkiej liczbie do tych wód galicyjskich, które stanowczo nie są przygotowane na przyjęcie takiej masy chorych, wymagających, rzecz prosta, odpowiedniej troskliwości i wygod. Ta właśnie okoliczność skłoniła mnie w r. b. jechać do Krynicy dla obznajmienia się z miejscowymi warunkami i naoczego przekonania, jakie są dogodności dla licznej rzeszy naszych chorych z Królestwa.

W niniejszej swojej korespondencyi nie mam bynajmniej zamiaru kreślić monografii Krynicy — jest to rzecz miejscowych lekarzy. Ja zaś zajmę się wprost spostrzeżeniami praktycznymi, które, być może, choć w części posłużą do usunięcia tych wad i niedogodności, jakie w danej chwili uważać należy za szkodliwe.

Wrażenie ogólne samej miejscowości jest wspaniałe — okolica cudowna — bogactwo zdrojów mineralnych zdumiewające, i wogóle szczerą naturą wysiliła się dla zgromadzenia bo-

gactw naturalnych na miejscu — lecz obecna administracya Krynicy zepsuła i spaczyła to wszystko. Nieszczęsna biurokracya C. K. Wysokiego Rządu Austriackiego, odznaczająca się bajeczną oszczędnością, graniczącą ze skąpstwem, powolność działania, konieczność długiej korespondencyi, przesyłanej z Krynicy do Lwowa, ze Lwowa do Wiednia i znowu to samo na odwrót najdrobniejsze ulepszenie czyni wprost niemożliwym.

Jestem najmocniej przekonany, że, postawiwszy Krynice na stopniu rozwoju koniecznym dla dzisiejszych wymagań nauki, t. j. odkrywając nowe źródła, uporządkowawszy teraźniejsze, wybudowawszy nowe łaźienki borowinowe, zaprowadziwszy kanalizacyę i wodociągi (te ostatnie są obecnie w kilku rządowych domach) i t. p., możnaby z niej uczynić wszechświatowe uzdrowisko, śmiało mogące rywalizować z podobnymi zakładami w Niemczech.

Lecz do tego potrzeba przede wszystkim przejścia własności Krynicy z rąk Wysokiego C. K. Rządu Austr. do rąk prywatnych, czy to drogą sprzedaży, czy też długoletniej dzierżawy, lecz to są rzeczy w każdym razie bardzo odległej przyszłości, tymczasem zaś zajmę się brakami i wadami, które koniecznie muszą być usu-

nięte w najkrótszym czasie dlatego, abyśmy mogli z czystym sumieniem kierować chorych do Krynicy.

1) Jak powszechnie wiadomo, w Krynicy mamy dwa głównie używane źródła: a) t. zw. źródło główne, szczawa wapienno-żelazista i b) t. zw. Słotwinka—szczawa sodowo-magnezyowo-żelazista — obydwie z wielką obfitością wolnego kwasu węglowego. Źródło główne znajduje się pośrodku t. zw. deptaku krytego, z podłogą drewnianą, z mnóstwem szpar, zawierających kurz, błoto i t. d. — w całym tym budynku krytym nie ma ani jednego napisu „nie pluć na podłogę“, a przy tem ani jednej spluwaczki (czego brak również na korytarzach łazienek, domu zdrojowym i t. p.) — rezultat taki, iż cała literalnie podłoga zapluta jest przez chorych — co nie tylko nie dodaje uroku, lecz jest wprost szkodliwe, zwłaszcza ze względu na to, że miejscowi chorzy w większości przypadków są to osobniki gruźlicze w pierwszych stadiach rozwoju, przysłane tutaj właśnie dla pokrzepienia i uodpornienia organizmu przeciwko inwazji choroby.

2) Źródło „Słotwinka“ znajduje się o 1¹/₄ kilometra od samego zakładu; wodę przywożą kilka razy dziennie w butelkach na t. zw. deptak kryty.

Czerpanie wody ze źródła odbywa się w ten sposób: trzech niemożliwie brudnych i niechlujnych górali z bosymi brudnymi stopami siedzi konno na obramowaniu cementowem źródła i czerpie wodę dużymi blaszanymi zardzewiałymi lejkami, maczając jednocześnie w źródelku swoje brudne ręce i stopy — po nalaniu wszystkich butelek, ustawiają je na wózku jednokonnym i podczas słońca i spiekoty przewożą do zakładu: woda, utraciwszy swój gaz — strąca żelazo — i traci swoje własności lecznicze. Jeżeli więc sprowadzenie Słotwinki za pomocą rurociągów nie może być dokonane natychmiast (co byłoby jedynie racjonalnem), jakoby dla zbyt wysokiego kosztu 8000 reńskich — to przynajmniej należy bezzwłocznie zaprowadzić przewożenie wody za pomocą balonów miedzianych, ochładzanych lodem, i z tych ostatnich wydawanie Słotwinki chorym — obecna manipulacja jest wstrętna i szkodliwa.

Doprawdy, pierwotność sposobów, używanych na miejscu w eksploataowaniu bogactw mineralnych jest uderzająca, gdyby nie patrzył

na to wszystko własnymi oczami, upatrywałbym przesadę ze strony piszącego te słowa.

Bezwzględne i bezkrytyczne pochwały rzeczy, nie zasługujących na to, są szkodliwe i wytwarzają właśnie to „błędne koło“ — pisma nawołują: „popierajcie źródła krajowe“ — a nieszczęśliwi pacjenci na swojej skórze znoszą następstwa tego i w końcu, pomimo nawoływań, odstępować się muszą od swojskości.

Ja z całej duszy życzę rozwoju Krynicy i mam silną wiarę w jej przyszłość — lecz tem więcej obowiązany się czuję do przedstawienia istotnego stanu obecnego.

3) Ponieważ samo położenie Krynicy ściąga setki chorych, używających różnych wód mineralnych na miejscu — dziwnym więc wydaje się fakt zapomnienia miejscowej administracji o urządzeniu w deptaku krytym, w parku i t. d. kilku wygodnych klozetów — których brak jest przyczyną zanieczyszczenia deptaku i parku...

4) Przy dzisiejszej liczbie budynków łazienkowych i środków miejscowych wysyłanie większej liczby chorych jest nieracjonalne — pacjenci moi, którzy przyjechali do Krynicy 23 lipca r. b., chcąc nabyć bilety do kąpieli mineralnych, usłyszeli odpowiedź, że mogą je otrzymać dopiero od 1 sierpnia — gdyż w danej chwili już wszystkie są rozehwytane — miła perspektywa dla chorego z ograniczonym czasem oczekiwania na rozpoczęcie kuracji 7—8 dni.

5) Miejscowe domy mieszkalne, położone nad samą rzeczką Krynicyanką, wszystkie są przesycone wilgocią — klozety w nich, urządzone nader pierwotnie, zatrują powietrze w całej willi — sama rzeczułka nader płytka, nie uregulowana należyście, także nie pachnie...

Najzdrowszą miejscowość, aczkolwiek nieco oddaloną od zakładu — jest okolica C. K. Zakładu hydropatycznego d-ra EBERS'a — tam jednak znajduje się bardzo niewiele mieszkań.

6) Sposób żywienia się w Krynicy jest także arcytrudny: kuchnia strasznie droga i wstrętna — jedynie możliwe obiady w domu Zdrojowym i w niektórych pensjonatach.

7) Przepelnienie zakładu wstrętą chałatową falangą, zachowującą się niesfornie — także nie uprzyjemnia pobytu chorym. O ile mogłem wyrozumieć, lwią część tej publiki wcale nie należy do kuracjuszków — zamieszkuje u swoich współwyznawców i zabiera najlepsze miejsce

na deptaku, w parku i t. d., zanieczyszczając wszystkie kąty, rozkładające się w negliżu na ławkach i trawnikach w parku i t. d..

Komunikowano mi ustnie, iż miejscowa administracja przy zwróceniu uwagi na tę anomalie oświadczyła, „że nie ma nic przeciwko temu, aby Krynica stała się wyłącznym uzdrowiskiem żydów — gdyż ta publika nie ma żadnych wygórowanych wymagań, zadawalnia się byle czem — a w masie czyni dochód tenże sam“. Zapewne, jest to tak — lecz należy w takim razie zawiadomić szerszą publiczność o tych zapatrywaniach zarządu i nie narażać chorych na nieoczekiwane przyjemności.

8) Lekceważenie kuracuszów przez miejscową administrację charakteryzuje jeszcze następujący fakt: w domu zdrojowym znajduje się wygodny salon, przeznaczony na czytelnię, z której korzystają kuracjusze za osobną opłatą kilku koron miesięcznie.

Tymczasem podczas mojej bytności przy szkaradnej pogodzie (deszcz, zimno) administracja zajęła tenże salon na jakąś przejeżdzną wystawę obrazów — a czytelnię najspokojniej wyrzuciła na korytarz hotelowy — gdzie w skutek ciągłych hałasów, przeciągów i zimna korzystanie z czytelni było niemożliwe — a wszak to jedyna przyjemność dla przyjezdnych, z pewnością większa od wszelkich improwizowanych wystaw — na które zajmować płatną czytelnię zarząd nie miał żadnego prawa.

Oto wiązanka faktów, smutnie świadcząca o administracji Krynicy, która wymaga najszybszej reformy i zmiany ku lepszemu, czego z całego serca życzę w interesie wspólnym.

Reasumując konieczne reformy, raz jeszcze je streszczam.

a) Natychmiastowa naprawa lub zmiana podłogi w deptaku krytym — ustawienie licznych spluwaczek, pomieszczenie napisów „nie pluć na podłogę“.

b) Zaprowadzenie racjonalnego systemu czerpania i wydawania „Słotwinki“, bardziej licującego nie tylko z wymaganiami nauki, lecz i z czystością i porządkiem.

c) Wybudowanie w deptaku krytym, odkrytym i parku kilku odpowiednich klozetów.

d) Nadzór większy lekarsko-policyjny nad domami mieszkalnymi, nad sposobem żywienia chorych, nad porządkiem na deptakach, parku i t. d.

e) Większa uprzejmość ze strony administracji i w żadnym razie nie zajmowanie raz opłaconych pomieszczeń (czytelni) na inne cele.

f) Do czasu odpowiedniego rozszerzenia zakładu, ewentualnie pobudowania nowych domów łaźniowych zawiadomienie lekarzy i szerszej publiczności — że przyjmowanie większej liczby pacjentów jest niemożliwe, zwłaszcza w sezonie drugim (lipiec).

D-r M. Z.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

Z powodu artykułu kol. A. PODCIECHOWSKIEGO p. t. „Nowa choroba“ czy włośnica? („Medycyna“ N. 29) pozwolę sobie za Twojem pośrednictwem zwrócić uwagę Szanownych kolegów na pewien stosunkowo nowy i mało u nas znany objaw włośnicy, który w przypadkach wątpliwych ułatwić może rozpoznanie. BROWN,

mianowicie, badając w r. 1896 krew w przypadku włośnicy, zauważył, iż odsetka leukocytów eozynofilowych, wynosząca we krwi normalnej najwyżej 5%, tu podniosła się wyjątkowo wysoko i wahała się w ciągu dłuższego czasu pomiędzy 37 a 68%. Z biegiem czasu przekonali się inni badacze (przeważnie amerykańscy) wielokrotnie, iż bardzo wybitna eozynofilia w trichinozie

jest objawem stałym, obecnym tam od chwili zjawienia się objawów chorobowych aż do ich zniknięcia, a niekiedy nawet i dłużej. Najwyższa odsetka, jaką znaleziono, była 81 (!), najniższa (na kilkaset badań kilka razy tylko) 7% (por. R. C. CABOT. A guide to the clinical examination of the Blood. 1901).

Wobec stałości i natężenia tego objawu włośnicy i wobec trudności, a niekiedy niemożności zbadania mięśni chorych lub mięsa podejrzanego, sądzę, iż zasługuje on na baczniejszą

uwagę kolegów i uwzględnienie przy rozpoznaniu, tembardziej, iż stwierdzenie eozynofilii, szczególnie tak wybitnej, jak włośnicowej, jest bardzo łatwe i bez specjalnych metod badania skutecznie się daje.

Racz przyjąć, Szanowny Kolego, wyrazy poważania, z jakim pozostaję.

Stanisław Klejn.

Warszawa d. 4. VIII. 1903.

Wiadomości bieżące.

— Prof. BUJWID zawiadamia nas, że dotychczasowy asystent przy katedrze fizjologii uniwersytetu Jagiellońskiego pozostał nadal na swem stanowisku. Wskutek tego wiadomość o wakowaniu powyższej posady, podaną w ostatnim numerze „Medycyny“, niniejszem odwołujemy.

— Tytuł nadzwyczajnego profesora uniwersytetu lwowskiego otrzymali docenci: d-r Grzegorz ZIEMBIŃSKI i d-r Hilary SCHRAMM.

— We Francji z inicjatywy prezesa ministrów COMBES'a utworzono komisję państwową do walki z gruźlicą. Zadaniem tej komisji jest wypracowywanie i przedstawianie rządowi

odpowiednich projektów prawodawczych. Przewodniczącym komisji jest Leon BOURGEOIS, prezes izby deputowanych, towarzyszami jego— profesorowie DEBOVE i GRANCHER, a członkami: prof. LANNELONGUE, CHANTEMESSE, BOUCHARD, BROUARDEL, NOCARD, PROUST, ROBIN, DUCLAUX, ROUX i MIECZNIKOW.

— ZMARLI. W warszawie zmarł w 43 roku życia Felicyan SZMAKFEFER.

— W Radomiu zakończył życie Bolesław BUJAŁSKI, przeżywszy lat 89.

— W Berlinie zmarł w 51 roku życia profesor fizjologii Emanuel MUNK.

Od Administracji.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji o każdym nedoręczonym numerze.

Największe w świecie labor. Parke Davis et C-o

w Detroit Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura: w Nowym Jorku, Londynie, St. Petersburgu (Zamiastin per. 4).

Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wspaniałą sławę, aż tych głównie znakomite.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania **Adrenaliny** (Takaminy) przy leczeniu raka (La Presse Medicale, Paris 27 Avril, 1903 i Medical Record 23 Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTAZA Parke, Davis'a Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

KASKARA-EWAKUANT Lek tonicznie oczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

ACETOZON (C⁶H⁵CO). O. O. COCH³. Benzoyl-acetyl-hydroxyd. Nowy środek przeciw-pasorzytnicy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30 krotnie chlorok tęgci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnajnych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy tryprze, chorobach oczu, cholery, dysenterji, rozwolnieniach u dzieci, sprawach ropniczych poporodowych i t. p.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

Adres dla telegramów „Kaskara“ — Petersburg

W Warszawie posiadają na składzie: —Henryk Welt i Towarzystwo Akcyjne „Motor“.

N A Ł Ę C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektroterapia, masaż, gimnastyka. Całkowite utrzymanie wraz z leczeniem od 4 rub. dziennie.

Prospekty na żądanie gratis i franco.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon
1894 r.

1900 nagrodzony medalem
i listem pochwalnym.

Bordeau
1895 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus
i różne naturalne wina.



1897 r.

E. REJDELA w Kiszyniewie.

Naturalny koniak E. REJDELA wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) win, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonej piwnicach na sposób francuski. Zaletami swymi nie ustępuje w niczem oryginalnym koniakom francuskim. Z zamówieniami prosimy zwracać się WARSZAWA, DŁUGA 55.

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Giliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY

Produkty farmaceutyczne



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy. Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina Metylen-Blau med. Rozorcyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziątką. (Liter. na żądanie gratis i franco).