

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 34.

Warszawa d. 9 (22) 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 Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego. Podał stud. med. J. Lejberg. — Przyczynę do leczenia zapalenia ostrych ucha środkowego. Napisał D-r T. Heiman. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 85. „Socjalizacya“ medycyny i jej zgubne następstwa dla zawodu lekarskiego. 86. Leczenie świada wewnątrzmem użyciem kwasów. 87. Urazy z punktu widzenia sądowo - lekarskiego. — Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. „Płeć i zwyrodnienie“. Spr. d-r W. Chodecki. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) J. Lejberg — La dermatotherapie par la chaleur constante. 2) D-r T. Heiman — Contribution au traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) J. Lejberg — Zur Behandlung der Hautkrankheiten mittels constanter Wärme. 2) D-r T. Heiman — Ein Beitrag zur Behandlung acuter Mittelohrentzündungen.

Redaction: Dr. M Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego.

Podał

Stud. med. **Jakób Lejberg.**

Cała dermatoterapia, która jeszcze do niedawna polegała prawie wyłącznie na zastosowaniu różnego rodzaju maści, plastrów, pudrów etc., zawdzięcza swoje znaczne postępy, jakie zrobiła w ostatnim dziesięcioleciu, raczej metodom fizycznym, niż środkom farmakologicznym. Obecnie leczenie wilka czy to za pomocą promieni X, czy ultrafioletowych FIN-

SEN'a, czy też wreszcie bardzo skutecznie działających promieni niebieskich i fioletowych, widzialnych w widmie (KAISER), bez kwestyi wypiera w zupełności wszystkie dotychczas stosowane metody ze względu na czas, a przede wszystkim bez porównania cenniejsze wyniki leczenia. To samo da się powiedzieć o leczeniu znaczeniu stałego ciepła, które, jakkolwiek już oddawna znajdowało swoje zastosowanie w lecznictwie, to jednak dziś dopiero, dzięki technicznym udoskonaleńom odnośnych metod, może zająć wybitne stanowisko w wielu zaraźliwych i zapalnych chorobach skóry i pewnych

cierpieniach wenerycznych. Termoterapia, w ścisłym znaczeniu słowa, wyzyskuje zupełnie zwykle, dające się skalibrować ciepłe podnie-ty, bez żadnych ubocznych komplikacji (np. nie wchodzi w skład balneoterapii, nie służy za środek żrący w celu zniszczenia tkanki etc.). W takim razie jest ona zabiegiem, osłabiającym różne okresy zapalne, w celu metodycznego le-czenia tych zaburzeń ustrojowych i patologicz-nych zmian tkanek, które powstają bądź to dzie-ki drobnoustrojom chorobotwórczym, bądź to dzięki anomaliiom w przemianie materii, wywo-łanym przez najróżniejsze wiadome i niewiado-me nam przyczyny. Ciepło zatem leczy stany chorobowe zapalne, połączone z wysiękami płynnymi różnej natury, zarówno jak i pewne sprawy zaraźliwe, dzięki zniszczeniu *resp.* uniesz-kodliwieniu odnośnych bakterii chorobotwór-czych. Spotęgowane działanie bodźców ciepl-nych na skórę, czy to wskutek przedłużonego dopływu ciepła, czy wskutek podniesienia cie-ploty, wywołuje w niej zmiany, które BIER i BUCHNER nazwali „przekrwieniem sztucznem“. Pod wpływem tego przekrwienia występują pe-wne zmiany fizyologiczne, które, wzmagając się, oddziałują na tkankę chorą, rozluźniając i wchłaniając stałe i płynne części wysiękowe. Jednocześnie wskutek tego, że naczynia roz-szerzają się nie tylko w miejscach ogrzewanych, lecz odruchowo i w tkankach sąsiednich, wy-stępują znaczne zmiany w miejscowej, a do pewnego stopnia i w ogólnej przemianie materii. Ponieważ przyśpieszony przytem prąd krwi od-prowadza ciągle ciepło z miejsca ogrzewanego, więc ten odczyn skóry, czyli to „sztuczne prze-krwienie“ jest, zdaniem BIER'a, wyrazem jej na-turalnej obrony przed szkodliwym wpływem wysokiej temperatury. W ten sposób tłumaczy-my sobie lecznicze działanie ciepła na skórę w tych przypadkach, gdzie idzie o usunięcie wy-sięków zapalnych wogóle, nie spowodowanych przez zakażenie. Na czem jednak polega dzia-łanie ciepła w sprawach zakaźnych? Dokład-

nie na to pytanie dziś jeszcze odpowiedzieć so-bie nie jesteśmy w stanie. Z pewnością jednak twierdzić możemy, że bezpośre'dnie bakte-ryobójcze działanie stałego ciepła nie może sięgać głęboko w tkankę skór-nej lub błonie śluzowej żyjącej. Trzeba tu bo-wiem n względnąć, że krążąca krew [przeszkadza ogrzaniu się tkanki żyjącej, zwłaszcza głębiej położonej, do znacznie wyższej tem-peratury od temperatury ciała: wskutek wchłaniania dopro-wadzanych ilości ciała temperatura tkanki nie może się podnieść po nad temperaturę krwi do takiej wysokości, jaka jest potrzebna do znisz-czenia głębiej znajdujących się drobnoustrojów. Przy ciągłym np. ogrzewaniu gruczołu krokowe-go do 44, 45° C. i jednoczesnem¹⁾ mierzeniu tem-peratury w cewce otrzymywał ULLMANN¹⁾, jako najwyższą temperaturę w *pars posterior* za led-wie 39° C, w większości jednak przypadków przy tem samym ogrzewaniu temperatura cewki różni-la się od temperatury krwi tylko o kilka dzie-siętnych stopnia. Fakt ten wyraźnie świadczy o olbrzymim wchłanianiu ciepła przez krew krążącą, i przyczynę tego nieznacznego podnie-sienia się temperatury wypada nam sobie objaśni-li tylko wielką ilością krwi, w jaką obfituje gru-czoł krokowy. Możemy zatem przy głębiej umiej-scowionych sprawach zakaźnych przyjąć tylko pośrednie działanie ciepła, a mianowicie: odruchową czynność nerwów naczyniowych, ja-ko skutek wywołanego przez ciepło sztucznego przekrwienia w miejscach, powierzchowniej le-żących. Powstającemu pod wpływem tego przekrwienia obrzękowi musimy przypisać pe-wnego rodzaju chemiczne działanie w znaczeniu auto-surowiczej terapii, a wskutek odbywającego się podczas przekrwie-nia szybszego dopływu krwi tętnicznej do tkanek występują sprawy chemiczne bardzo ożywione, które najprawdopodobniej wpływają na uniesz-

¹⁾ K. ULLMANN. Zur Thermo-therapie mittels konstanter Wärme. Zeitschrift für diätetische und physikali-sche Therapie. 1902/3. Bd. VI. Heft 11.

kodliwienie pewnych bakteryi chorobotwórczych²⁾.

Wyniki leczenia za pomocą ciepła stałego ściśle są związane z metodą, jaką stosujemy, od technicznego bowiem jej udoskonalenia zależy przedewszystkiem możność utrzymania dowolnej temperatury przez dłuższy czas na stałej wysokości. A właśnie ta możność zastosowania odpowiednich maksymalnych temperatur, bez uszkodzenia tkanki, jest warunkiem, któremu może wyłącznie musimy zawdzięczyć pożądane wyniki leczenia. Ciepło wilgotne stosujemy w postaci gorących okładów, kataplazmów, gorących lokalnych kąpielei i t. d. Do najważniejszych z metod, przy których znajduje swoje zastosowanie ciepło suche, należą: stosowanie gorącego powietrza, otrzymywanego przy pomocy odpowiednich skrzynek rozmaitych pomysłów [BIER³⁾, KRAUSE⁴⁾], używanie tegoż w postaci gorących prądów i tuszów powietrznych przy pomocy aparatów VORSTÄEDTER'a⁵⁾, REICHA⁶⁾, M. HERZ'a⁷⁾, promieniowania cieplne, przy których ciepła promienistego dostarczają odpowiednie rozżarzone metalowe sztaby [ANDRY⁸⁾, KRÖSING⁹⁾], wreszcie termofory i termoforkompresy. Co się tyczy siły pojedynczych metod cieplnych, to dosyć silną podniętą są szkockie prysznicie i zlewania gorącą wodą. Stosunkowo słabiej działa ciepło stałe w postaci słonecznych kąpielei, gorących okładów, kataplazmów. Mniej więcej po-

średnie działanie wywierają t. zw. skrzynki oparowe, w których obok stałego ciepła za podniecie służy ciepło promieniste. Żadna jednak z tych metod nie jest w stanie dostarczyć nam dokładnie stałej temperatury przez dłuższy czas, nadto każda z nich posiada takie braki techniczne, które uniemożliwiają zastosowanie tych metod przy pewnych umiejscowieniach chorób.

Obu tym wymaganiom, co ważniejsza jednak pierwszemu z nich, zdaje się w zupełności odpowiadać bardzo dokładny przyrząd pomysłu ULLMANN'a. Przyrząd ten, nazwany przez autora Hydrotermoregulatorem, składa się z szeregu rur (patrz rycinę), który w pewnym miejscu kociołkowato rozszerza się w jedno naczynie, napełnione wodą, a ogrzewane za pomocą dającego się regulować płomienia gazowego resp. elektryczności. Wskutek różnicy poziomów między tem naczyniem a łóżkiem chorego ogrzana woda płynie z góry na dół ku choremu, między którym a przyrządem włączone są odpowiednie przewodniki ciepła t. zw. „termody“ (patrz rycinę), ogrzewane za pomocą przepływającej przez nie wody; od pacyenta zdąża woda przez powrotny szereg rur do naczynia, skąd znów odbywa tę samą drogę. W celu pokonania oporu, jaki napotyka woda podczas ciągłego ruchu wrurach, a zwłaszcza w termodach — nieraz bardzo wąskich — i utrzymania tego ciągłego ruchu, do przyrządu włączony jest motor w ten sposób, że tłok wewnętrzny, poruszający się do góry i na dół, przebija w pewnym miejscu szereg rur powrotny, przez co odgrywa rolę pompy ssąco-tłoczącej. Przyrząd zatem korzysta z dwóch sił: ciśnienia hydrostatycznego, powstającego wskutek różnicy poziomów, i siły motoru, tłoczącej wodę w kierunku ku naczyniu. Dla tego też przy odpowiedniej tylko wielkości motoru można zaopatrzyć w ciepło jednocześnie kilka łóżek resp. kilka miejsc na jednym pacyencie. Dzięki odpowiednio urządzonej kranom, stale umocowanym do łóżka pacyenta, możemy dowolnie regulować ilość krążącej wody, to zn. osłabić, wzglę-

²⁾ KRAUS. Ueber den Einfluss erhöhter Körpertemperatur auf Infection, Intoxication und Immunisirung. (Archives internationales de Pharmacodynamie et de Therapie. Volume VI, Fascicule V et VI. 1899).

³⁾ Ueber die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie zu Herzwecken.

⁴⁾ F. KRAUSE. Die örtliche Verwaltung ueberhitzter Luft. Muench. Med. Woch. 1898. N. 20.

⁵⁾ VORSTÄEDTER. Ueber Luftdruckmassage „Pneumo-Thermomassage“. Deut. med. Woch. 1900. N. 49.

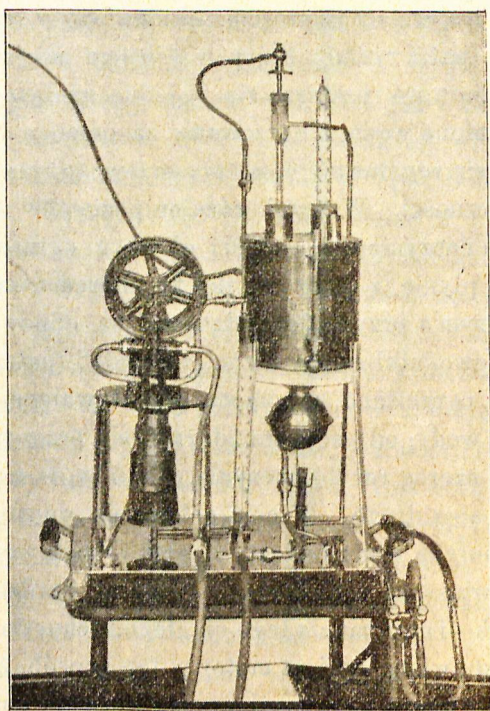
⁶⁾ N. REICH. Der Thermo-Aërophor. Verhandlungen des Kong. f. innere Medicin. 1899. S. 628.

⁷⁾ Max HERZ. Ueber die therapeutische Verwerthung der Kohlensäure und der heissen Luft. Wiener Med. Presse. 1900. S. 742.

⁸⁾ Ch. ANDRY. Zur Behandlung des einfachen Schankers. Monatshefte f. pract. Dermatol. Bd. 22. S. 516

⁹⁾ R. KRÖSING. Ueber Behandlung des Ulcus molle mit Hitzebestrahlung. Wien 1898.

dnie, wstrzymać krążenie. Ponieważ nie w każdym miejscu przyrządu, temperatura jest jednokowa, bo, naturalnie, zaraz po wyjściu z ogrzewanego naczynia mniej lub więcej opada, więc dla odczytania zastosowanej temperatury bierzemy średnią arytmetyczną z temperatur, wskazanych przez umieszczone w dwóch dowolnych miejscach termometry, lub też bezpośrednio po za termodami włączamy termometr pływający, z którego wprost temperaturę odczytu-



Hydrothermoregulator.

jemy. Z niższych temperatur możemy otrzymać tylko temperaturę topienia lodu; w tym celu skręca się płomień lampki i wrzuca do naczynia kilka kawałków lodu; kiedy lód się roztopi, cały aparat wskazuje temperaturę 0°. Z wyższych temperatur można otrzymać każdą do temperatury wrzenia, co z praktycznych względów jest rzeczą ważniejszą, ponieważ w praktyce używa-

my w większości przypadków temperatury od 36°—50° (*maximum*). Co się tyczy termod, to kształt ich musi być przystosowany do odpowiedniego organu, względnie miejsca poddanego leczeniu: znamy więc termody płaskie, wypukłe i wklęsłe różnych postaci. Prócz tego odróżniamy termody gumowe (z miękiej gumy) i metalowe (z ołowiu lub niklowanej blachy), przy czem należy zauważyć, że gumowe termody stosujemy w tych przypadkach, gdzie jest pożądane możliwe usunięcie ciśnienia na miejsce leczone; wogóle zaś używamy chętniej termod metalowych, jako lepszych przewodników ciepła. Co się tyczy stanu ciepła, które wywołuje w tkankach (wyżej wspomniane zmiany, to BIER daje pierwszeństwo w tym względzie wogóle ciepłu „suchemu“, a mianowicie w postaci gorącego powietrza. Uzasadnia on to tem, że skóra musi się ustawicznie przystosowywać do ciągłych wahań w temperaturze gorącego powietrza, a przy ciepłe suchem przystosowywać się może tem łatwiej, że naczynia skórne nie doznają zewnętrznego ciśnienia, jak to ma miejsce przy wszystkich zabiegach, połączonych z uciskiem skóry. Woda zaś gorąca, zdaniem BIER'a, nie jest środkiem, wyłącznie tylko wywołującym przekrwienie, lecz jednocześnie ma wprowadzać mniejsze naczynia i ich treść w pewien stan zapalny, który jest przyczyną tego, że prąd krwi w nich, pomimo rozszerzenia się ścian, albo nie doznaje żadnego przyspieszenia, albo w każdym razie nie tak znacznego, jakie jest potrzebne, aby mogło się ciągle odbywać pożądane wchłanianie doprowadzanego ciepła. Wielokrotne jednak doświadczenia QUINCKE'go¹⁰⁾, SALOMON'a¹¹⁾, WILLMS'a¹²⁾

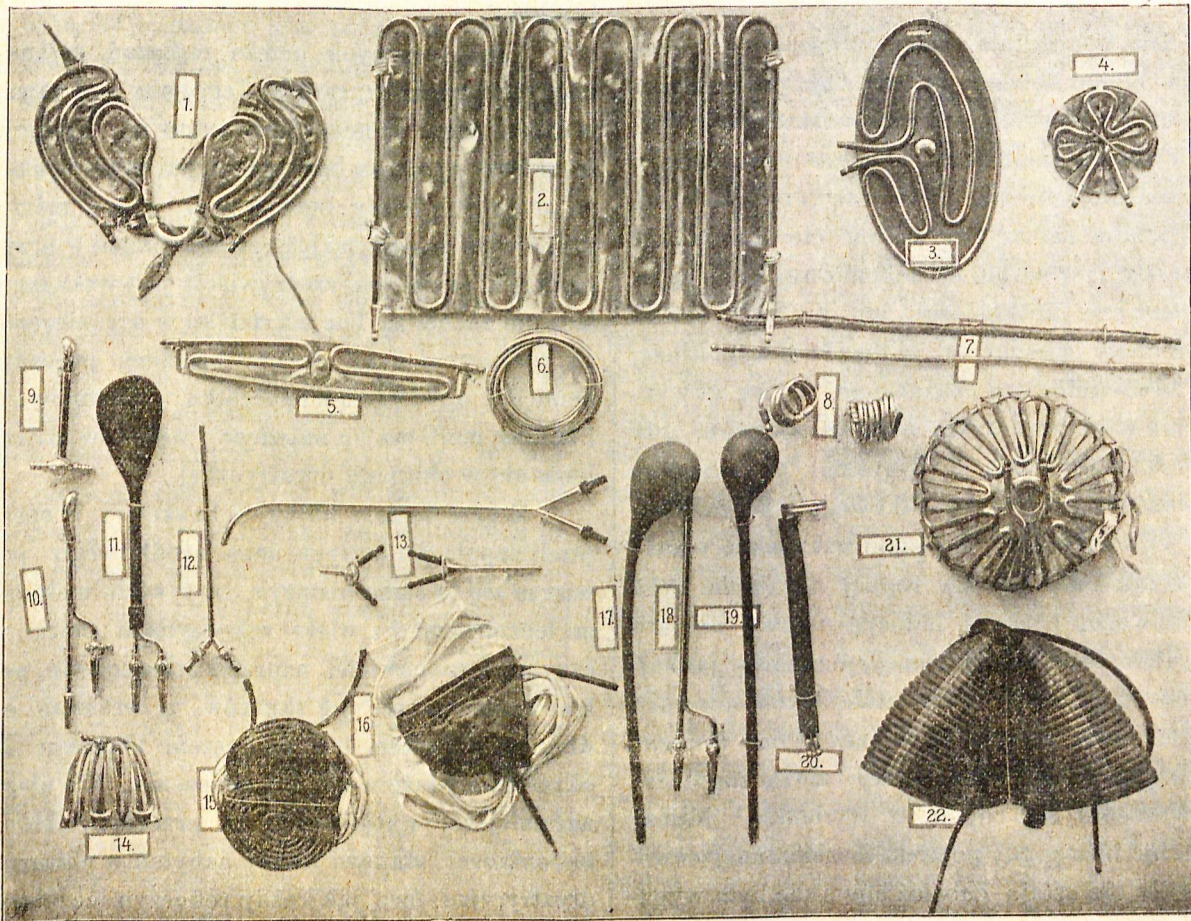
¹⁰⁾ QUINCKE. Ueber therapeutische Anwendung der Wärme. Berl. kl. Woch. 1897. N. 49

¹¹⁾ SALOMON. Ueber die lokale Wirkung der Wärme. Berl. kl. Woch. 1897. N. 50.

¹²⁾ M. WILLMS. Forcierte Wärmebehandlung bei Gelenkerkrankungen mittels eines einfachen Apparates. Deut. med. Woch. 1898. N. 23.

i ULLMANN'a ¹³⁾ nie potwierdzają wniosków Bierka; przeciwnie, stoją z nimi w zupełnej sprzeczności, bo dowodzą, że ciepło wilgotne działa na skórę znacznie intensywniej, niż ciepło suche, bardzo możliwie dla tego, że rozmięcza górne

gujemy się ciepłem wilgotnym. Najłatwiej można utrzymać skórę w stanie wilgotnym przez kilka godzin w ten sposób, że kładziemy wilgotną watę pomiędzy termodę a skórę i przymocowujemy ją do termody za pomocą nieprzemakalne-



Termody.

warstwy naskórka, a tem samem, łatwiej może się przedostać do warstw głębszych. Dla tego też przy hydrotermoregulatorze posłu-

go batystu; co kilka godzin zwilżamy watę roztworem soli kuchennej. Przy leczeniu błon śluzowych owinięcie termod wilgotną watą jest zbyteczne, ponieważ potrzebnej wilgotności dostarczają gruczoly śluzowe, których czynność jest spotęgowana pod wpływem ciepła.

¹³⁾ K. ULLMANN. Ueber die Heilwirkung der durch Wärme erzeugten, lokalen Hyperämie auf chronische und infectiöse Geschwuerproceße. Wiener klinische Wochenschrift, 1901. N. 1.

Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego.

Napisał

D-r Teodor Heiman.

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

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 33)

Dla POLITZER'a istnieje wskazanie do przecięcia błony bębenkowej w zapaleniu ostrem prostem tylko wtedy, gdy po skonstatowaniu wysięku w uchu środkowym, pomimo różnorodnego leczenia miejscowego, bóle oraz gorączka wciąż trwają, albo nawet, gdy bólowi nie towarzyszy gorączka, lecz na błonie bębenkowej istnieją sino-czerwone wyniosłości, lub też gdy pewna część błony bębenkowej, najbardziej wypukłona, jest żółto-zielonawo zabarwiona. Dalej, gdy zapaleniu ucha towarzyszą objawy mózgowo, gdy istnieją bóle tętniące (BRINGER) w połączeniu z bolesnością wyrostka sutkowego lub wrażliwością jego na ucisk. Te same wskazania stawia POLITZER i dla postaci ropnej zapalenia ucha środkowego, a skoro istnieją objawy dopiero co wymienione, należy błonę bębenkową jaknajwcześniej przeciąć. Przy istniejących objawach podrażnienia w wyrostku sutkowym wczesne przecięcie błony bębenkowej może zapobiedz wytworzeniu się ropnia w wyrostku. Należy przeciąć błonę, gdy pomimo leczenia miejscowego bóle nie ustają, chociaż błona nie była wypukłona. Nareszcie, gdy przez przedwczesne zamknięcie się otworu w błonie bębenkowej występują objawy zatrzymania ropy.

JACOBSON uważa przecięcie błony bębenkowej za wskazane w zwyczajnem zapaleniu ucha środkowego, gdy pomimo lodu, ciepłych okładów, pijawek, bóle nie łagodnieją znacznie w przeciągu 2—3 dni. Przy objawach groźnych, jak gorączka, wybitny ból głowy, podrażnieniu opon mózgowych, i gdzie obawiać się należy rychłego przerwania się błony bębenkowej, wskazane jest natychmiastowe przecięcie jej. W za-

paleniu ropnem lepiej jest w każdym razie przeciąć błonę bębenkową wcześniej, aniżeli później, i w każdym przypadku doświadczenie lekarza rozstrzygnie, czy natężenie objawów podmiotowych i przedmiotowych wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej, czy też można jeszcze spróbować ukoić bóle innymi środkami.

Z przytoczonych przeto wskazań, ustanowionych przez POLITZER'a, JACOBSON'a, a nawet w części przez samego SCHWARTZE'go, widzimy, że autorzy ci nie są bezwzględni orędownikami przecięcia błony bębenkowej quand même, jakkolwiek są stałymi jego zwolennikami w przypadkach, gdzie ono rzeczywiście jest wskazane: lecz nie zachodzą oni tak daleko w ograniczeniu go, co ZAUFAL i in. Jest to kierunek pośredni pomiędzy obydwoma na początku wymienionymi, i podług mnie ma on najwięcej widoków utrwalenia się w chirurgii otyatrycznej.

Z przecięciem błony bębenkowej w sprawach zapalnych ostrych ucha środkowego powtarza się ta sama historia, co z wielu metodami leczniczymi i z wielu rękoczynami chirurgicznymi, a mianowicie, naprzód przecenienie, potem niedocnienie jej skutków, a wreszcie po długim większem lub mniejszem błąkanii się określenie właściwego ich znaczenia. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przecięcie błony bębenkowej stanowi ważny nabytek w chirurgii otyatrycznej, lecz, jak każdy rękoczyn leczniczy, nie może stanowić środka uniwersalnego i niejednokrotnie zawodzi tam, gdzie nam się wydawał naukowo wskazanym i racjonalnie uzasadnionym. Ci lekarze, którzy stosują przecięcie błony bębenkowej już w samych początkach zapalenia i w każdym jego przypadku, podług mnie, posuwają się stanowczo zadaleko. Jakiś wyżej widzieli, wymaga np. KÖRNER utworzenia błony bębenkowej w każdym przypadku obecności wysięku w jamie bębenkowej, a zaniechanie przecięcia przy obecności bólu, gorączki i wypuklenia błony bębenkowej uważa niemal za wystę-

pek. Ponieważ wysięk, bez względu na jego charakter i ilość, towarzyszyć musi każdemu zapaleniu, stanowi bowiem jedną z jego cech, trzeboby zatem, wychodząc z tej zasady, w każdym zapaleniu ucha środkowego błonę bębenkową przeciąć. Ból, gorączka i obrzmienie, którym KÖRNER przypisuje tak ważne znaczenie, nie stanowią nic swoistego dla zapalenia jamy bębenkowej, są bowiem, jak wiadomo, towarzyszami każdego zapalenia, stanowiąc jego istotę; a przecież przeciw nim nie zawsze zabiegi operacyjne bywają przedsiębrane, w bardzo wielu przypadkach bowiem stan zapalny ustępuje pod działaniem leczenia miejscowego i ogólnego, i od tego najczęściej rozpoczyna się interwencja lekarska; sądzę przeto, że narząd słuchowy nie może pod tym względem stanowić wyjątku. I rzeczywiście, wykazuje też wieloletnie wszystkich lekarzy usznych doświadczenie, że większa część zapaleń ostrych wysiękowych ucha środkowego ustępuje szybko pod działaniem leczenia miejscowego, przeciwwzapalnego, nie pozostawiając żadnych zbożeń anatomicznych, ani też czynnościowych. Trzymając się ściśle zasad chirurgicznych wogóle, nie przypominam sobie prawie przypadku, ażebym w zapaleniu ostrem ucha środkowego był zmuszony u dorosłego, a często i u dzieci przecinać błonę bębenkową. Zawsze prawie wystarczały mi lód, okłady ciepłe, pijawki i wewnątrznie środek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy. Jakże często chorzy, bojący się noża, nie dają sobie przecinać błony bębenkowej nawet tam, gdzie jama bębenkowa zawiera ropę, i z konieczności stosować musimy inne środki, a pomimo to najczęściej otrzymujemy wyniki pomyślne.

Każda operacja chirurgiczna, a zatem i przecięcie błony bębenkowej, jeżeli ma odpowiadać swojemu celowi, musi sama przez się przedstawiać najmniejsze niebezpieczeństwo dla chorego, zaś daną sprawę chorobową postawić w takich warunkach, ażeby ją w możliwie krótkim czasie usunąć lub też ustrój uwolnić od

pewnych objawów albo łagodzić je i wreszcie zapobiegać możliwym powikłaniom. Przedewszystkiem powinno nam to służyć za prawidło, że nie należy przedsiębrać rękoczynów krwawych tam, gdzie to samo daje się osiągnąć bezkrwawo i w również krótkim czasie i bez obawy powikłań. Przecięcie błony bębenkowej samo przez się, z wyjątkiem bardzo rzadkich wyjątków, jak np. skaleczenie opuszki żyły szyjowej wewnętrznej, stanowi rękoczyn niewinny, jeżeli tylko wykonany zostanie z odpowiednią wprawą i z zachowaniem czystości, wymaganej przez chirurgię. Czy chroni przed powikłaniami, jest to pytanie, dotąd nierozstrzygnięte. Są lekarze, między innymi, BEZOLD, którzy są zdania, że nie zapobiega powstawaniu spraw chorobowych w wyrostku sutkowym, ani też powikłaniom ze strony jamy czaszkowej lub całego ustroju, zresztą powikłania w tej formie zapalenia ucha środkowego należą do wielkich rzadkości. Zwolennicy wczesnej paracentezy twierdzą przeciwnie, i podług nich operacja ta ma mieć te cudowne własności zapobiegania powikłaniom. Statystyki obszernej, któraby tę kwestyę ostatecznie rozjaśniła, dotąd niema. Wyżej wspomniana statystyka KÖRNER'a nie jest przekonywająca, gdyż jest zbyt mała, a oprócz tego nie wykazał nią autor, że ona zasługuje na pierwszeństwo przed przypadkami analogicznymi nie operowanymi. Z tych liczb można nawet wyprowadzić ten wniosek, że być może, iż niejedyn z przypadków, które pomimo przecięcia błony bębenkowej zakończyły się operacją na wyrostku sutkowym, skończyłyby się bez powikłania, gdyby błony bębenkowej nie przecinano. Podobnież można sobie wytłomaczyć znaczenie innych cyfr, podanych przez KÖRNER'a: że w sprawach ostrych i przewlekłych ucha środkowego 43 razy wykonano operację na wyrostku sutkowym pomimo przecięcia błony bębenkowej i że zrobiono 1200 przecięć błony bębenkowej, niczego to niedowodzi. Sądząc po kolosalnej liczbie wykonanych u KÖRNER'a przecięć błony bębenkowej, prawdopodobnie zna-

czna liczba ich była całkiem niepotrzebna. Autorem, bardzo często wykonywającym przecięcie błony bębenkowej, jest BÜRKNER, lecz sprawy powikłań nie rozjaśnia i jego statystyka za 1900 i 1901 rok. Na 1057 przypadków *otitis media exudativa et purulenta acuta* wykonano w klinice w Getyndze 612 razy przecięcie błony bębenkowej, niepodano zaś w tej statystyce, ile razy operowano na wyrostku sutkowym tam, gdzie nie wykonano paracentezy, a ile razy pomimo niej; w tablicy operacyjnej jest tam głucha wzmianka „831 operacji usznych“. To samo musimy powiedzieć o statystyce DÖNGLER'a, gdzie na 1677 chorych zrobiono paracentezę 454 razy czyli 27,1%. Nie przyczynia się też wczesne przecięcie błony bębenkowej do skrócenia okresu zapalnego. Ostry okres zapalenia trwa zwykle około tygodnia, a często i krócej, zaś wyjątkowo dłużej, przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia już zwykle drugiego lub trzeciego dnia, nierzadko zaś po kilku godzinach znacznie łagodnieje; zaś całe cierpienie prawie bez wyjątku po 2 lub 3 tygodniach całkiem znika, nie pozostawiając żadnych zmian. Wyjątkowo zapalenie to przechodzi w zapalenie ropne, a do najrzadszych wyjątków należą przy niem powikłania ze strony jamy czaszkowej lub ogólne — ze strony ustroju. Wprawdzie KÖRNER twierdzi na mocy swojej małej statystyki, że przez przecięcie błony bębenkowej wyzdrowienie następuje daleko prędzej i to tem prędzej, im wcześniej dokonano przecięcia. Statystyka ta jednak i dla rozstrzygnięcia tego pytania posiada te same braki, o jakich wyżej wzmiankowaliśmy, t. j. jest zbyt mała, i autor nie przeciwstawił jej statystyki przypadków analogicznych, któreby dowiodły, że zaniechanie przecięcia błony bębenkowej wywarło wpływ niepomyślny na przebieg i trwanie choroby. KÖRNER stwierdza, że po przecięciu błony bębenkowej wyzdrowienie nastąpiło między 8 a 26 dniem choroby. A przecież taki przebieg choroby otrzymujemy prawie bez wyjątku, a bodaj czy nie prędsze często zakończe-

nie choroby bez przecięcia błony bębenkowej. Po co uciekać się do rękoczynu, nie posiadającego żadnych zalet nad inne środki mniej przykre, a który oprócz tego wystawia chorego do pewnego stopnia na zakażenie wtórne ze strony przewodu słuchowego zewnętrznego? pomimo bowiem antyseptyki zakażenie z tej strony nie daje się całkiem wyłączyć. Nadto przy istniejącym otworze w błonie bębenkowej może przy wyczyszczeniu nosa wydzielina z niego łatwiej dostać się do ucha środkowego, aniżeli przy nieuszkodzonej błonie bębenkowej. Nie trzeba też zostawić bez uwzględnienia okoliczności, na którą zwraca uwagę KRETSCHMANN, że, gdy zapalenie dosięgło największego swego natężenia, być może, że wpływa pomyślnie na jego ustąpienie ciśnienie obrzniętych powierzchni śluzówki, które znosimy przez przecięcie błony bębenkowej. Jako ważny powód i korzyść z wczesnego przecięcia błony bębenkowej, podają zwolennicy jej, że ona zawsze znosi lub bardzo łagodzi ból, wywołany przez zapalenie. Przyznaję, że takie wskazanie nie wydaje mi się usprawiedliwionem wobec tego, że mamy inne środki, które również dobrze, tylko może nie tak prędko uspokajają ból, ale też nie są tak przykre, jak przecięcie. Rękoczyn ten byłby jeszcze do pewnego stopnia usprawiedliwiony, gdyby żadne środki nie pomagały w przeciągu kilku dni, ale przystępować do niego zaraz pierwszego dnia choroby jest podług mnie zbyt szkodliwym pośpiechem. Nie widząc żadnej korzyści z przecięcia błony bębenkowej w tej formie chorobowej, spostrzegam natomiast, po wczesnym wykonaniu przecięcia, że po pewnym czasie trzeba je było powtórzyć, a nawet kilka razy wykonać, gdyż bóle na nowo wracały. Pomijając tę okoliczność, że takie kilkakrotne operowanie nie sprawia chorym zbytnej przyjemności, i niejednym z trudnością daje się nakłonić do powtórnej operacji lub wcale nie daje jej sobie więcej zrobić, to nieraz sprawa chorobowa, która prawdopodobnie byłaby się pomyślnie skończyła w krótkim czasie bez

interwencji chirurgicznej, ciągnie się bez końca, przechodzi w sprawę ropną, która nieraz prowadzi do powikłań ze strony wyrostka sutkowego, operacyjnego otworzenia. Możliwe w takich razach zrobić zarzut, że operacja została wykonana nieumiejętnie, lub z niedostateczną czystością, lub że wreszcie sama sprawa chorobowa i bez przecięcia błony bębenkowej byłaby wzięła taki obrót. Otóż zarzut nieumiejętności wykonania, stawiany przez niektórych autorów (GRUNERT), lub nie zachowania należytej czystości nie wytrzymuje krytyki; trudno bowiem przypuścić, ażeby lekarz specjalista nie był w stanie wykonać operacji tak łatwej, jaką jest przecięcie błony bębenkowej, ażeby przytem zaniedbał prawideł czystości. Że sprawa mogła być taka od samego początku, tego wykluczyć nie można, stanowi to zatem tylko jeszcze jeden powód, ażeby nie spieszyć się zbyt z przecięciem błony bębenkowej, i lepiej jest czekać, dopóki nie wyjaśni się istota rzeczy; zaś w pierwszych 24 godzinach nigdy prawie niepodobna wiedzieć, czy się rozwinie zapalenie zwyczajne, czy też ropne, czy też nawet tylko zapalenie błony bębenkowej. Wprawdzie zapalenie ropne zaczyna się zwykle znaczniejszem natężeniem objawów miejscowych i ogólnych, aniżeli zapalenie zwyczajne. Nie stanowi to jednak prawidła. Nieraz zapalenie ropne przebiega prawie bez objawów, tymczasem zapalenie zwyczajne rozpoczyna się gwałtownym odczynem. Jedyne wyjątek, jaki uczynić można dla wcześniejszego otworzenia błony bębenkowej, jest zapalenie u dzieci, któremu towarzyszą objawy podrażnienia opon mózgowych; u dzieci bowiem warunki anatomiczne bardziej, niż u dorosłych, sprzyjają rozszerzeniu się sprawy chorobowej na jamę czaszkową, zwłaszcza gdy wysięk, zawarty w jamie bębenkowej, dotykając naczyń i opony twardej, znajduje się pod znacznem ciśnieniem. Ale nawet i w takich przypadkach trzeba zacząć leczenie sposobem bezkrwawym, a jeżeli ono w bar-

dzo krótkim czasie nie przynosi pożądanego skutku, wykonać przecięcie błony bębenkowej.

Zdarzają się przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego, które okazują skłonność do przejścia w zapalenie ropne; jeśli zatem przebieg choroby i objawy stwierdzają taki stan rzeczy, wskazane jest przecięcie błony bębenkowej. Lecz, powtarzam, tego nigdy w pierwszych 24 godzinach stwierdzić nie można.

Jeżeli wysięk w ostrem zapaleniu ucha środkowego przez dłuższy czas nie ulega wchłonięciu, i grożą stałe zaburzenia słuchowe, należy po bezskutecznem wyczerpaniu innych środków wykonać przecięcie błony bębenkowej, ażeby opróżnić jamę bębenkową. Zwykle jednak wysięk surowiczy lub śluzowy szybko wchłonięty zostaje przez śluzówkę jamy bębenkowej.

Gdyby zresztą przecięcie błony bębenkowej było rzeczywiście wskazane i wywierało wpływ dobroczynny w większej liczbie przypadków zapalenia ostrego ucha środkowego, to wyniki lecznicze, otrzymane przez lekarzy — a jest ich niemała liczba — którzy nie hołdują takiemu pogładowi, musiałyby być bardzo smutne, a przynajmniej gorsze daleko od wyników, otrzymywanych przez zwolenników przecięcia wogóle, a wczesnego przecięcia w szczególności. Doświadczenie wszelako nie potwierdza tego.

W zapaleniu ostrem ropnem ucha środkowego trzymać się należy ogólnej zasady chirurgicznej: „ubi pus, ibi evacua”. I tutaj wszelako przecięcia nie należy wykonywać zaraz pierwszego dnia choroby, a to z tego powodu, że, jak wzmiankowałem wyżej, w tym czasie istota choroby jeszcze się nie wyjaśniła. Ropa wytwarza się najczęściej między 3—5 dniem, w tym też czasie wskazane jest przecięcie błony bębenkowej. Również jak i w zwyczajnem ostrem zapaleniu ucha środkowego i tutaj gorączka, bóle i wypuklenie błony bębenkowej nie decydują o wskazaniu, lecz tylko obecność wydzieliny ropnej w jamie bębenkowej lub też podrażnienie opon mózgowych, ostatnie wszelako u dorosłych

niezmiernie rzadko występuje. Chorzy na zapalenie ostre ropne, jak wiemy, mają wygląd osobników ciężko chorych, są osłabieni, skarżą się na bóle, obejmujące często odpowiednią połowę głowy, przeważnie zaś umiejscowione do samego ucha i okolicy wyrostka sutkowego, ale objawy te często nie znikają od razu po przecięciu lub samowolnem pęknięciu błony bębenkowej. Zwykle tylko gorączka znika po sztucznem lub samowolnem otworzeniu się błony bębenkowej, lecz i to nie zawsze. Najważniejszą rolę w szybszem lub powolniejszym znikaniu objawów zapalnych, w większem lub mniejszem natężeniu całej sprawy chorobowej gra ciałośkład chorego, jego większa lub mniejsza odporność przeciw zatruwającemu go jadowi oraz sama jadowitość pierwiastków zakażających. Nie chcę przez to powiedzieć, ażeby przecięcie błony bębenkowej było bezcelowe; przeciwnie, przyspieszając przez przecięcie wydalenie się ropy na zewnątrz, zmniejszamy niebezpieczeństwo wessania się jej do krwi lub zgubnego działania jej na części otaczające. Przez przecięcie dajemy ustrojowi możność prędszego pozbycia się pierwiastków trujących go, a przez to nieraz zapobiegamy rozwojowi niepożądanych powikłań. W wielu przypadkach ropnego zapalenia przecięcie błony bębenkowej stanowczo skraca przebieg i trwanie choroby, i w tem jest jego wyższość nad czekaniem na samowolne otworenie się błony bębenkowej. Są jednakże przypadki i to znowu nie tak rzadkie, że przecięcie błony bębenkowej nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby, a spostrzegać można i takie przypadki, że po przecięciu błony bębenkowej choroba wzmaga się, i czas jej trwania przedłuża się. Na fakty te, nieraz przemennie spostrzegane w dwustronnem zapaleniu ropnem ostrem ucha środkowego, zwraca też uwagę POLITZER. Jako przykład podobnego przebiegu choroby posłużyć może przypadek następujący, jaki przed kilku miesiącami spostrzegałem. 42-letni mężczyzna, cierpiący oddawna na prze-

wlekły niezżyt nosa z pewnem zatknięciem tegoż z powodu przerostu muszel nosowych, zachorował na lewostronne zapalenie ropne ucha środkowego. Chory gorączkował, miał silne bóle, zaburzenia żołądkowe i czuł się niezmiernie słabym. Widziałem go czwartego dnia choroby. Stwierdziwszy obecność ropy w jamie bębenkowej, chciałem mu przeciąć błonę bębenkową, lecz chory nie chciał się na to zgodzić. Następnego dnia błona bębenkowa pękła sama przez się, i wystąpił obfity ropotok. Szóstego dnia choroby chory zaczął skarżyć się na ucho prawe. I tutaj rozwinęło się zapalenie ropne ucha środkowego. Na moje zapewnienie, że, jeśli chory da sobie przeciąć błonę bębenkową, skróci sobie znacznie czas choroby ucha prawego, zgodził się na ten rękoczyn, i czwartego dnia choroby zrobiłem mu obzerne cięcie z góry na dół w tylnym odcinku prawej błony bębenkowej. I cóż za wyniki otrzymałem? Ze strony lewej wyciek ropny ustał po 10 dniach, i słuch powrócił do stanu normalnego po 4 tygodniach od początku choroby. Tymczasem po stronie operowanej ropienie trwało przeszło pięć tygodni, a gdy ustało, poprawa słuchu zaledwie po 10 tygodniach nastąpiła, nadto dokuczały mu tętnienie w uchu i różnego rodzaju szumy, które zaledwie po kilku miesiącach ustąpiły. Szczęściem, że się obeszło bez otworzenia wyrostka sutkowego, o co się obawiałem wobec przedłużającego się ropienia. Jak się łatwo domyśleć można, chory nie był mi bardzo wdzięczny za tak świetny wynik operacyjny i miał słusne prawo twierdzić, że operacja przedłużyła mu niepotrzebnie chorobę, która na lewym uchu tak prędko i szczęśliwie bez operacji przeszła. Takie przypadki nie zdarzają się wprawdzie codziennie, ale nie należą do wielkich rzadkości i mimowoli zmuszają do zastanowienia się nad tem.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

85. „Socjalizacja” medycyny i jej zgubne następstwa dla zawodu lekarskiego.

Każdy wie, że nauczanie na wydziałach lekarskich nie obejmuje deontologii, t. j. nauki o obowiązkach lekarza. Tu i owdzie czyniono wprawdzie pewne usiłowania w tym kierunku, ale ta inicjatywa prywatna urzeczywistniała się w bardzo ograniczonym zakresie, bez programu, ściśle określonego i odpowiadającego wszystkim rolom i warunkom, do wypełniania których bywa obecnie powołany lekarz w ustroju społecznym państwa, gdzie praktykuje. W chwili właśnie, gdy młody lekarz zaczyna lub zaczynać do czynienia z klientelą, powinien on najbardziej wiedzieć, czego odeń wymagają prawa, i czego może sam oczekiwać od istniejących prawodawstw. Nie byłoby jednak zapewne nieuzasadnionem, aby od samego początku studiów lekarskich kandydat medycyny był choć cokolwiek obznajmiany z zupełnie wyjątkowem położeniem zawodu, któremu się chce oddać.

Obznajmiano go wtedy pokrótce, że wszędzie parlamenty, pod pokrywką ochrony społecznej, jednego z licznych przejawów ochrony osobistej, przedsięwzięły od pewnego czasu i dążą ustawicznie do „socjalizacji” medycyny kosztem lekarzy.

Powiedziano mu, że równie wszędzie, aby uzupełnić dzieło prawodawcze odnośnie do ochrony zdrowia publicznego, do higieny i polityki sanitarnej, do bezpłatnej pomocy lekarskiej, do zabezpieczenia się przeciw chorobom i kalcetwu, i t. d., rządy przedsięwzięły kroki administracyjne, będące prawie zawsze w sprzeczności z materialnymi lub innymi interesami naszego zawodu.

Pokazano mu na uderzających i licznych przykładach, że „socjalizacja” medycyny, która zdaje się powinna być jedną z cech epoki obecnej, stawia lekarza coraz więcej w zależności od wszelkiego rodzaju władz i prowadzi nieodbitnie do wytworzenia lekarzy-urzędników.

Zwrócono mu jego uwagę, że liczba lekarzy jest wszędzie za wielka w stosunku do zaludnienia, i że, wskutek tego walka o byt jest gorąca i bardzo przykra, nie ukrywając też przed nim, że wszystkie ubiegłe wieki nie zdołały złagodzić szeroko-słynnej „*invidia medicorum*”.

Odsłonięto mu wreszcie, że zło, na które cierpi nasz zawód, pochodzi w części od samych lekarzy, a zwłaszcza od pewnych osobistości lub wysokich urzędników lekarskich, którzy na wyższości zalecają sposoby organizacji społecznej, zdolne doprowadzić praktyków do coraz mniejszych pensyjk.

Tak powiadomiony młody człowiek mógłby wtedy postanowić, jako świadomy rzeczy, czy posiada lub sądzi, że posiada własności moralne konieczne dla wykonawstwa medycyny i czy zgadza się narażać na bardzo ograniczone korzyści i na bezgraniczną, że tak można powiedzieć, odpowiedzialność.

Nie nie przeszkadzałoby później, przy wyjściu z uniwersytetu lub przy wstępowaniu w praktykę, dostarczyć mu obszerniejszych i bardziej dokładnych wiadomości co do stosunków wykonawstwa medycyny względem prawodawstw danego kraju; ale wiedziałby on już, że prawo nie traktuje go tak, jak wszystkich obywateli, i że wymaga ono odeń znacznych poświęceń.

W tem, co wyżej powiedziane, niema żadnej przesady, i, jeżeli kto chce zdać sobie sprawę z położenia lekarza we współczesnem społeczeństwie, niech rzuci okiem na prawodawstwo lekarskie kraju, w którym „socjalizacja”, urzędnicyzm i zależność, jak sądzić można, są najbardziej posunięte. Nie trzeba na to znać prawodawstwa we wszystkich jego szczegółach; wystarczy zobaczyć całość pod postacią schematu, sporządzonego z udziałem władz lekarskich, jeżeli nie przez nie same, aby osądzić, jak liczną są społeczne obowiązki lekarza.

Każdy wie, że w Prusach — i trzeba to przyznać szerzej — państwo robi dużo dla na-

uczania lekarzy, gdyż nawzajem wymaga od nich dużo. Inicyatywa prywatna wnosi również swój bardzo cenny udział do dzieła urzędowego, które usiłuje wykończyć; przed półtora rokiem właśnie utworzył się w Berlinie komitet centralny, mający na celu organizowanie we wszystkich miastach królestwa kursów i pogadań dla naukowców i praktycznego udoskonalenia lekarzy pruskich. Dziś ten sam komitet, który, jakkolwiek pochodzenia prywatnego, ma stosunek zwładzami, urządza właśnie, z namowy ministra wyznań, oświaty i spraw lekarskich, w lutym i marcu r. b. szereg dwunastu bezpłatnych pogadań o „prawie lekarskiem“ (ärztliche Rechtskunde).

Przeglądając w programie tych pogadań po prostu tylko przedmioty, które tam mają być omawiane, ma się odrazu przed oczami dość zupełny całokształt tego, czego prawa pruskie wymagają od człowieka sztuki, t. j. od udyplomowanego lekarza, i to w kraju, gdzie wykonawstwo medycyny jest wolne i szarlatanizm bardzo kwitnący. Oto ten program, w którym wskazane przedmioty są podzielone na cztery działy: warunki prawne lekarza, odpowiedzialność lekarska, praktyka lekarska w swych różnych stosunkach społecznych, organizacja spraw lekarskich.

Wykład pierwszego punktu obejmuje cztery pogadanki:

- 1) prawodawstwo odnośnie do wykonawstwa medycyny;
- 2) publiczne zawodowe obowiązki lekarza;
- 3) lekarz z punktu widzenia prawa cywilnego;
- 4) podstawy prawne praktyki lekarskiej z punktu widzenia ekonomicznego.

Do drugiego działu należą dwie pogadanki:

- 5) odpowiedzialność w zeznaniach, czynionych przez lekarza (zwłaszcza z punktu widzenia udzielonych porad);
- 6) odpowiedzialność w czynach zawodowych.

Pięć pogadań poświęcono wytłomaczeniu trzeciego punktu:

- 7) lekarz i leczenie ubogich i umysłowych chorych;
- 8) rola lekarza w ubezpieczeniach prywatnych;

9) i 10) rola lekarza w ocenie zdolności do pracy (licząc w to zasady prawodawstwa o ubezpieczeniach);

11) lekarz i prawodawstwo apteczne.

Na ostatniem miejscu:

12) urzędowa organizacja spraw lekarskich.

Jak każdy może ztąd sądzić, program ten jest dość zupełny i po dodaniu lub ujęciu kilku numerów, zależnie od przypadku, może być zastosowany do wszystkich innych krajów europejskich, gdyż wszystkie one cierpią mniej lub więcej z powodu zła, jakie dla lekarzy wytwarza „socyjalizacja“ medycyny. Zresztą, to, co rozumieją w Prusach i gdzieindziej również pod „prawem lekarskiem“, składa się tylko z obowiązków, ponieważ prawa, przyznane praktykom, prowadzą się najczęściej jedynie tylko do posiadania prawa zapożyczania przed sądy uporzeczonych w płaceniu honoraryów pacjentów. Dla tego też nie należy się dziwić, jeżeli, w wielu krajach lekarze zatwożeni są obecnem położeniem rzeczy. Przypominamy sobie zapewne okrzyk trwogi, wydany przez lekarzy w Austrii, kiedy zapowiedzieli oni zwołanie na wiosnę r. b. „Zjazdu medycyny socyalnej“. Prawie w tym samym czasie widzieliśmy, że lekarze szwajcarscy, na pierwszym zebraniu ich Izby lekarskiej protestowali przeciw pewnym rozporządzeniom prawa z roku 1901 o ubezpieczeniu wojskowych przeciw chorobom i wypadkom, rozporządzeniom, które są najzupełniej nieprzyjemne dla lekarzy; co więcej, mają oni pewne obawy wobec przed-projektu kodeksu karnego, który zawiera szereg artykułów, mających na widoku odpowiedzialność lekarską w rozmaitych warunkach. Wreszcie ostatni przejaw złego przybywa z Holandyi: niderlandzkie Towarzystwo dla postępu medycyny, w którym przyjmują udział prawie wszyscy lekarze kraju, i które było dotąd tylko Towarzystwem naukowem, odbyło 18 grudnia r. z. ogólne zgromadzenie, na którym postanowiono zmienić ustawę Towarzystwa tak, aby mogło ono zajmować się obroną interesów socyalnych lekarzy i utworzyć komisję do spraw zawodowych. Nie będziemy mówili o Włoszech, gdzie oddawna już lekarze walczą o polepszenie położenia tych „*medici condotti*“, którzy są niegodnie wyzyskiwani przez zarządy gminne. Nie wspominamy też i o Francyi, gdzie wogóle

samoobrona ogranicza się na przeciwstawieniu nakazom władz publicznych siły bezwładności; ale złe istnieje tam, zupełnie jak i gdzieindziej, bo jest ono ogólne.

Przeciw temu nieustannemu wprowadzaniu kroków prawodawczych lub administracyjnych, prawie zawsze niekorzystnych dla materialnych interesów lekarzy, trzeba się będzie wcześniej lub później zdecydować na probowanie czegoś. Trudno tu wskazać skuteczne sposoby walki. Co do nas, kończy sprawozdawca „Semaine médicale” — a wyznanie to kosztuje nas dużo — to mówimy otwarcie, że nie umiemy wskazać tych sposobów.

(*La semaine médicale* N. 2. 1903).

86. H. LEO. **Leczenie świądu wewnętrznym użyciem kwasów.**

U chorego 25-letniego, cierpiącego na bardzo znaczny świąd ogólny więcej niż rok, autor, nie znalazłszy przy badaniu nic nieprawidłowego, prócz zasadowości moczu zależnej od nadmiernego wydzielania fosforanów, przyszedł do wniosku, że objawy swędzenia zależą od nadmiernej zasadowości krwi i zalecił odpowiednie leczenie: co dwie godziny po 10 kropel 50% roztworu kwasu solnego. Pod wpływem tego leku natężenie świądu zmniejszyło się, i mocz stał się jednocześnie czystszy. Po kilku dniach autor zalecił co 2 godziny łyżkę stołową roztworu kwasu siarczanego 1,5% z początku, potem 2,5%, i swędzenie ustąpiło zupełnie.

Od tego czasu autor wypróbował z powodzeniem to samo leczenie w innym przypadku ogólnego świądu, jak również i u kobiety, dotkniętej świądem sromu.

U trojga wspomnianych chorych mocz przed leczeniem miał odczyn zasadowy lub przynajmniej obojętny. Ale autor wypróbował leczenie kwasami mineralnymi (kw. siarczany i kw. fosforowy) w pewnej liczbie przypadków, gdzie odczyn moczu był prawidłowy. Obok kilku niepowodzeń otrzymał tym sposobem wyleczenie u jednego mężczyzny ze świądem ogólnym i u dwóch wiekowych kobiet, cierpiących na świąd sromu.

Leczenie kwasami zdaje się przeto zasługiwać na wyprobowanie każdy raz, gdy idzie o objawy świądu z ciemną etiologią, i to czy istnieje przytem zasadowość moczu, czy też nie.

(*La semaine médicale* N. 5. 1902).

87. J. ALBA CARRERAS. **Urazy z punktu widzenia sądowo-lekarskiego.**

Autor zwraca uwagę na znaczenie sądowo-lekarskie pewnych ran głowy, których wyleczenie zdaje się faktem dokonany.

26-letni robotnik, zupełnie zdrowy, otrzymał w kłótni uderzenie cienkim i ostrym nożem w lewy dół skroniowy, na wysokości skrzydła kości klinowatej; rana skóry, która ztąd wynikła, miała 3 centymetry i zabiłżniła się powoli, tak iż chory nie był zmuszony przerywać nawet pracy.

Po upływie 15 dni, w następstwie lekkiego nadużycia napojów wysokowych, człowiek ten zmarł prawie nagle ze wszystkimi objawami krwotoku mózgowego lewej półkuli. Ta niespodziana śmierć nagła spowodowała oględziny pośmiertne. Sekcja wykazała obecność obszernego zbiornika, utworzonego z ropy, krwi i skrzepów, w dolnej części lewego zrazu skroniowego: ropa pochodziła z rozmiękczenia istoty mózgowej tego zrazu, a krew z tętnicy mózgowej średniej; wylew stworzył się świeżo do komory bocznej. Droga, przebyta przez nóż, była łatwa do ustalenia: skóra była zabiłżniona, ale w głębi istniała tkanka ziarninowa, która prowadziła do szczeliny kostnej, zajmującej skrzydło kości klinowatej i długiej na 15 milimetrów. Po za nią opona twarda, pozostawszy przyległą do kości, miała szczelinę takich samych rozmiarów; część istoty mózgowej tworzyła przepuklinę po przez szczelinę czaski. Nie było nigdzie żadnego obrażenia — takiego jak np. ropienie w uchu średnim — któreby mogło wywołać ropienie mózgowe i krwotok, który był jego następstwem.

(*La semaine médicale* N. 40. 1902).

Stanisław Rostan.

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Sekcja asenizacji miast i badania produktów spożywczych.

Co się tyczy asenizacji miast, to prócz streszczonych już odczytów KLARNERA GRODECKIEGO i MICHAŁOWSKIEGO, mówili d-r WERNIC o stanie i potrzebach sanitarnych Kalisza, a d-r L. ZALESKI — Płocka, dając przykład i wzór cennymi swemi pracami, co i jak trzeba zbadać przede wszystkim w każdym mieście, by się zabrać skutecznie do poprawy jego stanu sanitarnego.

Z bardzo szczegółowej pracy o stanie Kalisza przytoczymy tu: wąskość jego ulic, mostów i placów, pozostawienie wewnątrz miasta placów targowych, które doskonale mogłyby być przeniesione za miasto. Szluzy na Prośnie, tamujące zupełnie jej bieg przy niskim stanie wody, zanieczyszczenie rzeki. Zły stan schodów i sieni oraz brak bram wjazdowych w starych domach; podwórza ciasne i brudne, zwłaszcza w dzielnicy żydowskiej; zły rozkład mieszkań; suteryny ciemne, wilgotne, nieraz bez podłóg. Zły stan sanitarny gimnazjum żeńskiego, wielu szkół elementarnych miejskich; złe przewietrzanie kościołów, brak pieców w zakrystyach, brak kaplic przedpogrzebowych. Woda do picia zaledwie w kilku studniach na sto kilkadziesiąt jest odpowiednia. Złe mleko i masło. Ciemne i nader brudne żydowskie piekarnie i cukiernie. Rażąca niedokładność ksiąg ludnościowych. Plan przyszłych prac nad higieną miasta.

Do stron dodatnich Kalisza trzeba zaliczyć piękny park i wogóle bogate zadrzewienie, dobre oświetlenie (latarnie gazowe Auerowskie), niezłe utrzymane kąpiele i szpitale, dwie studnie artezyjskie, porządną rzeźnię, zamierzoną wkrótce budowę wodociągów.

Co do Płocka, to d-r ZALESKI w bardzo ciekawej swej pracy wniknął w istotę jego warunków sanitarnych i dał historyczny obraz usiłowań, podjętych w celu ich poprawienia. Szczęśliwym warunkiem zdrowotnym dla Płocka jest jego położenie na wzniesionym brzegu Wisły, niezmiernie ułatwiające zaprowadzenie wodociągów i kanalizacji. Ujemnym warunkiem jest to, że miasto stało na bardzo grubym nieprzepuszczalnym pokładzie gliniastym i to jeszcze ze spadkiem nie ku rzece, ale od rzeki. Następstwem tego były stawy, błota i bagna w różnych częściach miasta, od stu lat stopniowo zasypywane; następstwem dalszem było zawilgocenie gruntu, domów i mieszkań. Powoli od r. 1878 dano odpływ wodom rowami brukowanymi, narazie odkrytymi, później zamienionymi na kanały. Od r. 1896 Płock ma wodociągi.

Do stron dodatnich Płocka należą: bogate zadrzewienie, ogrody, skwery, szerokie ulice i obszerne podwórza w wielu domach, halle targowe. Do ujemnych — wadliwe usuwanie nieczystości, śmieci i pomyj — w obec nieprzepuszczalności gruntu tem szkodliwsze. Dalej: bruk, rynsztoki, niedokładne zamiatanie ulic, zaniedbywanie ich polewania, brak podwórz w żydowskiej części miasta, zbyt wysoka cena wody z wodociągów obok braku choćby jednej studni w mieście z dobrą wodą, zły stan dwóch targów i rzeźni, brak kamery dezynfekcyjnej.

Najpilniejsza potrzeba — kanalizacja — ma być niezadługo zaspokojona niewielkim kosztem (150 tys. rs. według projektu inż. ZIENKIEWICZA) przez pobudowanie odrębnych dla nieczystości kanałów z rur glinianych polewanych.

Śmiertelność Płocka dawniej (1861—1870) wynosiła 29,6‰, później spadła do 23,5‰, po zaprowadzeniu wodociągów do 21,3‰. Tyfus brzuszny, dawniej pospolity w mieście, dziś stał się rzadkością.

W robocie jest mapa sanitarna Płocka, układana na podstawie ankiety.

Piękna praca d-ra SZULCA „Żyrardów pod względem sanitarno-statystycznym“ zasługuje na naśladowanie. Są to ujęte w tablice wyniki 10-letnich spostrzeżeń lekarzy fabrycznych Żyrardowskich nad śmiertelnością i zachorowaniem ludności fabrycznej. Streszczać tej pracy niepodobna. Śmiertelność wynosiła 38,9‰ (5,85‰ z chorób zakaźnych, 5,87‰ z gruźlicy). Śmiertelność dzieci do lat 15 góruje niezmiernie nad śmiertelnością dorosłych: stosunek pierwszej do drugiej równy jest 72,5 : 27,5, kiedy normalny wynosi 56 : 44.

D-r SZULC wnosi, że wszelka akcja sanitarna winna się opierać na dokładnych danych statystycznych. Za najpilniejsze zadanie sanitarne w Żyrardowie, a zapewne i w innych osadach fabrycznych uważa na mocy swej pracy: zmniejszyć śmiertelność z gruźlicy, z chorób zakaźnych i z chorób narządu trawienia u dzieci.

P. E. SZENFELD wypracował projekt i kosztorys najtańszych wodociągów dla małych miast. Jeżeli pominąć wodę potrzebną do polewania ulic i ogrodów oraz gaszenia pożarów, to do picia i gotowania wystarczy przy naszej dzisiejszej kulturze 25 litrów wody (2 wiadra) na głowę i dobę.

Uwzględniając czas największego zapotrzebowania wody, wypadnie, że dla osad do 1000 mieszkańców dość będzie 3500 litrów wody na godzinę, czerpanych z jednej tylko studni wierconej, 150 stóp głębokiej z porządną pompą. Koszt takiej studni wyniesie 1500 r.

Dla osady do 2 tysięcy mieszkańców potrzeba 2 takich studzien kosztem 3 tys. rubli.

Dla osady do 3 tys. mieszkańców opłaci się już urządzenie rodzaju wodociągu: jedną wydajniejszą studnię, motor naftowy o sile 4 koni, dzwon powietrzny zamiast wieży ciśnienia, rury podziemne do 6 miejsc czerpania. Koszt wyniesie 7100 r.

W mieście z 5 tys. mieszkańców potrzeba dwóch wydajniejszych studzien, motoru o sile 6 koni, a opłacić się tu już i krany pożarowe (15)

w odległościach 100-metrowych. Koszt 19 tys. rubli.

W mieście z 8 tys. mieszkańców potrzeba 3 studzien, 2 motorów 6-konnych i 30 kranów pożarowych. Koszt — 33 tys. rubli.

Koszt wody wynosi najwyżej 1/8 kop. za wiadro. Gdyby pobierać za nią po 1/2 kop., to już wystarczy i na amortyzację i na pobudowanie budek przy studniach dla poborców opłaty za wodę.

P. F. PRUSINOWSKI radzi dobrą wodę źródlaną sprowadzać do potrzebującej jej wsi i miasteczek szerokimi rowami odkrytymi, we wsiach zaś pobudować zakryte ocembrowane zbiorniki tej wody, przepływającej przez nie do innych wsi.

W kwestyi wód ściekowych p. Wl. PIOTROWSKI zwracał uwagę, że sprawa ta przeważnie higieniczna po części jest i ekonomiczną (niszczenie ryb, łąk nawet, niezdatność wody do użytku hodowlanego i przemysłowego). Z radością witać należy przepisy prawne, żądające oczyszczenia i unieszkodliwienia wód ściekowych przed wpuszczeniem ich do rzeki. Następuje tu jednak zaraz cały szereg wątpliwości, pomijając już wątpliwość zasadniczą, podnoszoną przez niektórych higienistów niemieckich, czy wód publicznych nie należy uważać za naturalne kanały ściekowe? Czy słusznem jest stosować te same żądania do wszystkich wód bez względu na ich wielkość, szybkość prądu i t. p.? Co uważać za szkodliwe zanieczyszczenie mineralne?

Głównem pytaniem jest, co uważać za wodę ściekową nieszkodliwą? Na pytanie to są propozycje odpowiedzi: bardzo surowe angielskie i łagodniejsze niemieckie (DUNBAR'a i ТИУММ'a). Te ostatnie brzmią: 1) Usunięcie części zawieszonych z wody. 2) Woda ściekowa nie powinna gnić w butelkach zamkniętych przy 20°C. w ciągu tygodnia, ani wydzielać siarkowodoru. 3) Żąda się, ażeby ilość tlenu była zredukowana o 60%. 4) Ażeby w ścieku nierozcieńczonym mogły żyć ryby.

Próba rybna byłaby najdostępniejsza dla wszystkich. W każdym razie dla całej tej sprawy nieodzowna jest stacya rozbiorowa i doświadczalna ściekowa.

P. PRUSINOWSKI dla odprowadzania ścieków poleca wyprobowaną empirycznie przez siebie mieszaninę świeżo zlaną roztworów

chlorku sodu i saletrzanu ołowiu w stosunku 20 do 6 części.

P. F. RYMKIEWICZ celem zachowania dla gospodarstwa cennych związków azotowych, zawartych w nieczystościach, poleca gorąco asenizację proszkiem mchowym otwockim (z rodziny Bryaceae). Puderklózety automatyczne gwarantują każdorazowe zasypanie 2 — 3 łutami proszku i zupełną bezwonność. Urządzenie takiej asenizacji w większych miastach (30 tys. mieszkańców) kosztowałoby jednorazowo 1½ — 3 rub., rocznie zaś 75 kop. na osobę. Po sprzedaniu kompostów wypadaloby to 2 — 3 razy taniej, niż wywózka sposobem Bergera.

D-r J. BRUNER odmawiał większego znaczenia badaniom wody bakteriologicznym ilościowym, kładł zaś nacisk na potrzebę badań jakościowych przy wybuchu epidemii.

Na konieczność badania produktów spożywczych zwracał uwagę p. M. BIAŁOBRZEWSKI, twierdząc z całą stanowczością, że niema w Warszawie produktu spożywczego, w jakikolwiek sposób przerabianego, któryby nie podlegał mniejszym lub większym zanieczyszczeniom. Jest to następstwo wzrastającej stale konkurencji, posuwającej się do coraz większej niesumienności. Walka z fałszowaniem produktów spożywczych nie jest rzeczą łatwą. Jako główne środki obronne B. poleca: szerzenie wśród ogółu wiadomości o własnościach produktów codziennego użytku i pojęć o rodzajach fałszowań; dochodzenie przez publiczność swej krzywdy w razie oszustwa przy sprzedaży, za co prawo karze bardzo surowo. Z drugiej zaś strony konieczne jest urządzenie stacji analitycznych, by umożliwić zarządowi miast nadzór nad produktami spożywczymi.

P. Z. KŁOSSOWSKI wykazywał, że do zakładania u nas takich pracowni, z konieczności skromnych, posługujących się prostymi tylko metodami badania, nadawałyby się najlepiej apteki. Oszczędziłoby się tu przy tworzeniu pracowni analitycznej i na przyrządach i na odczynnikach, które w znacznej części apteka ma już gotowe, wreszcie i na pensji dla prowadzącego pracownię. Aptekarz mógłby poprzestać na daleko mniejszym wynagrodzeniu, niż każdy inny laborant, umyślnie mianowany. Analizy produktów dla publiczności powinny być bezpłatne.

Jakkolwiek bądź, pracownia taka wymaga odrębnego i odpowiedniego pokoju, a przynajmniej kącika, pewnego nakładu, wreszcie i odpowiedniego uzupełnienia wiadomości naukowych farmaceuty. Konieczne nam są i odpowiednie podręczniki.

P. KL. opisał działalność takiej pracowni analitycznej, urządzonej na większą nieco skalę przy aptece w Zamościu staraniem miejscowej komisji sanitarnej.

Wobec tego, że większość chorób zakaźnych szerzy się zależnie od ilości pyłków w powietrzu, że suma opadów atmosferycznych wpływa na ilość tych pyłków, a kierunek wiatrów może wpływać na kierunek szerzenia się zaraz, w obec tych i podobnych im względów p. G. TOŁWIŃSKI nastawał na konieczność badań meteorologicznych, prowadzonych systematycznie przez lekarzy z zawczasu powziętym celem lekarsko-higienicznym.

P. T. wskazywał na swoje i cudze spostrzeżenia, wykazujące związek czynników meteorologicznych i zjawisk chorobowych. W ogóle jednak w dziedzinie tej zrobiono bardzo mało. Uzdrowiska i letniska powinny prowadzić spostrzeżenia heliograficzne, a to ze względu na ogromne znaczenie promieni słonecznych dla ustroju ludzkiego.

W dyskusji d-r POLAK wniósł, aby stacje meteorologiczne zakładać przynajmniej w tych miastach, które będą miały obowiązkową rejestrację przyczyn śmierci przez lekarzy, i aby dane meteorologiczne zestawiać z danymi o śmiertelności we wspólnych buletynach.

Wnioski Sekcyi asenizacji miast

i badania produktów spożywczych.

1) Sekcyja uprasza Radę Tow. Higienicznego o zebranie danych o kosztorysie istniejących już w Królestwie Polskiem pracowni analitycznych, jak również o źródłach dochodu na utrzymanie danych pracowni i o odniesienie się do władz właściwych z prośbą, aby zwróciły uwagę i zechciały zająć się kwestyą założenia stacji higienicznych.

2) Sekcyja uważa za bardzo pożądane, praktyczne i ekonomiczne dla małych miast zakładanie pracowni analitycznych przy aptekach.

3) Sekeya uważa za bardzo pożądane zbieranie statystycznych danych co do śmiertelności i chorobowości w mniejszych miastach i osadach kraju, z uwzględnieniem miejscowości fabrycznych.

4) Sekeya przychyliła się do zdania p. TOŁWIŃSKIEGO o pożyteczności obserwacji meteorologicznych i zbierania materiału w celu zestawienia ze statystyką chorobowości.

5) Pożądane są wiadomości o sanitarnym stanie wszystkich miast kraju na wzór przedstawionych przez d-ra WERNICA z Kalisza i d-ra ZALESKIEGO z Płocka.

6) Sekeya uważa za konieczne zaopatrywanie mniejszych miast i miasteczek w wodę do wewnętrznego użytku wyłącznie ze studzien wierconych.

7) Ilościowe bakteryologiczne badanie wody do picia niema praktycznej wartości; natomiast badanie jakościowe jest pożądane i niezbędne podczas zachorowań w celu określenia obecności bakterii chorobotwórczych.

8) Sekeya uważa, że: humifikacja ekskrementów i odpadków życia codziennego może

być uskuteczniata i zalecana przy pomocy sproszkowanego i wysuszonego torfu włóknistego.

9) Sekeya uważa za konieczną potrzebę położenia nacisku na wykonanie przepisów, zabraniających zanieczyszczania naturalnych zbiorników wody.

Przy otwarciu narad d-r CHELCHOWSKI mówił o zadaniach Towarzystwa Higienicznego w zakresie higieny ludu, a d-r HEWELKE rzucił projekt organizacji nadzoru sanitarnego obywatelskiego na wzór cyrkulowych kuratorów zdrowia w Odessie, a poniekąd i na wzór naszego towarzystwa opieki nad zwierzętami. Należałoby uzyskać rozszerzenie w tym kierunku ustawy towarzystwa higienicznego i pewne prawa dla przyszłych opiekunów rewirowych sanitarnych. W ten sposób towarzystwo higieniczne weszło by odrazu na drogę praktycznej działalności.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Prof. d-r Juliusz MÖBIUS.

„PŁEĆ i ZWYRODNIENIE“.

1903.

Sprawozdawca Dr WŁADYSŁAW CHODECKI

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 33).

Pomówimy teraz o innych nieprawidłowościach części płciowych, jak kryptorchizm (wnętrostwie), *hypospadiasis*, ginekomasty, infantylizm i t. d.. Anomalie te są tylko łagodnymi formami hermafrodytyzmu. Różnica jest ta, że u hermafrodytów możemy mylić się co do

płci, tutaj jednak cecha płciowa jest niewątpliwa.

Jak przy hermafrodytyzmie, tak i tutaj liczba anomalii jest znaczniejsza u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Pod „*hypospadiasis*“ rozumiemy wadę rozwojową cewki moczowej, zasadzającą się na tem, iż ujście tego kanału znajduje się w powstaci szczeliny na dolnej stronie prącia. Im większa jest ta szczelina i im więcej opuszcza się na dół, tem prędzej znajdujemy i inne nieprawidłowości; żołądz i prącie są w stanie szczątkowym, zarówno jak i jądra. Dotknięty hipospadyazą niezdolny jest do stosunków płciowych i do zapłodnienia kobiety, a i po-

wierzchownie podobny jest do hermafrodyty przez brak zarostu, głos wysoki i okrągło-kobieccę formy. Sądzą zwykle, że przy „*hypospadiasis glandularis*“ człowiek zresztą jest normalny, ale i tutaj przy dokładniejszym badaniu, mianowicie stanu umysłowego, znajdziemy objawy zwyrodnienia. J. J. ROUSSEAU cierpiał także na „*hypospadiasis*“.

Obok hipospadyazy znajdujemy często stan, określany jako „kryptorchizm“ (wnętrostwo). Jak wiadomo, jądra powstają w jamie brzusznej i następnie dopiero opuszczają się do moszny. Jeżeli jądro nie opuszcza się lub zatrzymuje się w kanale pachwinowym, mamy do czynienia z tak zwanym „kryptorchizmem“. Opuszczanie się jądra do moszny powinno ukończyć się w ósmym miesiącu życia płodowego. Zatrzymane jądro zwykle zanika. Jeżeli jedno jądro zostaje zatrzymane, złe nie jest wielkie, gdy jednak stan ten jest obustronny, to dotknięty tą anomalią zwykle jest nieplodny, a prącie i moszna są po większej części w stanie zaniku. Wtedy to i drugorzędne cechy płciowe są słabo wyrażone.

Znajdujemy czasami jądra w stanie szczerakowym, jakkolwiek nie zostały one w kanale pachwinowym; nazwano ludzi, mających cechy eunuchów, „eunochoidami“. W najnowszych czasach Paweł SAINTON opisał całą rodzinę, dotkniętą tą anomalią.

Dobrze zbadana jest „ginekomastyja“. Stan chorobliwy polega na tem, że u chłopca gruczoly sutkowe rozwijają się, jak u kobiety, jądra zaś nie rozwijają się prawidłowo. I w tym wypadku kilku członków jednej rodziny zostali dotknięci tą anomalią rozwoju.

LAURENT poświęcił temu przedmiotowi bardzo interesującą monografię. Opisuje uczony ten przypadek niejakiego Pawła D., który cierpiał na padaczkę i był skłonny do pijactwa i nadużyć płciowych. Indywiduum to już przy urodzeniu miało ogromne gruczoly sutkowe, które ciągle się zwiększały. W 35 roku życia Paweł D. był 135 ctm. wysoki, dosyć silny i baryczny; twarz, piersi i członki były pokryte gęstym włosiem. Zęby stały jeden obok drugiego, jak pręty w klatce. Gruczoly sutkowe miały wielkość pomarańczy; prącie zaś i jądra były bardzo małe, włosy na częściach płciowych skąpe.

Dziadek Pawła D. miał również gruczoly sutkowe bardzo duże, ojciec jego był pijakiem. Ojciec zaś matki był również pijakiem, a matka — hipochondryczką. Paweł D. miał ośmioro rodzeństwa, które weześnie wymarło. On sam ożenił się w 23 roku życia i spłodził 3 dzieci. Pierwsze dziecię chłopczyk był ginekomasta i złośliwego nadzwyczaj charakteru. Kiedy urodziło się trzecie dziecko, chłopiec wpadł w wściekłość, żądał, by niemowlę utopić i nie chciał ani jeść, ani pić. Chłopiec ten umarł weześnie na zapalenie opon mózgowych. Drugie dziecię umarło również weześnie. Trzecie dziecię już w 7 roku życia miało gruczoly sutkowe, jak mandarynki. Już zaraz po urodzeniu gruczoly sutkowe były wielkości orzecha włoskiego i wydzielaly płyn podobny do mleka. Dziecię było bardzo tłuste i po przejściu zapalenia opon mózgowych — osłabione na umyśle.

LAURENT opisuje pewien bardzo pouczający przypadek epileptyka, który miał dziewięcioro dzieci. Wszystkie dzieci były albo słabo umysłowo rozwinięte, cierpiały na konwulsje, albo też przedstawiały rażące anomalie w budowie organów płciowych.

MAGNAN opisuje pewnego ginekomastę osłabionego na umyśle, który pochodził z rodziny chorej umysłowo. Był on nadzwyczaj drażliwy, cierpiał na napady strachu i szaleństwa; piersi miały wielkości mandarynki. Prącie i moszna były bardzo małe, jądra wielkości grochu. Krtań była mała, głos kobiecy. Włosy miało indywiduum to bardzo rzadkie, koloru jasno-blond i żyło z kochanką. Ginekomaści są zwykle zdolni do stosunków płciowych, ale są nieplodni. O nieprawidłowościach popędu płciowego u nich mamy bardzo mało badań. Największa część ginekomastów pochodzi z rodzin, obciążonych dziedziczną skłonnością do chorób umysłowych; mają w bliskim pokrewieństwie alkoholików, zbrodniarzy i obłąkanych. Ginekomaści są zwykle słabi na umyśle, pozbawieni zmysłu moralnego; nierzadkie są stany podrażnienia i rzeczywistej choroby umysłowej.

W większości przypadków hipospadyazy, wnętrza i ginekomastyi możemy słusznie mówić i o feminizmie, ale właściwiej jest zachować tę nazwę dla tych przypadków, w których anomalie te organów płciowych nie istnieją, ale za to męż-

czynna przez całą swą budowę, bogactwo tkanki tłuszczowej, głos i t. d. staje się podobnym do kobiety. U „feministów“ tego rodzaju części płciowe są zwykle bardzo małe, ale prawidłowo sformowane. Przy dokładniejszym badaniu jednak pokazuje się zwykle, że jądra są w stanie mniejszego lub większego zaniku. Czy płodność nie jest zakłócona, nie da się na pewno powiedzieć. Pod względem umysłowym mają feminiści w swej istocie zawsze coś kobiecego. Objawia się to od najwcześniejszego dzieciństwa: takie chłopcy łączą się zawsze z dziewczynkami, lubią bawić się lalką. Następnie interesują się strojami kobiecymi, lubią zajmować się gospodarstwem kobiecym, czują wstręt do mocnych napojów, do tytoniu, przepadają za słodyczami, nie czytają polityki, ale uprawiają z zamiłowaniem literaturę piękną. Niekoniecznie jednak popęd płciowy ma być opaczny. Wielu feministów bez zarostu, z czysto kobiecymi formami, ma jednak popęd płciowy do kobiet i odrzuca z oburzeniem myśl o miłości do mężczyzn. Inni znowu są urningami i przy silnie wyrażonym feminizmie jest właśnie opaczne uczucie płciowe bardzo częste; feminiści ci czują się płciowo, jak kobieta, i chcieliby, jak ona, mieć stosunki płciowe z mężczyzną. Większość wyraźnych feministów odznacza się małym stopniem rozwoju umysłowego. W głębokiej starożytności typ feministów dobrze był znany, i artyści posługiwali się nim dla przedstawiania pięknych postaci np. Apollina.

Teraz słów parę powiemy o infantylizmie. Ta forma zwyrodnienia zdarza się u obu płci, polega zaś na tem, że nawet w okresie dojrzałości płciowej istnieją cechy dziecięce. Młodzieńcy przypominają nierozwinięte dziewczynki, te zaś mają w swej istocie coś chłopięcego. Główka jest mała, twarz okrągła i bez wyrazu, a części płciowe są bardzo małe. Często zdarza się osłabienie umysłowe: o ile się zdaje, ten brak prawidłowego rozwoju zależy od cierpienia gruczołu tarczowego.

Nieprawidłowości w istocie płciowej u kobiety są nierównie rzadsze, a po większej części ukryte. Zbadanie dokładne stanu cielesnego i duchowego jest trudne, dla tego nasza wiedza w tym kierunku dużo pozostawia do życzenia. Podają często, że zdarzają się kobiety z nadmiernie dużą lechtaczką (*clitoris*), które mogły-

by zastąpić mężczyznę. Kobiety z wielkim zarostem bywają pokazywane za pieniądze; zarost u kobiet zdarza się często przy zupełnie prawidłowych organach płciowych. Oprócz zarostu, możemy znaleźć głos męski z bardzo wystającą krtanią i czysto męskie kształty ciała; ale równie często zdarza się zarost u kobiet bez tych właściwości. O stanie psychicznym tego rodzaju osób wiemy bardzo mało. Znajdujemy u nich bardzo często silne uwłosienie na rozmaitych częściach ciała, a na organach płciowych włosy sięgają aż do pępka.

Jako „*viragines*“ określamy kobiety, które co do kształtów, zachowania się i kierunku umysłowego przypominają wyraźnie mężczyznę. U indywidualów tego rodzaju spotykamy ślady zarostu, męskie rysy twarzy, wzrost wysoki, ruchy męskie, skłonność do zajęć czysto męskich, stanowczość i energię męską. Możemy przypuszczać, że w tych przypadkach jajniki pod jakimkolwiek względem różnią się od normy, dokładniejszych jednak badań pod tym względem nie posiadamy. Niektóre „*viragines*“ mają opaczne uczucie płciowe, ale nie wszystkie. Skrupulatniejsze badania robiono dotąd tylko na prostytutkach i zbrodniarkach. Przedstawiają one wyraźne typy zwyrodnienia; interesujące studia w tym kierunku zawdzięczamy prof. Lombroso. Wszystkie objawy zwyrodnienia są częstsze u prostitutek, aniżeli u zbrodniarek; obydwie te klasy odznaczają się w ogóle wyższym stopniem zwyrodnienia cielesnego, aniżeli inne klasy ludności żeńskiej. Zbrodniarki mają w swej istocie coś męskiego i, podobnie jak zbrodniarze, mają silnie rozwiniętą szczękę dolną. U prostitutek spotykamy się, naturalnie, ze wszystkimi formami nadużytych płciowych, czy jednak to spaczenie popędów płciowych, polegające na odziedziczonej skłonności, jest częste, o tem należy wątpić. Możemy obserwować u tych nieszczęśliwych istot nadmierny lub bardzo mały popęd płciowy, jako objawy zwyrodnienia, ale nie bardzo często i pewien stopień otępienia i obojętności. Głównymi cechami umysłowymi tych istot jest bezwstyd, głupota, okrucieństwo i lenistwo. Prof. Lombroso jest zdania na zasadzie swych licznych obserwacji, że skłonność do zbrodni i prostytucji jest w gruncie rzeczy jedna i ta sama. Prostytucja jest najnaturalniejszą i najłatwiejszą drogą dla kobiet skłon-

nych do zbrodni, i tylko mała ich liczba wybiera tę samą drogę, co zbrodniarze mężczyźni.

Nakoniec musimy tutaj wspomnieć o pewnej nieprawidłowości, szerzącej się wśród kobiet, która na pozór jest mało znacząca, która jednak potężny wywiera skutek. Między kobietami wzrasta ogromnie niezdolność do karmienia własnych dzieci. Kwestya ta niesłychanie ważna dla przyszłości młodego pokolenia stała się przedmiotem badań pierwszorzędnej doniosłości. Większość kobiet, która nie karmi własnych dzieci, jest do tego niezdolna z przyczyn czysto cielesnych. W instytucie położniczym w Sztutgarcie tylko 23 — 25% matek było w stanie karmić dostatecznie własne dziecię, tak, że przybierało ono prawidłowo na wadze. Położnice pozostawały tylko po 10 dni w zakładzie. Ale z tego, że były w stanie karmić przez dni 10, nie możemy bynajmniej wyciągać wniosku, że byłyby w stanie karmić przez cały rok. Zaledwie połowa byłaby do tego zdolna. BUNGE w Monachium, który specjalnie poświęca się temu przedmiotowi, jest zdania, że w większych miastach Europy większość kobiet niezdolna jest do karmienia własnych dzieci. Dopiero koło 1500 roku pojawiły się pierwsze wiadomości o karmieniu sztucznem niemowląt. Zasługuje na szczególną uwagę fakt, że nieprawidłowość ta jest dziedziczna. Jeżeli matka nie może karmić, nie może karmić i jej córka. Możemy wnioskować z całą słusnością, że, jeżeli kultura tak naprzód postępować będzie, jak dotąd, ludzkość zginie bez ratunku. Po długich i mozolnych poszukiwaniach udało się nakoniec BUNGE'mu wynaleźć przyczynę zwyrodnienia gruczołów sutkowych, a jest nią nadużywanie alkoholu. W tych przypadkach, w których matka mogła jeszcze karmić, ale córka nie była już do tego zdolna, połowa ojców była pijakami w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, a w 20% ojciec używał nałogowo alkoholu. „Jeżeli ojciec jest pijakiem, to córka traci zdolność karmienia własnego dziecka, niezdolność ta nie jest jedynem zjawiskiem. Łączy się ona z innymi objawami zwyrodnienia, ze skłonnością do chorób, do gruźlicy, cierpień nerwowych i próchnienia zębów. Dzieci w ten sposób są nieprawidłowo odżywiane, zwyrodnienie postępuje od generacyi do generacyi i pro-

wadzi po okropnych męczarniach do zaniku całych pokoleń“.

Fakty te, wykryte przez BUNGE'go, mają ogromne praktyczne i naukowe znaczenie.

Zajmiemy się teraz anomaliami przeważnie w sferze duchowej. Co się tyczy nieprawidłowości w samym popędzie płciowym, to tą kwestyą nie będziemy się tutaj dłużej zajmowali, była ona bowiem gruntownie opracowana w znanej monografii przedwczesnie zmarłego z ogromną stratą dla nauki prof. KRAFFT-EBING'a. Dla dokładności tylko wspomnimy krótko o nieprawidłowościach popędu płciowego. Naprzód zdarza się nadmierny lub zbyt słaby popęd płciowy. Często objawia się on zbyt wczesnie już w pierwszym dzieciństwie i wtedy bywa w nieprawidłowy sposób zaspokajany. U zdrowych zupełnie ludzi waha się również natężenie popędu płciowego, u normalnego dziecka nie ma go wcale. W wieku młodzieńczym popęd płciowy zapanowuje często nad życiem całym, ale po tym okresie pobudzenia płciowego następuje okres spokoju i pracy poważnej dla spełnienia zadań życiowych, tak iż w wieku męskim człowiek opanowuje popęd. Mężczyzna dojrzały, działający życie całe tylko pod wpływem popędu płciowego, jest zawsze anormalny. Im większe jest natężenie popędu płciowego, tem większy stopień zwyrodnienia; a w przypadkach, bardzo pod tym względem wybitnych, znajdujemy zawsze wyraźne objawy choroby umysłowej. Są również takie przypadki, jakkolwiek nie częste, w których, mimo zupełnie prawidłowych organów płciowych, nie ma zupełnie popędu płciowego. U zwyrodniałych potencya płciowa jest zwykle zmniejszona, podczas gdy pożądliwość zostaje na przeciętnym stopniu. Spotykamy się również niekiedy z obojętnością płciową. Poważniejsze znaczenie mają jak ościowe zmiany popędu płciowego, w których osobnik nie dąży do prawidłowego zaspokojenia go z normalną kobietą lub mężczyzną. I tutaj te anomalie mogą mieć bardzo rozmaite stopniowanie, gdy jednak przekroczona jest pewna granica, wkraczamy w dziedzinę patologii. I zdrowy młodzieniec klęka przed ubóstwianą kobietą i chciałby być stołeczkiem dla jej nóg; i normalny człowiek gryzie w chwili najsilniejszego pobudzenia płciowego. Gdy

jednak miejsce prawidłowego spółkowania zajmuje pewnego rodzaju maltretowanie, gdy nie ma ochoty do normalnego zaspokajania popędu płciowego, mamy zawsze do czynienia z wysoko posuniętym stopniem zwyrodnienia. Podobnie rzecz się ma i z fetyszyzmem płciowym, przedstawiającym śmieszny karykaturę uczuć normalnych i pożądań. Fetyszysta uwielbia bez granic nogę lub rękę ukochanej kobiety, jak samodzielne istoty; rękawiczkę jej pokrywa gorącymi pocałunkami i chciałby pić z jej pantofelka. Opaczność ta polega na tem, że ręce kobiece, włosy, rękawiczki, buciki i t. d. wywołują pożądliwość płciową, i nakoniec symbole te zastępują zupełnie miejsce kobiety. U fetyszystów płciowych znajdujemy bardzo często inne objawy chorób umysłowych. W ścisłym znaczeniu tego wyrazu popęd płciowy kobiety do kobiety i mężczyzny do mężczyzny, nazywamy opaczny czuciem płciowym (*homosexualitas*). Jeżeli anomalia ta jest zupełnie wyrażona, to anormalne indywiduum kocha tylko pleć własną; pleć przeciwna jest albo zupełnie obojętna, albo nawet wstrętna. Jeżeli zaś nieprawidłowość ta nie jest zupełna, to mogą obydwie plecie wywołać pobudzenie płciowe, tak, iż w miarę okoliczności indywidua te kochają się to w kobiecie, to w mężczyźnie. Zdarzają się więc u anormalnego okresy naturalnego popędu płciowego lub u przeważnie normalnie czującego okresy opaczego uczucia płciowego. Mówimy wtedy o „hermafrodytyzmie duchowym“ lub dwupłciowości. Takie krańcowe wypadki, w których mężczyzna ma poczucie płciowe kobiety lub kobieta poczucie płciowe mężczyzny, są bardzo rzadkie. U tego rodzaju anormalnych indywiduów znajdujemy także i pod względem anatomicznym nieprawidłowości płciowe, w ten sposób mianowicie, że drugorzędne cechy płciowe należą do innej płci. I tak więc oprócz feminizmu duchowego znajdujemy opisany już feminizm cielesny, a przy poczuciu męskim u kobiety znajdujemy u tej ostatniej drugorzędne cechy męskie (*viraginitas*). Fakt ten ma bardzo doniosłe znaczenie, wykazuje bowiem jasno związek wszystkich opisanych tutaj nieprawidłowości, zaczynając od hermafrodytyzmu aż do czysto duchowych nieprawidłowości w istocie płciowej.

Dla należytej jasności należy odróżnić od nieprawidłowości w popędzie płciowym anormalne czyny płciowe. Pierwsze są bezwarunkowo objawami chorobowymi, drugie mogą zdarzyć się i u osobników zupełnie zdrowych. Najczęstszą formą nieprawidłowych czynów płciowych jest samogwałt (*onania*). Nazwiskiem tem określamy wszystkie te przypadki, w których zadowolenie płciowe następuje nie przez połączenie części płciowych, ale za pośrednictwem ręki lub też innym sposobem. Samogwałt zdarza się wszędzie tam, gdzie normalne połączenie płci jest niemożliwe. Człowiek zdrowy jednak przekłada zawsze prawidłowe spółkowanie nad samogwałt i widzi w nim tylko chwilowe zaspokojenie popędu. W takich razach samogwałt nie jest chorobliwy i nie szkodzi dużo. Dziecię normalne nie ma bynajmniej samo z siebie skłonności do onanizmu, a gdy zły przykład pokaże mu niewłaściwą drogę, uczyni to raz lub dwa z prostej ciekawości, ale nie wejdzie mu to bynajmniej w nałóg. Inaczej zupełnie dzieje się z dziećmi rodziców zwyrodniałych; ich cechą jest za wczesne wystąpienie popędu płciowego, a skutkiem tego jest samogwałt. Jak wiadomo, samogwałt jest bardzo rozpowszechniony w szkołach i zakładach wychowawczych; normalni chłopcy dopuszczają się tego, ale zachowują miarę i przestają nakoniec zupełnie, gdy mogą mieć stosunki płciowe z dziewczętami. Nie ma jedności zdania, czy samogwałt jest częstszy u chłopców, czy u dziewcząt. To tylko jest pewnym, że samogwałt u dziewcząt jeszcze wyraźniej jest objawem zwyrodnienia, albowiem u zdrowej dziewczynki popęd płciowy obudza się później, aniżeli u chłopca, nie jest tak silny, a nadto naturalna wstydlivość jest potężną bronią przeciwko nadużyciom. Jeżeli jednak w późniejszym życiu kobieta ma utrudniony stosunek płciowy z mężczyzną, to jest zmuszona do samogwałtu. Między samogwałtem a opaczny czuciem płciowym istnieje niewątpliwie most łączący. Kto nie ma naturalnego pociągu do innej płci, a nawet doznaje pewnego wstrętu, ten musi zawsze skończyć na samogwałcie, jak również w tym razie, jeżeli przychodzi do stosunków między osobami jednokowej płci. Samogwałt jest największym wrogiem naturalnej miłości.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z drugu zeszyt 3 i 4 seryi XV „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyę „Gazety Lekarskiej“ i zawiera rzecz o „leczeniu przeciwkrwotocznem“ P. CARNOT'a. Przekładu z oryginału francuskiego dokonał H. CYRKLER.

-- W d. 15 b. m. odsłonięto w Zakopanem pomnik ś. p. Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO. Twórcą pomnika, według rysunku Stanisława Witkiewicza, jest artysta rzeźbiarz Jan Nalborczyk.

— Od kolegi BINDERA otrzymaliśmy następującą wiadomość: W pierwszych dniach września b. r. otwieram w Meranie w nabytej przeze mnie willi „Stefania“, tuż przy promenadach na granicy Obermais, położonej, pierwszorzędnym pensjonat dyetetyczno-leczniczy. Przyjmować będę tylko ozdrowieńców i nerwowych, cierpiących na choroby sercowe, ustrojowe i żołądkowo-kiszczkowe, jakoteż na nieżyty dróg oddechowych natury niegruźliczej. Cierpiących na gruźlicę płuc bezwarunkowo do zakładu nie przyjmuję. Obok kompletnej hidropatyi po-

siadam w zakładzie wszelkie racjonalne urządzenia nowoczesnej terapii fizyko-leczniczej. Na zdrowotną kuchnię i osobnikowo przystosowaną dyetę kładą nadzwyczajną wagę. Urządzenie zakładu obok wielkiego komfortu odpowiada wszelkim wymaganiom higieny (linoleum, zmywalne tapety, angielskie klozety, centralne ogrzewanie, wentylacja, elektryczne oświetlenie). Obok werandy zimowej ogrzewanej kilkanaście dużych balkonów pałudniowych. Duży własny park. Czytelnia, pokoje do konwersacji i do palenia. Ceny średnie. Pokój południowy wraz z pensjonatem, usługą, oświetleniem i opieką lekarską od 4 rs. dziennie. Zakład prowadzę we własnym zarządzie. Szczegółowe prospekty na żądanie. Adres: *D-r Binder Meran.*

— ZMARLI. W Starem Siole (pow. Miński) Stanisław WITKOWSKI.

— W Pradze prof. chirurgii Karol MAYDL.

— W Paryżu znany bakterjolog NOCARD.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.