№ 4. Warszawa d. 22 Stycznia 1881 r. Tom I.
SERYJA II. ROK XVI.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. E. Przewoski. Gynaekomastia (Gynaecomazia). — II. Zyg. Kramsztyk. Ciało obce w oczodole. — III. W. Matlakowski. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych (dalszy ciąg). — *Dział Sprawozdawczy*: 17. St. Kondratowicz. O leczeniu pęknięć macicy za pomocą drenowania. — Korrespondencyja z Lipska. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. GYNAEKOMASTIA (*Gynaecomazia*).

Napisał Dr. Med. **E. Przewoski.**

Przed paru tygodniami miałem możność badać zwłoki mężczyzny, z mocno powiększonemi gruczołami piersiowemi, z pewnemi niedokształceniami organów płciowych i ze słabym rozwojem krtani. Takie indywidua należą do bardzo rzadkich okazów i w każdym danym wypadku zasługują na dokładny opis. Ponieważ zaś nienormalny stan powyższego rodzaju nie był jeszcze obszerniej rozbierany w polskiej literaturze lekarskiej, przeto, korzystając ze sposobności, powiem o nim parę wyrazów w ogóle.

Nazwa gynaekomastia pochodzi od dwóch wyrazów greckich γυνὴ — *femina* i μαστός — *mamma*, *mammilla*. Oznacza ona stan mężczyzny, z tak ukształconemi gruczołami piersiowemi jak u kobiety. Dla krótkości nazywają podobnych mężczyzn gynaekomastami, od: ὁ γυναικομαστός.

Gynaekomastia znana była już w starożytności. I nic dziwnego, stan nienormalny, rzucający się w oczy nawet ludziom nieobeznanym z medycyną, musiał wcześnie zwrócić na siebie uwagę medyków. Opisy jednak dawne nie są dokładne. Starożytni mówią o mężczyznach wydzielających większe ilości mleka, ale rzadko wspominają o powiększeniu u nich gruczołów piersiowych.—O ile mi wiadomo, pierwszy Aristoteles powiada, że bywają mężczyzni którzy mogą wydzielać dosyć wiele mleka (*Historia de animalibus*). Galen mówi już o powiększeniu groczułów mlekowych i używa wyrazu γυναικομαστός. Wspomniane powiększenie objaśnia on nagromadzeniem się tłuszczu w okolicy sutki męzkiej (*Defin. medic.*). Paweł z Aeginy (6, 23) musiał widywać ten stan dosyć często, gdyż powiada, że podczas nadchodzącej dojrzałości płciowej u mężczyzn podobnie jak u kobiet piersi mocno nabrzmiewają. U największej jednak liczby mężczyzn, podług niego, gruczoły piersiowe napowrót się zmniejszają, gdy u innych powodują pewien wygląd kobiecy i chorobę którą on leczył instrumentami ostremi. Używanie instrumentów ostrych w tym razie zaleca także Albucasis.

Przeglądając stopniowo późniejszą literaturę lekarską, spotykamy u wielu autorów wzmianki o mężczyznach, wydzielających stosunkowo duże ilości mleka. Widzimy to np. u Andr. Vesalius'a (*De humani corporis fabrica. — Lib. V. cap. 18*), u Casp. Bauhin'a (*Theatrum anat. Lib. II. cap. 3. de mammis virorum*), u J. Schenk'a v. Grafenberg (*Obs. med. rariores*) i u wielu innych.

Samo się przez się rozumie, że opowieści o mężczyznach, wydzielających dużo mleka, stanowiły z natury swej przedmiot dosyć ciekawy, nie zwykły. Opowieści takich słuchano mile. A zwykle się tak dzieje, że jeżeli tylko jakiś towar znajduje chętny pokup, to i zaraz zjawiają się ludzie, którzy go w większej lub mniejszej ilości zaofiarowywują. Tym sposobem wkrada się do nauki wiele bajek, które później przy summowaniu pojedyńczych obserwacyj, przy wyprowadzaniu ogólnych wniosków, przynoszą wiele szkody, jeżeli za bajki wyraźnie nie zostaną uznane. Dawniejszym autorom można to jeszcze darować. Byli to ludzie najczęściej dobrej wiary, tylko mało obeznani z dokładnem badaniem, z prawami natury, a więc i łatwowierni. Często bez osobistego sprawdzenia opowiadali to, co słyszeli od osób trzecich. Jako dowód, przytoczę okoliczność, że niektórzy autorowie opowiadają nie o pojedyńczych już indywiduach, ale o całych narodach, u których mężczyzni zamiast kobiet mieli karmić dzieci. Tak np. Renardus Cysatus (u Schenk'a v. Grafenberg *p. 290*) mówi: *apud Cumucaiorum Brasilianorum gentem, viri tam amplis mammis lacte turgentibus praediti sunt, ut infantibus lactandis alendisque sufficiant; mulieribus eorum parvis eontra virilibasque mammis donatis.* Podobnie Th. Bartholinus (*Anatome, Libr. II. cap. I. edit. Lugd. Batav.*) powiada, że mężczyzni nowego świata w ogóle wiele mleka wydzielać mogą. Przykłady podobnej łatwowierności widzimy wreszcie i w nowszym czasie. I tak: Saltzmann (*Commentarii Acad. Sc. Imper. Petropolitaneae— VIII. an. 1728. pag. 278*), postawiwszy sobie pytanie, jakie znaczenie mają gruczoły piersiowe u mężczyzny, przeprowadził w tym przedmiocie cały szereg badań na trupach w Petersburgu. Przyszedł on do przekonania, że w Rossyi, prawie u każdego mężczyzny, za lekkiem pociśnięciem gruczołu piersiowego wypływa większa lub mniejsza ilość surowiczego lub mlecznego soku. Uważa on to za dowód, że mężczyzna, pod wpływem różnych okoliczności, może wydzielać dosyć duże ilości mleka, jakkolwiek nie każdy jednakowo jest do tego zdolny. Prawdopodobnie to mniemanie Saltzmann'a stało się powodem, że K. Fr. Burdach napisał w swej fizyjologii (*Physiologie— 1838—Leipzig. Bd. 3. p 184*), iż Rossyjanie nie tylko wydzielają mleko, ale nadto w niektórych razach karmią swoje dzieci.

Dokładniej obserwowany przykład mężczyzny, wydzielającego stosunkowo znaczne ilości mleka, w ostatnich czasach był tylko jeden. Opisał go Dr. Schmetzer z Heilborn (*Würtemb. Correspondenzblatt. Bd. VI. Nr. 33*). Widział on 22 letniego mężczyznę, który wydzielał do 2 uncyj mleka dziennie. Mleko to, poddane chemicznej analizie, zawierało wszystkie normalne składowe części mleka. Gruczoły piersiowe nie były w tym razie bardzo powiększone. Że podobny mężczyzna mógłby karmić dziecko, to jest bardzo prawdopodobne. W literaturze zresztą spotykamy cały szereg takich wypadków, w których mężczy-

zni mieli istotnie karmić swoje osierocone niemowlęta. Podają je: Alex. Benedictus (*Anatomi s. de historia corp. hum. Venetiis. 1497. Lib. III. Cap. IV. Fol. 56*; *u W. Grubera. Mémoires de l'acad. impériale des sciences de St. Pétersbourg— VII Série, Tome X. Nr. 10. pag. 21*), Santorius (*u Alberta Kyper'a — Anthropologia. Lugd. Batav. 1660. Lib. I. p. 490. § 160*—i u *W. Grubera l. c. p. 21*), Robert (*Philos. Transact. Vol. 41. part. 2. 1741. Nr. 461 p. 813*—i u *W Grubera l. c. p. 21*), Alex. v. Humboldt i A. Bonpland (*Reise in die Aequinoctial-Gegenden des neuen Continents 1799 - 1804. Stuttgart und Tübingen 1818 — księga 3. cap. 6 pag. 40 — 42*; *u W Grubera l. c. pag. 21*), Murat i Patissier (?) (*Dict. des sc. méd. Tome 30. Paris 1818. art. „Mammelle"*). Wentzel (*u John'a Franklin'a — Norative of a journey to the shores of the polar sea 1819 — 1822. 3 edit. Vol. I. London 1824. p. 244 — 245*; *u W. Grubera l. c. p. 21*). Każdy z tych autorów opisuje mężczyznę, który po stracie żony, swe bardzo małe dziecko dla uspokojenia przysadzał do własnej piersi. Pierś, długo drażniona usilnem ssaniem, tak wreszcie miała się rozwijać, że mężczyzni owi po pewnym czasie, z wielkiem zdumieniem, przekonali się, iż byli w stanie sami więcej lub mniej zaspokajać potrzeby dzieci. Rozumie się, że nie wszystkie te obserwacyje należy przyjmować z jednakową wiarą. C. Langer za jedyny niewątpliwy i stwierdzony świadectwami wypadek tego rodzaju uważa mężczyznę, widzianego przez A. Humboldt'a i Bonpland'a w Ameryce (C. Langer, *Denkschriften der kaiserlichen Akad. des Wiss. Wien. — Math. Naturwiss. Cl. Bd. III. 1852. Abth. II. p. 36*).

Czy cytowani powyżej mężczyzni byli gynaekomastami? Jeżeli nie można odpowiedzieć na to pytanie wprost twierdząco, to nie podobna i przeczyć. Wydzielanie małej ilości mleka przez gruczoły piersiowe męzkie nie stanowi żadnej osobliwości. U nowonarodzonych dzieci bywa to nawet dosyć pospolicie. Wydzielanie jednak większej ilości mleka przez indywiduum męzkie stanowi jeden z wybitniejszych rysów gynaekomastyi. Niewątpliwie zatem pewna przynajmniej część przytaczanych poprzednio ludzi należy do gruppy opisywanych przez nas mężczyzn. Obserwacyje wszakże gynaekomastyi, oparte na anatomicznem wykazaniu powiększonych gruczołów piersiowych męzkich, pochodzą z czasów niedawnych. Zbierając je wszystkie i porównywając pomiędzy sobą, widzimy, że mężczyzni z powiększonemi gruczołami piersiowemi przedstawiają się dosyć rozmaicie. Jedni z nich, z wyjątkiem gruczołów piersiowych, zbudowani są zupełnie prawidłowo — inni zaś przedstawiają jeszcze inne wady rozwojowe. Opierając się na powyższem, można podzielić mężczyzn z nadmiernie rozwiniętemi gruczołami sutkowemi na gynaekomastów prostych i gynaekomastów z innemi wadami w rozwoju. Gynaekomastia *simplex* bywa znowu *unilateralis*, *et bilateralis* — nadto, pierwsza może być jeszcze *dextra et sinistra*. Gynaekomastia zaś *complicata* przedstawia się bardzo rozmaicie, stosownie do jakości tej wady rozwojowej, którą spotykamy u danego indywiduum prócz powiększonych piersi.

Ponieważ znanych przypadków gynaekomastyi nie ma zbyt wiele, przeto dla dokładnego wyłożenia rzeczy przytoczymy je krótko, w systematycznym po-

rządku. Obserwowany przez nas przypadek opiszemy obszerniej, na odpowiedniem miejscu, pomiędzy innymi gynaekomastami.

I. a) Gynaekomastia simplex dextra:

1). Cruveilhier (*Traité d'anat. descript. Tom II. part. I. pag. 511. 1865 r.*) widział w 1850 r. 25-letniego mężczyznę, u którego gruczoł piersiowy prawy był tak wielki jak u kobiety. Rozwinął się on po 21 roku życia i był nadzwyczaj bolesny.

2). Wenzel Gruber (*l. c. pag. 16*), w 1853 r., otwierał ciało 60-letniego mężczyzny, którego prawy gruczoł piersiowy, po oddzieleniu go od innych otaczających części miękkich, był około $2^1/_2$ cala szeroki, około $^1/_2$ cala gruby i ważył 6 drachm. — Lewy gruczoł był zwykłej wielkości.

3) Coutagne (*Gaz. méd. de Lyon. Nr. 5*) widział że u 10-letniego chłopca w 3 miesiące po uderzeniu kułakiem, gruczoł piersiowy prawy zaczął się rozrastać i doszedł do tej wielkości jaką posiada u dziewicy, po dojściu do dojrzałości. Przy obmacywaniu palcami wewnątrz gruczołu można było wyczuć zraziki.

4). Labbé (*Gaz. des hôp. Nr. 12. 1870. p. 46*) przedstawiał w *Société de chirurgie* w Paryżu 22-letniego mężczyznę, który od młodości miał prawą sutkę mocniej rozwiniętą i opatrzoną wielką brodawką. W 15 roku życia pierś ta zaczęła się szybko rozrastać, czemu towarzyło silne swędzenie i wyciekanie bladawego płynu. W głębi tej piersi można było wyczuwać zrazikowate ziarnistości, była ona tak wielka, jak u kobiety w odpowiednim wieku.

b) Gynaekomastia simplex sinistra.

5). Ansiaux z Liège (*Dict. des sc. méd. Tome IV. art. „Cas rares" pag. 154*) opisuje 13-letniego chłopca, u którego lewy gruczoł piersiowy był rozwinięty jak u kobiety. Brodawka była bardzo dobrze uformowana i otoczona piękną obwódką. Pierś ta była zawsze nieco większa jak prawa — rozwinęła się iednak mocno dopiero w okresie dojrzałości płciowej.

6). Nélaton (*Gaz. des hôpit. 1856. Nr 32. pag. 126*) widział młodego mężczyznę z lewą piersią tak rozwiniętą jak u kobiety. Przy nacisku z tej piersi wyciekało nieco mlecznego płynu. Pierś ta była bardzo bolesna.

7). Wenzel Gruber (*l. c. pag. 15*) na zwłokach dwóch młodzieńców, z których jeden miał lat 16, a drugi 18, znalazł mocne powiększenie gruczołu lewego, gdy prawy nie przechodził wielkości zwykłej. W obu tych przypadkach gruczoł piersiowy, oddzielony od części otaczających, był przy podstawie szeroki około $2^1/_2$ cala i ważył 4 drachmy.

c) Gynaekomastia simplex bilateralis.

8). Villeneuve (*Dict. des sc. méd. Tome XIX. pag. 591*) opisuje 17 lub 18-letniego młodzieńca, który tak miał rozwinięte gruczoły piersiowe jak u kobiety w takimże wieku i drugiego 60-letniego mężczyznę, ojca licznej rodziny. Ostatni od dzieciństwa miał sutki niezmiernie wydatne; około 50 roku życia zaczęły się one nadzwyczaj rozwijać, a nawet stały się siedliskiem bardzo uciążliwych bólów.

9). J. Cloquet (*Nouv. biblioth. méd. 1828. Tome I. pag. 429*) wymienia stróża ze szpitala Ś-go Ludwika, którego piersi były rozwinięte jak u kobiety.

10). M. Renaudin (*Société méd. d'émulation. Tome I. pag. 397*) ogłosił historyję chłopca, który znajdował się w tem samem położeniu.

11). H. Bedor (*Gaz. méd. de Paris. 1836. Nr. 44. pag. 689*). opisuje mocne powiększenie gruczołów piersiowych u dwóch rekrutów.

12). A. Velpeau (*Traité de malad. du sein. — Ed. II. pag. 684*) widział kilka wypadków tego rodzaju, chociaż ich nie opisuje.

13). M. H. Larrey (*Robelin, Thèse. 1852. pag. 32*) obserwował to samo.

14). Hiller (*u Klebs'a — path. Anat. pag. 1167*) mówi o rodzinie, w której mężczyzni byli gynaekomastami, a kobiety często chorowały na raka sutki.

15). Beau (*Gaz. des hôpit. 1849. Nr. 140. pag. 568*) znalazł u 16-letniego chłopca oba gruczoły piersiowe, tak powiększone, jak u kobiety tego samego wieku.

16). Bertherand (*Gaz. méd. de Paris. 1857. Nr. 14. pag. 228*) badał 16-letniego młodzieńca, u którego gruczoły piersiowe były wielkości pięści i ziarniste zraziki w nich dawały się wyczuwać doskonale. Nakoniec:

17). W. Gruber'owi (*l. c. pag. 15 i 16*) udało się widzieć gynaekomastyję dwustronną 4 razy. Z tych, w trzech przypadkach u ludzi, liczących lat około 20, gruczoły odosobnione były szerokie przy podstawie od $2^1/_2$ do $3^1/_2$ cali i ważyły do jednej uncyi. Ostatni przypadek Gruber'a (7 Fall) najwięcej zwraca uwagę i dla tego autor daje nawet wizerunek badanego starca. — Był to 78-letni mężczyzna, muzykant wojskowy. W bitwie pod Borodino otrzymał silną kontuzyję w lewe jądro, tak że musiano mu odjąć. Do 63 roku miał on, jak mówił, piersi tej samej wielkości jak każdy inny mężczyzna — następnie zaczęły one stopniowo powiększać się. Wiszące jego piersi miały 45 ctm. obwodu przy podstawie i opadały na 8 — 10 ctm. poniżej dolnej części obwodu swej podstawy. Przy naciskaniu na nie, z dużych brodawek wyciekał żółtawy płyn, dużemi kroplami, albo też strumieniem. — Po odosobnieniu od otaczających części miękkich, lewy gruczoł był szeroki przy podstawie od $4^1/_2$ do 5 cali. Grubość jego wynosiła 9 linii, a ciężar 3 uncyje, 3 drachmy i 2 skrupuły. Prawy gruczoł był nieco mniejszy.

Z powyższego widzimy, że gynaekomastia bilateralis bywa najczęstsza; jednostronna zaś lewa prawie tak częsta jak i prawa.

II. Gynaekomastia complicata jest rzadsza od poprzedniej. — Obserwowano ją tylko dwustronną.

a) Najprostsze powikłanie polega na zwykłem niedokształceniu organów płciowych i krtani. Tu należą wypadki:

18). M. Bedor (*Dict. des sc. méd. Tome 19. pag. 590*) przedstawiał w *Société médicale d'émulation* 21-letniego żołnierza z gruczołami piersiowemi wyglądającemi tak, jak u 15 albo 16-letniej, dobrze rozwiniętej panny. Jednocześnie prącie jego było małe i nie naprężało się nigdy; jądra nie przechodziły wielkości zwykłego orzecha laskowego. Budowa tego żołnierza była słaba, skóra cienka, twarz okrągła, blada, bez żadnego zarostu, wszystkie wreszcie kształty delikatne i zaokrąglone. Pociąg do płci żeńskiej prawie żaden. Brat tego mężczyzny miał jeszcze większe piersi. Siostry były zbudowane prawidłowo.

19). E. Home (*Philos. Transact. 1799. part. 2. Nr. X* — także *W. Gruber*.

l. c. pag. 23) opisuje 23-letniego majtka, leczonego przez niego w szpitalu w Plymouth. Majtek ten, ze względu na kształty swego ciała, wyglądał zupełnie jak kobieta. Skóra jego była cienka, blada, twarz bez zarostu. Tłuszczu podskórnego i zwłaszcza na pagórku Wenery wiele. Umysłowo i cieleśnie słaby. Jądra miał takie, jak u dziecka nowo-narodzonego; prącie nadzwyczaj małe, drobne i nie mogące się naprężać. — Popęd jego do płci żeńskiej żaden.

20). Renauldin (*Dict. des sc. méd. Tome 30. art. „mammelle“ pag. 389*) widział 25-letniego mężczyznę z takiemi piersiami jak u kobiety. Twarz jego była dziecinna, niezarosła. Głos kobiecy. Prącie podczas naprężenia długie na $1\frac{1}{2}$ cala, jądra wielkości orzecha laskowego. Pociąg do płci żeńskiej znaczny, ale ze wstrętem dotykał kobiecych piersi.

21). Liebert (*Casper's Wochenschr. 1834. pag. 124*) opisuje 40-letniego mężczyznę z kobiecym wyglądem i chętnie zajmującego się kobiecemi robotami. Piersi jego były mocno rozwinięte z wyraźną ziarnistością zrazikową przy obmacywaniu. Prącie małe i phimosis congenita. Jądra małe i miękkie. Pociąg do płci żeńskiej dosyć znaczny.

22). Knaffl (*Oesterr. med. Jahrb. Bd. 30. pag. 138. 1839* — także u Kleb's'a — *path. Anat. Bd. I. pag. 1167*) mówi o 21-letnim rekrucie, u którego, obok powiększonych piersi, znaleziono bardzo małe prącie i bardzo małe, prawie zupełnie zanikłe jądra. — Podobny wypadek opisuje Anozymus w *Gaz. des hôpit.* z 1849 r. u 16-letniego chłopca.

23). Holtrop (*Schmidt's Jahrb. 1840. Bd. 26. pag. 56*) w wojskowym szpitalu w Haadze widział 19-letniego grenadjera, u którego, obok piersi rozwiniętych jak u kobiety, jądra tak były małe, że ich prawie nie można było wymacać.

24). Do tego działu należy także przypadek, badany przeze mnie. Obserwowałem go na trupie wyrobnika Machała Michała, liczącego lat 23. Był to mężczyzna średniego wzrostu, miernego ciałoskładu, o skórze cienkiej, delikatnej i zaokrąglonych kształtach ciała. Zarostu na twarzy nie miał żadnego. Piersi jego mocno wystawały ku przodowi jak u 16-letniej dobrze zbudowanej panny. Leżąc na linii sutkowej, zajmowały one przestrzeń z góry ku dołowi od drugiego żebra do dolnego brzegu żebra czwartego. Brodawki ich były mocno rozwinięte i okrążone szeroką brunatnawą obwódką. Po oddzieleniu od otaczających części miękkich, co dało się uskutecznić łatwo, z powodu iż granice były bardzo wyraźne, każdy gruczoł piersiowy przedstawiał się w postaci dosyć regularnej płasko-wypukłej soczewki. Podstawa prawego gruczołu miała nieco więcej jak $7\frac{1}{2}$ ctm. szerokości. Lewy gruczoł był nieco mniejszy. Każdy miał blisko $2\frac{1}{2}$ ctm. grubości. Prącie tego mężczyzny było małe; jądra wielkości orzecha laskowego i miękkie. Przyjądrze stosunkowo dobrze rozwinięte. Gruczoł krokowy bardzo mały i wiotki. Otrzewna, wyścielająca jamę małej miednicy, przy średniem wypełnieniu pęcherza moczowego, tworzyła parę luźnych fałd, z których jedna, przechodząc poprzecznie przez jamę miednicy, pomiędzy pęcherzem moczowym a kiszką prostą, przypominała fałdę otrzewnej, obejmującą jaj-

niki, jajowody, macicę i jej więzy okrągłe u kobiety. W naszym przypadku, wspomniana fałda, oprócz luźnej tkanki łącznej, nie zawierała w swej grubości nic więcej. Krtań była rozwinięta jak u kobiety, bez najmniejszej wydatności na szyi. Gruczoły piersiowe, badane mikroskopowo, przedstawiały się tak: główną składową ich część, pod względem ilości, stanowiło łączno-tkankowe podścielisko. Składało się ono wszędzie ze zbitej, włóknistej tkanki łącznej, ze stosunkowo nieznaczną liczbą komórek. Stałe komórki tkanki łącznej, płaskie, z owalnem jądrem, leżały przeważnie na obwodzie pęczków klejo-dajnych włókienek. Komórek, podobnych do wędrujących, było mało i były rozrzucone bardzo nieregularnie, a oprócz nich dawały się jeszcze spostrzegać tu i owdzie dobrze wykształcone komórki tłuszczowe. Substancyja międzykomórkowa, twarda, składała się przeważnie ze ściśle poplątanych z sobą pęczków klejodajnych włókienek. Włókien elastycznych było w niej nie wiele. Najwięcej tych ostatnich przy podstawie gruczołu.

Na wierzchołku każdej brodawki sutkowej, zbudowanej zupełnie tak samo jak u kobiety, otwierało się około 25 przewodów mlecznych. Przewody te, w samej brodawce dosyć wązkie, bezpośrednio pod nią rozszerzały się wrzecionowato, dla utworzenia zatok mlecznych. Następnie każdy z przewodów, przebiegając aż do podstawy lub aż do obwodu gruczołu mlecznego, dzielił się stopniowo na gałęzie, których jednak w ogóle było nie wiele. Najwyżej można było dostrzedz gałęzie trzeciego rzędu i te już kończyły się za pomocą dwóch lub kilku kolbowatych, okrągławych zgrubień. Przewody mleczne, pod względem budowy, nie przedstawiały najmniejszej różnicy od tego, co widzimy u kobiet, w okresie dziewiczym. W grubszych swych częściach były one wysłane ładnym, jednowarstwowym nabłonkiem cylindrycznym, w cieńszych zaś drobnemi komórkami tworzącemi przejście od cylindrycznych do wielościennych. Ostatnie zakończenia przewodów, odpowiadające pęcherzykom u kobiet, nie miały świała; wypełnione one były zupełnie drobnemi wielościennemi komórkami nabłonkowemi. Co się zaś tyczy tej części ścianki przewodów mlecznych, która leży bezpośrednio pod nabłonkiem, to ona, podobnie jak u kobiet, składała się ze zbitszej niż podścielisko tkanki łącznej, o znacznej ilości włókienek okrężnych, podłużnych i sprężystych. — Budowy błony właściwej, obejmującej końcowe pęcherzyki, nie mogłem bliżej oznaczyć, jednak zdaje mi się, że wyglądała ona tak, jak ją opisali poprzednio Langer, a później Heidenhein i Jakowski.

Naczyń krwionośnych w całym gruczole było mało i rozłożone były podobnie jak u kobiet. Naczyń limfatycznych i nerwów bliżej nie badałem, jednak z tego co wpadło mi w oczy, sądzę że nie różniły się one niczem od tego, co znamy, pod tym względem, w żeńskim gruczole piersiowym.

(D. n.)

II. CIAŁO OBCE W OCZODOLE.

Podał **Zygmunt Kramsztyk.**

Najłatwiejsze niewątpliwie, i najbardziej ze wszystkich kazuistycznych opisów dla piszącego ponętne; są przypadki ciał obcych i nowotworów. Zapalne choroby występują mniej więcej typowo, a uchwycenie w takowych jakiej, godnej opisu, odmiany wielkiej zwykle uwagi i nie małego daru spostrzegawczego wymaga. Tymczasem przypadki ciał obcych są zawsze kapryśne, bardzo często sprowadzają objawy niespodziane i w niezwykły powikłane sposób, jeżeli zwłaszcza, jak w niniejszym przypadku, *corpus delicti* przez długi czas się ukrywa. Po odnalezieniu przyczyny objawy wszystkie gruppują się jasno i stają się zrozumiałe, a usunięcie odkrytego ciała, jakkolwiek łatwe, należy do najbardziej efektownych działań lekarza. Kazuistyka ciał obcych w literaturze oftalmologicznej i chirurgicznej bogato więc jest reprezentowaną. Wszakże rozmaite względy skłoniły mnie do tego, by podać do wiadomości kollegów niniejszy opis przypadku który, mocno utkwił w mojej pamięci. Przedewszystkiem ciała obce w oczodole napotykają się stosunkowo rzadko. Berlin w obszernej swej pracy, stanowiącej część Oftalmologii Gräfe'go i Saemisch'a, podaje tylko 59 znanych mu w literaturze przypadków. Przypadek opisywany był pierwszym, jaki miałem sposobność spospostrzegać, a o ile ze statystyki (Berlin), widać, ciało obce w oczodole spotyka się raz zaledwie pomiędzy całemi dziesiątkami tysięcy chorych, zgłaszających się o poradę do oddziałów ocznych. Sama więc stosunkowa rzadkość choroby już usprawiedliwić powinna lekarza, ogłaszającego podobne spostrzeżenie, stembardziej, gdy przypadek nie jest pozbawiony interesu.

Do ambulatoryjum szpitala starozakonnych w Warszawie, zgłosił się d. 5 Sierpnia 1879 r. M. Z., z Brześcia Litewskiego, liczący lat 45. Został on przed 3 miesiącami uderzony w oko prawe i dotychczas na to oko cierpi. Szczegóły uderzenia i przebieg choroby opisuje w następujący sposób.

Przechodził on przez podwórze, gdy jakiś chłopiec, przymocowujący dyszel do wozu, wypadkowo mocno go tym dyszlem w prawe oko uderzył. Wkrótce po tem zapadł on na chorobę gorączkową, którą rozpoznano jako tyfus, a która go cały miesiąc w łóżku zatrzymała. Ból w oku trwał przez cały czas choroby i przetrwał ją jeszcze, kilkakrotnie stawiane pijawki oka nie uleczyły, aż wreszcie postanowił przybyć do Warszawy. Znalazłem go w następującym stanie:

Oko prawe przymknięte, powieki znajdują sie w stanie lekkiego skurczu; po otwarciu ich, co z wszelką łatwością uskutecznić się daje, przedstawia się gałka w najwyższym stopniu ku wewnątrz skoszona, tak, że znaczna część rogówki kryje się po za wewnętrznym kątem powiek. Chory poprzednio nie był zézowaty. Przy bliższem obejrzeniu oka, po możliwem rozszerzeniu powiek, dojrzałem na wewnętrzno-górnej stronie obwodu rogówki maleńki wrzodzik, pokryty śluzem. Chcąc śluz ten usunąć zgłębnikiem, aby lepiej wrzodzik obej-

rzeć, poczułem tuż obok wrzodzika, nieco ku wewnątrz od niego, jakieś ciało twarde, mocno osadzone. Aby je lepiej dostrzedz poleciłem choremu zwrócić oko ku zewnątrz, czego on żadną miarą dopełnić nie mógł. Nie wiedziałem, czy mam przed sobą jakieś ciało obce, czy może kość zmartwiałą; nie wiedziałem dokąd to ciało sięga i jakie przy wydobywaniu jego nastąpią objawy i dla tego poleciłem choremu pozostać w szpitalu.

Tegoż samego dnia jeszcze zająłem się wydobyciem owego twardego ciała. Chorego ułożyłem na sofie, powieki roztworzyłem roztwórką i ująłem szczypczykami łącznicę na zewnętrznej stronie rogówki, aby gałkę ku zewnątrz pociągnąć i pole działania bardziej dostępnem uczynić. To usiłowanie wszakże nie udało mi się w zupełności; gałka była jakby silnie przytwierdzoną do wewnętrznej ściany oczodołu.

Za pomocą szczypczyków haczykowatych odszukałem i nie bez trudności zdołałem uchwycić owo ciało twarde. Pierwsze poruszenie jego wymagało użycia pewnej siły, ciało tkwiło mocno w tkankach oczodołu. Oswobodziwszy je wreszcie, zacząłem wyciągać i ku wielkiemu mojemu zdumieniu wydostałem kawałek drzewa tak długi, jakiegom się w tem miejscu znaleźć nie spodziewał. Przypominał on kształtem i wielkością wykałaczkę od zębów, długość jego wynosiła 6 ctm., szerokość w środku 5 mm., u obu końców około milimetra; na brzegach znajdowało się kilka nierównych odszczepów, cieńszym końcem tkwił on w oczodole, drugi koniec wystawał po nad łącznicę o tyle, że go wcale nie można było dojrzeć, a tylko z trudnością uchwycić. Zaleciłem wkraplanie atropiny ze względu na wrzodzik rogówki i przed okiem klapkę zawiesiłem.

Następnego dnia chory czuł znaczną poprawę, ból w oku i skurcz powiek ustąpiły w zupełności, pozostało tylko skoszenie i unieruchomienie gałki. Za pomocą zwykłego zgłębnika B o w m a n n'a najgrubszego kalibru odszukałem otwór, pozostały po wyjęciu ciała obcego i zgłębnik z łatwością do samego końca wsunąłem, oparł się on o kość obnażoną. Usuwając zgłębnik, przekonałem się, że znajdował się w kanale o ścianach gładkich i mocno zbitych.

Skoszenie gałki ku wewnątrz zależało prawdopodobnie od owego sznurka bliznowatego, który się utworzył w około ciała obcego i stanowił ściany pozostałego kanału, sznurek ten miał kierunek prawie równoległy do mięśnia prostego wewnętrznego i ciągnął się od łącznicy aż do wierzchołka oczodołu. Prócz tego, przedni koniec tego sznurka, znajdując się pomiędzy wewnętrzną ścianą oczodołu a gałką oczną, bardzo tu do tej ściany przybliżoną, mógł być zrośnięty z temi obydwoma utworami i w ten sposób, jako blizna poprzeczna, wywoływać skoszenie. Za tym ostatnim poglądem zdawało się przemawiać badanie od strony łącznicy. Przesuwając mianowicie zgłębnikiem po górnej lub dolnej fałdzie przechodniej, ku stronie wewnętrznej, napotykałem w okolicy mięska łzowego na opór, jak gdyby wązki mostek bliznowaty rozciągał się pomiędzy gałką a ścianą oczodołu. Zdawało mi się zrazu, że przecięcie poprzecznej, albo obu blizn, usunie skoszenie gałki i że z łatwością da się uskutecznić. Kilkakrotne wszakże próby przekonały mnie, że zadanie operacyjne było trudne. Gałka tak blisko ściany oczodołowej się znajdowała, że chcąc przeciąć łączący je mostek, można było z łatwością narazić się na uszkodzenie opon oka. O przecięciu

sznurka bliznowego w ten sposób, jak się prawidłowej operacyi zéza dokonywa nie mogło być mowy; operacyja musiałaby w każdym razie być dokonana na ślepo. Wreszcie, już samo usunięcie ciała obcego mogło te stosunki z czasem na lepsze zmienić; uważałem więc za właściwe chorego wypisać i po dłuższym przeciągu czasu obejrzeć go znowu. Ze zaś chory i spieszył się do domu i wreszcie, będąc uwolnionym od ciągłego cierpienia, był zupełnie zadowolony z rezultatu leczenia, opuścił więc szpital trzeciego dnia, przyrzekając powrócić po kilku miesiącach; przyrzeczenia tego wszakże nie dotrzymał.

Wzrok, o ile tu przy takiem skoszeniu oka zbadać było można, nie zdawał się osłabionym. W końcu przyznać się muszę do grzechu, że w ciągu trzydniowego pobytu chorego w szpitalu, zajęty myślą o mechanizmie skoszenia gałki i o usunięciu tej wady, zaniechałem wziernikowego zbadania oka.

Opisany przypadek należy z wielu względów do typowych. Ciała obce dostają się do oczodołu najczęściej, jak i w tym przypadku, przez uderzenie wypadkowe lub umyślne, podczas gdy codziennie w praktyce ocznej napotykane ciała obce łącznicy i rogówki wpadają najczęściej przy wykonywaniu rozmaitych prac rzemieślniczych. Dosyć niejasnym wydaje mi się cały proces uderzenia chorego, odszczepienie się od dyszla kawałka drzewa, opisanej postaci, i wsunięcie się tego odszczepu do głębi oczodołu; chory nie był w stanie podać bliższych objaśnień.

I tutaj, jak w największej liczbie znanych w literaturze przypadków, ciałem obcem, tkwiącem w oczodole, było drzewo; i tutaj, jak zwykle, dostało się ono od wewnętrznej strony oczodołu i to przez szczelinę powiekową, bez zranienia powiek.

Długość obcego ciała, w opisywanym przypadku, była niewątpliwie stosunkowo znaczna, wszakże pod tym względem ustępuje ten przypadek pierwszeństwa wielu innym, gdzie wydobyte z oczodołu ciała obce bezporównania dłuższe bywały. Biorąc pod uwagę długość oczodołu (około 4, 5 cm.), możemy być pewni, że drzewo do jamy czaszkowej się nie dostało.

Ciała obce w oczodole zwykle dobrze bywają znoszone i bardzo rzadko dają powód do ropienia. W opisywanym przypadku tkanki oczodołu żadnej nie okazywały reakcyi, która by się zradzała obrzękiem powiek lub objawami zapalenia. Chory cierpiał tylko o tyle, o ile ciało obce, stercząc po nad łącznicą drażniło rogówkę; opisywane przezeń cierpienia tylko do rogówki można było odnieść. Nie ulega wątpliwości, że gdyby drzewo w całości ukryło się pod łącznicą, chory by o poradę nie zgłaszał się wcale, a obecność ciała obcego w oczodole chyba tylko ze skoszenia gałki możnaby podejrzewać.

Ten ostatni objaw powtarza się przy wszystkich niemal ciałach obcych, zwłaszcza nieco większych wymiarów. Gałka czasami ku rance, czasami bywa w przeciwną stronę zwrócona. Mechanizm zboczenia zdaje się być dosyć rozmaity. Gra tu zapewne przeważną rolę samo ciało obce, które gałkę odpycha i ruchy jej ku jednej przynajmniej stronie niemożliwemi czyni. Prócz tego w innych wypadkach wylana krew i zapalne wysięki nie mogą pozostać bez wpływu. W przypadkach zastarzałych, gdzie mianowicie po usunięciu ciała obcego zboczenie i nieruchomość gałki trwają nadal, możemy — sądzę — objawy

te do dwóch tylko odnieść momentów. Albo tkanka bliznowa, otaczająca ciało obce, po jego usunięciu ten sam mechaniczny powoduje skutek, albo też gałka, raz zwichnięta i w nowe skierowana miejsce, w swem nowem położeniu w jakikolwiek sposób się ustala. Jaki był mój pogląd na mechanizm zboczenia gałki w danym przypadku, starałam się opisać powyżej; o ile ten pogląd był słuszny, twierdzić nie mogę, gdyż wypływających zeń wskazań wypełnić, a tem samem poglądu udowodnić, nie byłem w stanie. Nie wiem, jak się pod tym względem zachowywała gałka natychmiast po nastąpionem uderzeniu i jakie nastąpiły zmiany w dalszym czasie po wyjęciu ciała obcego.

III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał Dr. **W. Matlakowski.**

Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 1).

W ostatnich czasach pojawiło się kilka prac, które albo pochodzą ze szczupłego obozu oppozycyi przeciw metodzie Listera, albo też mają na celu głębszą modyfikacyję systematu. Do tego ostatniego rzędu należą prace nad znaczeniem spray'u.

Pierwszą, co do czasu, pracą w tym kierunku jest artykuł Trendelenburg'a (5). Autor stawia sobie pytanie, czy spray jest rzeczywiście niezbędny, czy nie mógłby być pominięty? Zdaniem T. większość chirurgów przechyliła się na korzyść spray'u dla tego, że doświadczenie i rezultaty w ogóle przemawiają za metodą przeciwgnilną; aby jednak z ogólnego rachunku wyodrębnić znaczenie spray'u, należy porównać wyniki opatrunku przeciwgnilnego ze spray'em, z rezultatami opatrunku przeciwgnilnego bez mgły karbolowej. Za pobudkę do podobnej myśli służą autorowi cele praktyczne—uproszczenie metody. Małą bowiem rzeczą może być stosowanie mgły karbolowej w klinice uniwersyteckiej, lecz wcale inna sprawa z chirurgiem wiejskim, lub co ważniejsza—z chirurgiem na polu bitwy, gdzie każda biegła ręka i każda minuta czasu jest drogą, ujętą zdrowiu lub życiu innych chorych. Gdyby spray był tak rzeczywiście nieodzowny, sumienie i ludzkość nie pozwalają chirurgowi obywać się bez niego. Pytanie o pożyteczności mgły karbolowej rozwiązuje się przez rozstrzygnięcie zagadnienia innego, czy spray wpływa szkodliwie na zarodki spraw gnilnych, czy nie? W ostatnim razie byłby zbyteczny. Jeśli zaś rzeczywiście jest szkodliwym dla nich, to w takim razie w podobny sposób wpływa i częste polewanie, zraszanie rany roztworem kw. karb. na zarodki, które w czasie operacyi z powietrza na ranę spadły. Przeciw podobnemu wnioskowaniu możnaby wystąpić jedynie wtedy, gdyby dowiedzionem zostało, że zarodki, wzniecające gnicie (Fäulnisserreger), są w stanie w czasie przerwy między dwoma polewaniami przeniknąć do tkanek i krwi, gdzie już roztwór kwasu w postaci

strumienia puszczonego na ranę ani dosięgnąć, ani wywabić ich nie może. T. jest tego zdania, że owe krótkie przestanki czasu między oblewaniami kwasem karb., podczas których rana pozostaje swobodnie wystawioną na wpływ powietrza, nie mogą mieć takich poważnych następstw, przez ten czas bowiem ranę od przenikania owych pierwiastków chroni podczas operacyi krew ustawicznie z rany spływająca. Wyżej już nadmieniliśmy jak mocno żywotne, do jakiego stopnia wytrzymałe, a prawie nie do zniszczenia są owe zarodki. Buchner, po rozważeniu tej ich właściwości, przychodzi do wniosku, że spray działa nie tyle zabijając i niszcząc grzybki w powietrzu otaczającem ranę, zadawaną w czasie operacyi, ile przez to, że kwas karbolowy, spadając w kształcie drobniutkich kropelek na powierzchnię rany, ustawicznie ją zrasza, po niej się sączy i spływa, ją oczyszcza, powierzchowne warstwy przesyca i napaja, tak, że warunki chemiczne dla rozwoju grzybków w następstwie w ranie stają się dla nich nadzwyczaj nieodpowiednie. Nasuwa się przeto pytanie, czy możnaby zamiast tego ustawicznego opłukiwania rany płynem przeciwgnilnym, podczas operacyi, urządzić ogólne energiczne ale jedno obmycie silnym strumieniem tegoż płynu, lecz po skończeniu operacyi; czy zastąpienie takie miałoby jakieś gorsze następstwa pod względem własności chemicznych rany. Do rozwiązania tego pytania T. czerpie wskazówki z doświadczenia codziennego. I tak, widzimy że czasami, powiedziałbym najczęściej przy złamaniach powikłanych (*fract. complic.*) opatrunek przeciwgnilny nałożony zostaje dopiero w jakie 6 — 12 godzin po wypadku, a mimo to przebieg rany bywa aseptyczny. Znaczy to oczywiście, że choć przez te 8 — 12 godzin rana była bez osłony spray'u, chociaż ulegała wszelkiemu zanieczyszczeniu: piaskiem, błotem, kawałkami odzieży, powietrzem, które nie raz dostało się aż do otwartego stawu i t. d., mimo to wszystko gruntowne oczyszczenie, obmycie, wypłukanie jednorazowe zapobiega sprawie gnilnej i zabezpiecza ranie przebieg aseptyczny. Dla czegóż miałoby być coś innego przy operacyi w klinice, gdzie wszystkie usiłowania skierowane są do tego, aby ranę najmniej drażnić, jak najczyściej utrzymać, gdzie używa się tyle środków zapobiegawczych i t. p. Od tych rozumowań przeszedł T. do doświadczeń; zaczął najprzód ostrożnie pomijać spray przy małych operacyjach, a natomiast polewać ranę w czasie operacyi roztworem kw. karb, z gąbki lub irygatora, jak to sam Lister robił przed wprowadzeniem spray'u. Stopniowo przeszedł do większych operacyj bez spray'u, a przekonawszy się, że zmiana ta w opatrunku przeciwgnilnym nie ma następstw szkodliwych dla rany, wykluczył spray zupełnie z użycia przy operacyjach, i od 4 lat operuje na klinice w Rostock'u bez mgły karb. Jedyny wyjątek stanowi laparatomija, przy której niepodobna wypłukać jamy brzusznej po ukończeniu operacyi. Zważywszy atoli jak mało różnią się wyniki owerjotomij Spencer-Wells'a, Keith'a, Koeberlé'go, Hegar'a i innych, którzy operują bez spray'u, a nawet co się tyczy antyseptyki w ogóle, zachowywują tylko najskrupulatniejszą, najsumienniejszą czystość, od rezultatów chirurgów, którzy stosują mgłę karbolową, przekonywamy się, że i tu można całkowicie obejść się bez spray'u. Za kamień probierczy dla metody przeciwgnilnej, z wyłączeniem mgły karbolowej, uważać oczywiście można te operacyje, przy których listeryzm okazał

się dotychczas najskuteczniejszym, przy których za wszelki błąd, popełniony przeciw metodzie przeciwgnilnej, przebieg ran mści się rozmaitemi fatalnemi częstokroć powikłaniami; należą tu operacyje na kościach, na stawach, na jamach surowiczych. Otóż przy nich, przebieg gojenia się bez użycia spray'u jest taki sam jak z jego użyciem: to jest bardzo często bez gorączki i bez ropieniu.

Do takiego samego wniosku doszedł Bruns (2), a mianowicie, że spray „jest nie tylko niepotrzebnym i zbytecznym, lecz także nieprzyjemnym i zawadzającym (*störend*) dodatkiem“ do metody przeciwgnilnej, a przeto można go przy operacyjach zaniechać. Zdanie to, jak je sam nazywa, wysoce kacerskie, popiera autor szczegółowemi faktami, które o wiele wyżej stawiają jego pracę od poprzedzającej. Bruns, by uniknąć zarzutu, używał z początku spray'u (do 1879 r.), choć miał względem niego pewne wątpliwości. Professor tubingeński musiał się liczyć z ogólnem przekonaniem w Niemczech, tak potężne jest zakorzenienie metody przeciwgnilnej w tym kraju. Ze znacznej liczby operacyj, dokonanych bez spray'u w ciągu dwóch lat ostatnich, autor artykułu ze sensacyjnym tytułem „precz ze spraye'm“ wybrał operacyje na kościach, raz dla tego, że tworzą one naturalną, wybornie odgraniczoną, a przeto dającą się porównywać gruppę, powtóre zaś dla tego, że one właśnie zawsze były i są robione pod mgłą karb., wreszcie dla tego, że one stanowią przeważnie klassę operacyj, która dawniej dostarczała najznaczniejszy kontyngens śmierci w szpitalach z t. z. chorób wypadkowych, jak: ropnica, posocznica i róża. — Zamiast mgły B. polewa ranę (*irrigatio*) co kilka sekund roztworem 2 — 5% kw. karb.; przy krótkich zaś operacyjach oblewa tylko ranę po operacyi. Nadto wszystkie rany, z wyjątkiem bardzo wielkich, np. przy otwarciu jamy opłucnej, przed ostatniem zaszyciem wymywa 5% roztworem, przestrzykując nim operowany staw, dreny i t. d. Przy zwykłych opatrunkach chirurgicznych w dalszym ciągu leczenia również, zamiast spray'u, polewa ranę strumieniem kwasu bez przerwy podczas opatrywania (*irrigatio continua*). Zresztą trzyma się Bruns surowo zasad antyseptyki, a do opatrunku używa jedynie gazy karbolowej, dając jej pierwszeństwo i znaczną wyższość przed innemi materyjałami. Mocny kładzie też nacisk na o ile można jak najpóźniejsze przewijanie rany, np. przy amputacyjach dopiero na 8 — 10 — 12 dzień po operacyi. B. w sposób powyższy leczył 62 amputacyje (w tej liczbie 4 ramienia, 4 przedramienia, 12 uda i 23 goleni). Nadto robił 4 amputacyje podwójne: 1) oba uda, 2) obie golenie, 3) prawe udo i lewa goleń, 4) obie golenie; wszystkie 4 zakończyły się śmiercią: w 1 przypadku od shok'u, w 4 godziny po operacyi, w trzech pozostałych od tężca. Nadto dodaje B., że w ostatnim z pomienionych przypadków śmierć nastąpiła dopiero 14 dnia po operacyi i w nim przy operacyi i przy opatrunku stosował spray, dla tego, że spodziewając się śmiertelnego zejścia (rozmiażdżenie obu goleni skutkiem przejechania na kolei), nie chciał dać zwolennikom spray'u powodu do możliwego zarzutu. Oprócz amputacyj przytacza Bruns 10 osteotomij, (7 na udzie—5 na trzonie, 2 wewnątrz stawu sposobem Ogston'a—i 3 na piszczeli), dalej 26 wypiłowań stawowych (2 w stawie udowym, 12 w kolanowym, 1 w golenio-stopowym, 2 w stawie Chopart'a i t. d.); 13 wypiłowań zewnątrz-stawowych, 9 trepanacyj wraz z wyskrobaniem przy próchnieniu kości, 24 wyjęć martwa-

ków (*necrothecotomiae*, jak je słusznie nazywa autor zamiast dawnych *sequestrotomiae*). Razem 144 operacyje, a z pomiędzy nich **ani jedna** nie zakończyła się śmiertelnie. Oprócz tego B. dokonał sposobem przeciwgnilnym bez spray'u 350 innych krwawych operacyj, nie wliczając w to rozszerzeń ran, otwarcia ropni i t. p. Ogólna liczba chorych, leczonych przez 2 lata na klinice o 100 łóżkach wynosi 1175, z których zmarło 26 czyli 3%. W tej liczbie 36 przypadków śmiertelnych a n i j e d n e j r o p n i c y, a n i j e d n e j p o s o c z n i c y, a n i j e d n e j r ó ż y. Słusznie zatem autor może wykrzyknąć na początku i końcu swego artykułu: „*Fort mit dem Spray*“. (D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

17. O LECZENIU PĘKNIĘĆ MACICY ZA POMOCĄ DRENOWANIA.

Podał D-r **St. Kondratowicz.**

Wiadomo ogólnie jak groźne powikłanie porodu stanowi pęknięcie macicy: procent śmiertelności dla matek wynosi w takich razach co najmniej 80 — a być może, że podniósłby się on jeszcze wyżej, gdyby można mieć dokładną statystykę wszystkich wypadków pęknięć, dzieci zaś giną prawie bezwarunkowo, gdyż wszelka pomoc lekarska najczęściej przychodzi za późno. Znaczną większość jednak stanowią te wypadki, w których lekarz, rozpoznawszy pęknięcie macicy, uważa z góry rodzącą jako nieowołalnie na śmierć skazaną, i całe swe postępowanie ogranicza na wydobyciu dziecięcia i łożyska, jakimkolwiek sposobem, aby matka nie zmarła nierozwiązana; dalszy przebieg pozostawia się najczęściej losowi.

Od dawnych czasów poczęto przy pęknięciu macicy stosować przecięcie ścian brzusznych (*laparotomia*), która to operacyja, chociaż stanowczo wpłynęła, na pewną poprawę statystyki śmiertelności, jednak nie znalazła szerszego zastosowania; w ostatnich czasach poczęto ją częściej stosować, ale rezultaty otrzymywane zupełnie nie odpowiedziały wymaganiom, tak — że niektórzy akuszerowie ograniczyli wskazania do wykonania przecięcia ścian brzusznych tylko do tych przypadków, w których płód wypadł całkowicie do jamy brzusznej i znajduje się przy życiu. W ubiegłym za to roku, terapija pęknięć macicy podczas porodu zrobiła rzeczywisty krok na przód—o ile można sądzić z ogłoszonych dotychczas przypadków. Nowa ta metoda zasadza się na zakładaniu przez samo pęknięcie do jamy brzusznej rurki drenowej, przez którą przepłukuje się jamę brzuszną roztworem kwasu karbolowego. Dren pozostaje na miejscu, dopóki odchodzi obfitsza wydzielina (szczególniej resztki krwi, lub produkta rozkładu), następnie — gdy pęknięcie poczyna się zabliźniać przez ziarninowanie—dren się usuwa i dalsze gojenie odbywa się w zwykłych warunkach. O ile mi wiadomo, po raz pierwszy zastosowano podobne postępowanie w klinice akuszeryjnej w Berlinie i to ze skutkiem pomyślnym, gdyż chora zupełnie wyzdrowiała; przypadek ten opisał D-r F r o m m e l, asystent kliniki (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. B. V. H. 2.—1880*). Niezadługo potem tenże sam autor podał dwa nowe przypadki, również zakończone wyzdrowieniem (*Centralblatt f. Gyn. Nr. 18—1880*), a ostatnio Dr M o r s b a c h, asystent kliniki w Halli (*Cent. f. Gyn. Nr. 26*) i D-r G r a e f e, asystent instytutu położniczego w Berlinie (*ibid*), ogłosili każdy

po jednym przypadku. Ponieważ kwestyję tę uważamy za bardzo ważną, przeto podajemy w krótkiem streszczeniu cztery ostatnie przypadki.

1) Rodząca 40-letnia, wzrostu małego, budowy słabej; rodzi po raz 13; dwa pierwsze porody odbywały się z pomocą lekarza, następnie odbywały się siłami natury, dopiero dwunasty ukończony został kleszczami. Obecny poród rozpoczął się 26 Czerwca 1880 r. Ponieważ poród nie postępował, udano się po pomoc do polikliniki. D-r Hofmeier, asystent, przybywszy do rodzącej 27 t. m. o godzinie 8-ej z rana, dowiedział się, że koło godziny 2-ej w nocy bóle nagle ustały. Przy badaniu zewnętrznem można było rozpoznać, że drobne części płodu znajdowały się bezpośrednio pod ścianką brzuszną, która była bardzo bolesną przy wszelkiem dotykaniu. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono główkę nieco w stronie prawej, a obok niej wypadniętą rączkę i pętlę nietętniącej pępowiny. Podkłady, na których chora leżała, były krwią przesiąknięte, podobnież ręka przy śledzeniu mocno się zakrwawiła. Z łatwością udało się sprowadzić do miednicy nóżkę płodu i wykonać obrót, a następnie wydobycie dziecięcia na zewnątrz; zaraz za główką płodu wyszło łożysko, wraz z dużemi skrzepami krwi. Przez wyśledzenie można się było przekonać, że macica prawie całkowicie była oderwaną, w kierunku poprzecznym, od swego odcinka dolnego i szyjki, tylko od przodu i z lewej strony było zachowane połączenie, za pomocą mostka 5—6 ctm. szerokiego. Powłoka jednak surowicza była całkiem nienaruszoną, lecz tylko oddzieloną od samej macicy i do tej to sztucznie utworzonej jamy, nie kommunikującej zupełnie z jamą brzuszną, dziecko wypadło. Po zachloroformowaniu chorej przepłukano starannie tę jamę 2% roztworem kwasu karbolowego i następnie przez pochwę wprowadzono gruby dren, opatrzony u góry ramieniem poprzecznem, i za pomocą szwu ustalono go przy spoidle tylnem. Na brzuch zastosowano pęcherz z lodem. Stan położnicy był bardzo dobry, wymiotów nie było, tętno było silne i regularne, 84; najwyższa ciepłota przypadła 6 go dnia wieczorem i wyniosła 38,0°C. Wtedy raz jeden zrobiono przestrzykiwanie przez dren. W pierwszych dniach chora otrzymywała małe ilości pokarmów płynnych, począwszy zaś od 8 dnia, dano jej dyjetę pożywniejszą. Z początku przez dren wypływał płyn krwisty, który stawał się stopniowo coraz bledszym, a w końcu odchodziła czysta ropa, 26 dnia usunięto dren, ponieważ ropa już wcale nie wypływała, a w dwa dni potem chora wstała z łóżka w zupełnie dobrem zdrowiu.

Przy śledzeniu wewnętrznem można się przekonać, że od przodu istnieje szpara, kilka centymetrów głębokości mająca, i że palec dochodzi aż do otrzewnej. Z prawej strony znajduje się znaczny wysięk, macica jest przesuniętą ku stronie lewej i zgiętą ku tyłowi. Stan ogólny zupełnie dobry.

2) Czwarty raz rodząca—30-letnia, w młodości przechodziła „chorobę angielską", trzy razy rodziła siłami natury. 20 Lipca przysłaną została do kliniki. Jak się później okazało, akuszerka—z powodu, że poród nie postępował — dała rodzącej cztery proszki na bóle. W klinice, przy badaniu zewnętrznem, po uprzedniem zachloroformowaniu rodzącej, można było wyczuć drobne części płodu tuż pod ścianką brzuszną. Przy śledzeniu wewnętrznem, palcem dochodziło się najpierw do główki, która znajdowała się po nad wchodem miednicy, i była zupełnie ruchomą; dziecię było zwrócone grzbietem ku przodowi, drobne części były zwrócone ku kolumnie kręgowej, całe dziecię wraz z łożyskiem, znajdowało się w jamie brzusznej, macica zaś była oderwaną od szyjki i od dolnego swego odcinka i łączyła się z nim tylko za pomocą bardzo cienkiego mostka. Ciało macicy było silnie skurczone i leżało ku górze i ku tyłowi. Prof. Schroeder wykonał przedewszystkiem obrót, który nastąpił z łatwością, i wydobył, przez pociąganie za nóżki, dziecię płci żeńskiej, nieżywe lecz świeże, ważące 2800 grammów; następnie jamę brzuszną przepłukano 2%-wym roztworem kwasu karbolowego i wprowadzono gruby dren, tak wysoko jak tylko się dało; dren ten przymocowano za pomocą szwu do spoidła tylnego.

Na brzuch nałożono opaskę uciskającą w ten sposób, że macica została zepchniętą ku dołowi i utrzymaną w tem położeniu, a to dla tego żeby o ile możności zapobiedz zbieraniu się krwi w jamie brzusznej. Z wierzchu położono pęcherz z lodem. Stan kobiety po operacyi wcale nie był zły, tętno było nieco przyspieszone i nieregularne, ale pełne, ciepłota była prawidłowa.

Przebieg był bardzo pomyślny. Przez kilka pierwszych dni wypływała przez dren znaczna ilość płynu krwistego, który po 6 — 7 dniach zmienił się na czystą ropę. Ciepłota raz tylko podniosła się do +38,5°C; ilekroć razy przechodziła po za 36°C—co zdarzyło się kilka razy, wieczorami — tylekroć zastosowywano przez dren przepłukiwanie 2% roztworem karbolowym, przy umiarkowanem ciśnieniu; płyn odpływał swobodnie obok drenu. Przez pierwsze dni podawano odpowiednie ilości makowca, by zmniejszyć ruchy robaczkowe kiszek i ułatwić, o ile można, wytworzenie się przyrostów na około pęknięcia. Tętno ciągle trzymało się na wysokości około 100 uderzeń. Na 17 dzień, ponieważ nie było już żadnego odpływu, wyjęto dren; miejsce pęknięcia było do tego stopnia zabliźnione, że pozostał mały otworek, prowadzący do niewielkiej jamki, wydzielającej dobrą ropą.

W kilka dni po tem chora mogła wstać z łóżka i wypisała się w stanie dobrego zdrowia.

W wypadku tym dziecię wraz z łożyskiem znajdowało się przynajmniej 5 godzin w jamie brzusznej.

3) Piąty raz rodząca, 35-letnia; pierwsze i trzecie dziecię urodziło się siłami natury, drugie i czwarte odebrano kleszczami; ostatni poród, który miał miejsce przed 5-laty, był bardzo trudny. w połogu chorowała ciężko przez 6 tygodni. Obecny poród rozpoczął się 19 Lipca r., z. o godzinie 8-ej wieczorem (D-r M o r s b u c h był wezwany d. 20 Lipca); bóle były od początku bardzo silne, tak, że—według anamnezy—po upływie 5-u godzin takich bólów, akuszerka przerwała pęcherz płodowy, co jej się udało wykonać z wielką trudnością. Podczas tej operacyi rodząca stała, zgięta we dwoje, kolana jej drżały; po przerwaniu pęcherza, przeniesiono ją na łóżko. Bóle po tem zupełnie ustały, pomimo, że akuszerka dała chorej trzy proszki na bóle, niezadługo zaś po tem wystąpiły bóle w całym brzuchu, z części płciowych wypłynęło około pół litra krwi.

D-r M., śledził rodzącą w 10 godzin po przerwaniu pęcherza; gdy się do niej zbliżał, chwyciła go za rękę, tak obawiała się każdego dotknięcia, z powodu iż brzuch był nadzwyczaj bolesny. Śledząc wewnętrznie, D-r M. swierdził, że nóżki płodu znajdowały się w otworze ujścia macicznego (a przynajmniej w otworze, który D-r M. uważał wtedy za ujście maciczne), dość wysoko. Brzegi otworu były niepodatne, średnica jego wynosiła 8 ctm. Od przodu można było wyczuć miękką massę, którą D-r M. uważał za łożysko, nizko przyklejone (czem sobie początkowo objaśniał krwotok). Podano 3 grammy sporyszu, ale bezskutecznie. Następnie ułożono rodzącą na poprzecznem łóżku i zachloroformowano. Z łatwością udało się sprowadzić nóżkę lewą płodu, ale przy pociąganiu zauważono, że mniemane ujście maciczne obciągnęło się silnie na około pośladków dziecka, i wcale nie ustępowało; przy uważnem śledzeniu przekonano się, że otwór ten ograniczony był niepodatnem pasmem, złożonem z kilku pęczków włóknistych, które dochodziły zbieżnie ku górze i ku przodowi, i zlewały się z jakimś tworem, który rozpoznano wtedy jako dobrze skurczoną macicę.

Ostatecznie więc było to pęknięcie pochwy i macicy, tej ostatniej w okolicy szyjki, dziecię zaś znajdowało się w jamie brzusznej. Główkę wyczuć można było w dołku podsercowym, tuż po za ścianką brzuszną i to tak wyraźnie, że można było oznaczyć szwy i ciemiona.

Otwór pęknięcia rozszerzono za pomocą licznych nacięć nożycami Siebold'a, drugą nóżkę (najdowała się ona w jamie Douglas'a) sprowadzono do pochwy, i dziecię przez pociąganie wydobyto na zewnątrz. Łożysko znajdowało się w ja-

mie brzusznej, po nad wchodem miednicy, po stronie lewej; tuż obok łożyska leżały pętle kiszek.—Po ukończeniu operacyi wprowadzono do jamy Douglas'a dwie grube rurki drenowe, zalecono spokój, podano 20 kropel Tinct. opii simpl.

Na drugi dzień wyjęto jeden dren, w cztery dni wyjęto i drugi, gdyż wypływało już mało płynu: przebieg porodu był w ogóle dobry, ciepłota nie dochodziła do 39°C, brzuch był coraz mniej bolesnym, wreszcie, przy stopniowem a ciągłem polepszaniu się stanu ogólnego, chora wstała na 14 dzień po porodzie.

W czternaście tygodni po tem można było stwierdzić przy śledzeniu, że po lewej stronie ujście maciczne było przerwanem i pęknięcie to przechodziło i na szyjkę, ale palcem nie można było dojść do jego górnej granicy, w sklepieniu zaś pochwowem istniała cienka blizna, która, począwszy od naderwania ujścia macicznego, przebiegała łukowato, na długości 8 ctm., po tylnej ściance pochwy.

4) Trzynasty raz rodząca; bóle rozpoczęły się 2 Października r. z. nad wieczorem, były bardzo silne, wreszcie o 3-ej zrana nagle ustały. Po przybyciu rodzącej do kliniki znajdowała się ona w stanie znacznego upadku sił (*collapsus*), tętno było małe i nadzwyczaj częste; przez ściany brzuszne można było wyraźnie wyczuć drobne części płodu, całe dziecię znajdowało się w jamie brzusznej; leżało po stronie prawej, macica zaś, dobrze skurczona, znajdowała się po nad spojeniem łonowem po stronie lewej. Po zachloroformowaniu rodzącej, wydobyto z łatwością dziecię nieżywe i łożysko, po czem przy śledzeniu przekonano się, że macica była poprzecznie przerwaną, i tylko z lewej strony istniało połączenie mostkowate, szerokości trzech poprzecznych palców. W jamie brzusznej znajdowała się znaczna ilość skrzepłej krwi i smołki. Przepłukano ją 2½% letnim roztworem kwasu karbolowego, po czem wprowadzono przez otwór do jamy brzusznej grubą rurkę drenową, opatrzoną poprzecznemi ramionami, 30 ctm. długą i ustalono ją za pomocą szwu w okolicy spoidła tylnego. Na brzuch nałożono ścisłą opaskę i pęcherz z lodem.

Przez pierwsze dwa dni stan chorej był bardzo zły, tętna wcale wyczuć nie można było, dopiero trzeciego dnia wieczorem nieco się podniosło i można było naliczyć około 120 uderzeń. Ciepłota nie była podwyższoną. Przez pierwsze pięć dni chorą często trapiły wymioty i czkawka; rokowanie przedstawiało się jak najgorzej. Szóstego dnia ciepłota wieczorem podniosła się do +39°C, a tętno stało się pełniejszem. Odpływ był ciągle lekko krwisty, lecz począł być cuchnącym, z tego względu poczęto stosować 1—3 razy dziennie, zależnie od wysokości ciepłoty, przestrzykiwania przez dren jamy otrzewnej 2½% roztworem kwasu karbolowego, przy bardzo nieznacznem ciśnieniu.

Stan chorej począł się stale poprawiać, ciepłota rankami była niższa, wieczorami podnosiła się, ale nie dochodziła 39,6°C, w czwartym tygodniu była już normalną; odpływ powoli stał się ropiastym i w piątym tygodniu ustał zupełnie, z tego powodu 2 Listopada usunięto dren, co było połączonem z pewnemi trudnościami, gdyż otwór pęknięcia znacznie się zmniejszył i niełatwo można było przezeń przeprowadzić poprzeczne ramiona drenu. 8 Listopada wypisano chorą w stanie zupełnie zadowalniającym. Przy badaniu przed wypisaniem okazało się, że macica, kształtu prawidłowego, leżała po stronie lewej; z prawej strony, obok krótkiej szyjki macicznej, palec dochodził do małej jamki, wypełnionej ziarniną, po na nad którą, obok macicy, znajdował się wysięk, tworzący guz, wielkości małego jabłka.

W wypadku powyższym, pomimo, iż skrzepy krwi i smołka znajdowały się obficie w jamie brzusznej, jednak nie wystąpiło zakażenie produktami rozkładu, co autor przypisuje troskliwemu przepłukiwaniu jamy brzusznej roztworem kwasu karbolowego i zapewnieniu swobodnego odpływu wszelkiej wydzieliny, i zgodnie z dwoma wyżej cytowanymi autorami, silny nacisk kładzie na ważność podobnego postępowania.

Niezaprzeczenie, że pięć przypadków z tak pomyślnym przebiegiem stano-

wić może ważny argument, przemawiający na korzyć nowej metody, która ze względu szczególniej na swą prostotę da się zastosować w każdym przypadku, nawet w praktyce prowincyjonalnej, rurka bowiem drenowa i roztwór kwasu karbolowego są to środki, dostępne dziś dla każdego.

KORRESPONDENCYJA.

Lipsk. — w Styczniu.

Chęć przysłużenia się kollegom, udającym się na studyja naukowe za granicę, skłoniła mię do przesłania niektórych objaśnień i wskazówek, tyczących się uniwersytetu w Lipsku, który za główny punkt studyjów moich obrałem.

Uniwersytet Lipski, jeden z najstarszych uniwersytetów niemieckich (założony w r. 1409), zalicza się do najbardziej uczęszczanych, gdyż pod względem ilości słuchaczy rywalizuje z Berlińskim (w bieżącem półroczu ogólna cyfra studentów dochodzi do 3500), a pod względem klinik, i pracowni stara mu się także dorównać. W liczbie 44 profesorów, wykładających na wydziale lekarskim, znajdujemy znane całemu naukowemu światu nazwiska: Ludwig'a, His'a, Thiersch'a, Wagner'a, Cohnheim'a, Erb'a, Braune'go, Cocciusa Credé'go i innych. Wszystkie kliniki, gabinety i pracownie położone są obok siebie przy jednej ulicy Lebieg'a, ztąd też z łatwością, bez straty czasu, można z jednej lekcyi na drugą przechodzić. Ponieważ wyliczanie wszystkich wykładów i pracowni zajęłoby zbyt dużo czasu i miejsca, ograniczę się więc tylko na krótkiej wzmiance o ważniejszych.

Anatomię opisową wykłada tu prof. Braune z prof. His'em, fizyjologię zaś reprezentuje tu słynny prof. Ludwig. Pracownia tego ostatniego pociąga do siebie zawsze liczne grono tych, co się fizyjologiją doświadczalną zajmują.

Instytut anatomo-patologiczny zostaje pod kierunkiem prof. Cohnheim'a, który wykłada patologiję ogólną, w połączeniu z ogólną anatomiją patologiczną. Treściwe swe odczyty objaśnia doświadczeniami, a w razie potrzeby wiwisekcyjami, a prócz tego pokazuje świeżo przygotowane preparaty, będące w związku z wykładem. Dla uzupełnienia swoich odczytów prof. Conheim, wspólnie z prof. Weiger'em, prowadzi praktyczne zajęcia mikroskopowe, a prócz tego kieruje pracami eksperymentalnemi.

Ozdobą wszechnicy w Lipsku, jest szpital Św. Jakóba, w którym się mieści klinika terapeutyczna i chirurgiczna. Jest to gmach, a raczej zbiór wielu budynków, pooddzielanych od siebie ogrodami, wodotryskami, trawnikami. Szpital ten przedstawia głównie system barakowy. Sale wysokie, widne, łóżka szeroko porozstawiane — ogrzewanie odbywa się za pomocą ogrzewanego powietrza, każdy barak (pawilon) zawiera 24 łóżek, a przy wejściu do pawilonu znajduje się obszerny pokój, mieszczący w sobie biblijotekę, narzędzia gimnastyczne i przedmioty do zabawy służące (szachy, domino, warcaby).

Dyrektorem kliniki terapeutycznej jest prof. Wagner, materyjał naukowy jest tu bardzo znaczny. Wkłady Wagner'a odznaczają się wielką ścisłością naukową. Po przedstawieniu kilku wypadków pewnej choroby, następuje później obszerniejszy odczyt w tym przedmiocie. Przy stawianiu rozpoznania prof. W. jest bardzo ostrożnym. Leczenie jest tu zwykle na ostatnim planie i pozostawia się dobroczynnej naturze. Środki kojące (*narcotica*) są w wielkiem użyciu, a jako środek przeciwzapalny stosowany jest lód—baniek zaś i pijawek nigdzie mi się tu nie udało widzieć.

Co się tyczy teoretycznych wykładów z dziedziny patologii i terapii szczegółowej, te takowe są rozdzielone pomiędzy prof. Wagner'a i prof. Erb'a, który wybrał specyjalny kurs chorób nerwowych (obecnie choroby rdzenia kręgowego) i D-ra Friedländera. Prócz tego prof. Erb prowadzi codziennie poliklinikę terapeutyczną w gmachu uniwersytetu, która, szczególniej ze względu na terapiję, jest bardzo pożyteczną. Choroby wewnętrzne jednakowo uwzględniane bywają jak i choroby systematu nerwowego, pomimo że prof. Erb słynie głównie jako neuropatolog.

Kurs teoretyczno-praktyczny elektroterapii wykłada, znany ze swych prac w tej specyalności, prof. Brenner.

Dyrektorem kliniki chirurgicznej jest prof. Thiersch. Oprócz wykładów chirurgii szczegółowej przy łóżku chorego, miewa jeszcze odczyty z chirurgii ogólnej—teoretycznie. W ogóle panuje tu zwyczaj, że, profesor kliniki miewa jednocześnie wykład ogólny z przedmiotu, który szczegółowo w klinice traktuje, profesorowie zaś nadzwyczajni i docenci wykładają gałęzie więcej specyjalne.

Oprócz kliniki chirurgicznej i terapeutycznej istnieją jeszcze w Lipsku tak zwane polikliniki, które mieszczą się w środku miasta (Szpital Św. Jakóba, koło ulicy Liebig'a, położony jest prawie za miastem).

Otóż chirurgicznych poliklinik jest dużo: jedna prof. Schmidt'a w gmachu uniwersytetu, druga zaś własna poliklinika ziomka naszego D-ra Lessera. D-r L. okazuje się zawsze bardzo chętnym i przychylnym dla ziomków naszych, przybywających na studyja, a swojemi znajomościami w gronie professorów i docentów dużo ułatwień dla przybysza zrobić może.

Tutaj wypada mi ze zdziwieniem dodać, że w szpitalu, przy tak licznym składzie wykładających, niema klinik i specyjalnych odczytów w przedmiocie chorób wenerycznych i skórnych, które stanowią tutaj część wykładu chirurgii. Na klinice prof. Thiersch'a znajduje się tylko nie wielki oddział, przeznaczony dla wspomnianych chorób — a i w poliklinikach cierpienia te zajmują w rozkładzie godzin podrzędne miejsce,

Klinikę chorób dzieci, mieszczącą się w oddzielnym szpitalu przy ulicy Karoliny, prowadzi prof. Hennig, klinikę psychijatryczną — prof. Flechsig, okulistyczną prof. Coccius, instytut zaś położniczy i klinika chorób kobiecych znajduje się w gmachu Trier'a, tak zwanym od założyciela. Zarządza nim prof. Credé.

Obfity materyjał naukowy, jaki się w Lipsku spotyka, dobór profesorów we wszelkich gałęziach specyjalnych medycyny jest powodem, że przybywa tu na studyja znaczna liczba lekarzy z rozmaitych stron i krajów—do czego nie mało przyczynia się niezawodnie łatwość, z jaką można się tu w pracowniach uniwersyteckich pomieścić. Aby mieć możność uczęszczania na wykłady, potrzeba tylko przedstawić się profesorowi, który zwykle z wszelką uprzejmością prośbę uwzględnia. To samo daje się powiedzieć i o pracowniach, w których każdy, chcący się zająć tym lub owym przedmiotem, znajdzie miejsce i chętne słowo objaśnienia ze strony profesora. Za słuchanie wykładów żadnych się tu kosztów nie ponosi—dla lekarzy wszystkie odczyty są gratis — tylko w niektórych pracowniach płaci się i to bardzo nie wiele za potrzebne do doświadczeń materyjały. Profesorowie zajmują się bardzo pilnie pracami naukowemi, przesiadują całemi godzinami w laboratoryjach, w czem głównie przoduje profesor i dziekan tutejszego wydziału lekarskiego—Ludwig. Znaczna ilość docentów i asystentów przyczynia się również niemało do ułatwienia pracy naukowej w gabinetach.

W końcu dodać winienem, że mieszkanie, utrzymanie, jest, w porównaniu z naszemi cenami w Warszawie, nie drogie, wyjąwszy tylko czasu jarmarku, w którym ceny mieszkań są cztery razy większe aniżeli zwykle - podwyżka ta jednak nie dotyczy dawnych lokatorów.

Bronisław Chrostowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 18 Stycznia 1881 r.

Po podziękowaniu poprzedniemu prezydyjum za prace, łożone dla dobra Towarzystwa, prezes Hoyer odczytuje list, nadesłany przez J. Majera z Krakowa. Szanowny jubilat dziękuje w nim „najdawniejszemu z pomiędzy polskich Towarzystw lekarskich" za telegram gratulacyjny i wyraża się że przyjęcie Go do grona Towarzystwa Lek. War. — co nastąpiło niemal „w pierwiastkach zawodu" lekarskiego jubilata — było dlań zachętą, która nie mało się przyczyniła do zasług, jakie położył dla kraju.

Następnie Hoyer odczytuje drugi list, przysłany Towarzystwu przez p. Prezydenta miasta, zawiadamiający iż w Maju r. b. obchodzoną będzie w Petersburgu uroczystość 50-letniego zawodu lekarskiego Pirogowa, dla uczczenia zasług którego zbierają się ofiary dobrowolne, w celu założenia szpitala jego imienia, w celu kształcenia li tylko chirurgów. Ofiara 3000 rs. daje prawo utworzenia łóżka, noszącego nazwę ofiarodawcy; większe zaś summy — całego oddziału.

T. L. W. na posiedzeniu w dniu 5 Marca 1878 r. wyznaczyło jako temat na konkurs imienia ś. p. Choinowskiego, opracowanie dowolnie obranej kwestyi z hygieny publicznej miasta Warszawy, lub innego miasta Polskiego. Na konkurs nadesłano jedną tylko pracę, pod tytułem „Wodociągi krakowskie". Do ocenienia tej pracy, Tow. wybrało komitet, złożony z kollegów: Fritschego, Markiewicza i Mayzla. Markiewicz zdaje z niej sprawozdanie w wyrazach bardzo pochlebnych. Podzieloną jest ona na 10 rozdziałów. Rozdział I autor poświęca przedstawieniu rysu hydrognostycznego m. Krakowa, w związku ze stosunkami zdrowotnemi tegoż miasta, które są, jego zdaniem, jak najgorsze. W II kreśli przebieg historyczny sprawy wodociągowej m. Krakowa. W III mówi o planie poszukiwań w celu zaopatrzenia Krakowa w wodę i o sposobach badania jej. IV obejmuje ogólne zasady zaopatrzenia Krakowa w wodę (co do ilości i jakości). W V opisuje stosunki hydrograficzne okolicy Krakowa. W VI rozbiera szczegółowo projekta zaopatrzenia Krakowa w wodę. W VII rozbiera projekta wodociągów do zaopatrzenia miasta w wodę gruntową. W VIII mówi o projektach zaopatrzenia Krakowa w wodę rzeczną. W IX rozpatruje projekt zaopatrzenia Krakowa w wodę dwojaką; oświadcza się jednak autor za wodociągami wspólnymi, jednolitymi. X obejmuje wnioski autora w sprawie zaopatrzenia Krakowa w wodę, przedstawione Komissyi Wodociągowej Krakowskiej Rady Miejskiej. Autor oświadcza się ze projektem wodociągów z wodą zdrojową z Regulic (odległych o 29 kilom.), uważa go za jedyny ze stanowiska hygienicznego i sądzi że Kraków, po przyjęciu tego projektu, posiadałby jedną z najlepszych wód zdrojowych wEuropie.

Towarzystwo jednozgodnie zgadza się na propozycyję komitetu, oceniającego tę pracę i przyznaję nagrodę jej autorowi, którym jak się okazało po otwarciu koperty, jest Dr. Bolesław Lutostański z Krakowa.

Kol. Chwat, po przypomnieniu że podczas dokonywania tracheotomii nożem, po przecięciu tchawicy, chirurg często ma trudność przy wprowadzeniu rurki przez ranę, co połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorego, gdyż grozi mu zaduszeniem — pokazuje przyrząd własnego pomysłu, który zaradza wspomnionej niedogodności. Jest to nóż, mający poniżej swego ostrza rodzaj sztabki rynienkowatej, mogącej się posuwać, za poruszeniem odpowiedniego guziczka, ku przodowi i ku tyłowi. Po przecięciu tchawicy nożem, posuwa się sztabkę naprzód, i tak zostaje tym sposobem między brzegami rany, i ułatwia wprowadzenie rurki.

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

Towarzystwo Farmaceutyczne Warszawskie na posiedzeniu dnia 14 b. m. wybrało na prezesa: Henryka Huberta; na wiceprezesa: Jana Mrozowskiego; na sekretarza: Feliksa Szteynera; na kassyjera: Bernarda Górskiego; na biblijotekarza: Michała Mutniańskiego.

OD REDAKCYI.

Zadanie pisma lekarskiego tygodniowego polegać winno nie tylko na tem, aby utrzymywać czytelników na poziomie nauki współczesnej i stać na straży zawodu, ale i na tem, aby się stać prawdziwem ogniskiem potrzeb i interesów lekarzy, mianowicie wtedy, jeżeli te płyną wprost z uprawianego zawodu. Lekarze, szczególniej też mieszkający na prowincyi, a więc oddaleni od głównych ognisk życia umysłowego, pozbawieni sposobności komunikowania się z kollegami, często nie mają możności rozstrzygnąć wątpliwości, nasuwających im się czy to w rzeczach chorób, ich leczenia, czy w kwestyjach ustaw obowiązujących, często nie mają możności zasięgnięcia informacyj o dziełach, instrumentach, wynalazkach i t. p. Rozumiejąc te trudności *Gazeta Lekarska* uprasza Sz. Kollegów, aby w razie jakiejkolwiek potrzeby udawali się z całą ufnością do naszej Redakcyi, która starać się będzie o udzielenie — o ile będzie mogła — najlepszych informacyj. Prócz tego, chcąc skoncentrować wszystkie interesa lekarzy, Redakcyja *Gazety Lekarskiej* postanowiła robić bezpłatnie ogłoszenia o zmianie zamieszkania lekarzy na prowincyi, o wakujących posadach i t. p. Upraszamy przeto Sz. Kollegów o nadsyłanie nam tych wiadomości, które zamieszczać będziemy pod rubryką wiadomości osobowych.

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.** Za Redaktora odpowiedzialnego Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава, 8 Января 1881 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska № 23.