

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OBECNIE PANUJĄCE POGLĄDY NA POWSTAWANIE TORBIELI W POCHWIE i na przebieg kanałów Gärtnera.

podał

Maksymilian Warszawski.

Winckel podaje, że podług Stafforda Lee, Sir Astley Cooper pierwszy wspomina o torbielach pochwy. Sam zaś Cooper znalazł pierwszą o nich wzmiankę u Okley'a Heminga (1831). Haussmann zaś, przeglądając „Fizyologię ciała ludzkiego“ Hallera (*Elementa physiologiae corporis humani*, Tomus VII, Bernae 1765, Liber XXVIII, sect. II, § XVIII, s. 77), przypadkowo natrafił na następujące zdanie:

„Glandulas vaginae veras, rotundas, varii Cl. viri repererunt, etiam depinxerunt, in brutis frequentiores, tamen etiam in homine visas. Eas non reperi, etsi hydatides in vagina vidi, et rejecit Ill. Morgagni (advers. IV, § 45).“

Ponieważ anatomowie i klinicyści zeszłego stulecia posilkowali się słowem „hydatides“ dla określenia worka z płynną zawartością, mającego mniej więcej cienkie ściany, a niekiedy i w czasach obecnych słowo to bywa w tem znaczeniu używane, to bez wątpienia Hallerowi należy się pierwszeństwo

przed Okley'em Hemingem, tem bardziej Astley'em Cooperem w odkryciu torbieli pochwy.

Przyczyny powstawania torbieli w pochwie do tej pory nie są ściśle określone. Długi czas panowało przekonanie (G. Veith), że punktem wyjścia torbieli są kanały Gärtnera, które stonowią przewody ujściowe ciał Wolffa i zachowują się w organizmie kobiety w postaci tworów rurkowatych, wysłanych nabłonkiem cylindrycznym, przebiegają od trzonu macicy przez szyję wzdłuż pochwy ku dołowi. Prawdziwe ujścia tych kanałów nie są określone.

Przeciwno tym od dawna panującym poglądom na pochodzenie torbieli pochwy w roku zeszłym Kossman wystąpił w towarzystwie ginekologicznem berlińskim z odczytem, w którym dowodzi, że torbiele pochwy, wysłane na powierzchnię wewnętrznej płaskim nabłonkiem bez wątpienia nie pochodzą z kanałów Gärtnera.

Również torbielom, umiejscowionym w tylnej ścianie pochwy—choćby miały cylindryczny nabłonek—nie mogą dać początku kanały Gärtnera, ponieważ te ostatnie przebiegają na przedniej ścianie pochwy, w kierunku od macicy ku ujściu zewnętrznemu cewki.

Jeszcze mniej prawdopodobne jest przypuszczenie, powiada Kossman, że torbiele przedniej ściany pochwy biorą od nich początek, ponieważ dane embryologiczne przeczą hipotezie powstawania torbieli z nerki zarodkowej (Urniere). W nerce bowiem zarodkowej własności wydzielnicze posiadają jej kłębuszki (glomeruli); te zaś zupełnie zanikają. Kanały zaś Gärtnera są to tylko przewody ujściowe, które nigdy nie posiadały funkcji wydzielniczej (tem bardziej w okresie zaniku), a nawet nie miały nigdy odpowiedniego do tego unaczynienia. Trudno byłoby zatem pojąć, skąd mogłaby powstać tak obfita stosunkowo wydzielina i dać początek torbielom wielkości jabłka, a nawet główki noworodka. Kossman jednak absolutnie nie przeczy, że rzeczzone kanały mogą być punktem wyjścia dla niektórych torbieli.

Na potwierdzenie swoich poglądów Kossman przedstawił organy płciowe dwóch świeżo zabitych krów, rozcięte wzdłuż tylnej ściany pochwy.

Na ścianie przedniej, zwróconej do ściany brzusznej, Kossman wskazał na ujścia parzystych i równoległych do cewki kanałów Gärtnera, które można łatwo powietrzem napełnić i zbadać ich kierunek na przedniej ścianie pochwy „od ujścia cewki do ujścia wewnętrznego macicy.“ Kierunek tych kanałów zgadza się w zupełności z ich opisem przez samego Gärtnera podanym. Kossmann dodaje, że kanały Gärtnera nie u wszystkich zwierząt można odnaleźć. U krów można bardzo często przynajmniej jeden z nich odnaleźć, a niekiedy i oba kanały, u świń i koni — rzadziej, a bardzo rzadko — u człowieka.

Na zasadzie powyższych preparatów Kossman wyprowadza wniosek, że kanały Gärtnera mogą dać początek torbielom tylko na przedniej ścianie pochwy umiejscowionym.

Odnosnie samych kanałów Gärtnera Kossmann utrzymuje: 1) że takowe są identyczne z kanałami Wolffa, 2) że mają ujścia do zatoki moczopłciowej, t. j. między ujściem cewki i wejściem do pochwy, 3) że po większej części zarastają, 4) że u niektórych zwierząt ssących i u ludzi może się wyjątkowo zdarzyć częściowy brak zagłady (obliteracji) i 5) że u kobiet możemy je odnaleźć w przedniej ścianie pochwy, w kierunku ujścia cewki.

Poglądy Kossmana znalazły silnego przeciwnika w osobie Nagela, znanego badacza rozwoju organizmu ludzkiego.

Nagel zgadza się z Kossmannem odnośnie do punktu wyjścia torbieli pochwy, lecz zbija jego poglądy na przebieg kanałów Gärtnera. Nagel odróżnia dwojakiego rodzaju kanały: 1) przycewkowe (parauretralne), znajdujące się przy ujściu zewnętrznym cewki moczowej u dorosłych, t. zw. kanały Skene'go, które nic wspólnego nie mają 2) z kanałami Gärtnera (Wolffa), których resztki li tylko w okolicy szerokich więzów macicy, i najwyżej w górnym odcinku pochwy znaleźć można.

Wprawdzie, dodaje Nagel, we wcześniejszym okresie rozwoju kanały Wolffa mają wspólne ujście z moczowodami do worka omocznej, lecz z cewką i wylotem cewki nic absolutnie wspólnego nie mają. Przedstawione przez Kossmanna kanały Gärtnera u krów Nagel przyjmuje za przewody małych gruczołków, znajdujące się również u ludzi dokoła cew-

ki, które noszą nazwę kanalików Skene'go i nie mają żadnej łączności z kanałami Gärtnera. Sama praca Gärtnera, na którą się Kossmann powołuje, posiada według Nagla jedynie tylko wartość historyczną, gdyż nikt z późniejszych badaczy (Dohrn, Rieder) nie dowiódł, że kanały przycewkowe stanowią dalszy ciąg kanałów Gärtnera, tem bardziej że to jest embryologicznie niemożliwe.

Tu autor powołuje się na pracę swoją: „Ueber die Entwicklung des Uterus und der Vagina beim Menschen.“ (Archiv für mikroskop. Anatomie, Bd. 37) i na pracę Dohrna: „Die Gärtnerschen Kanäle beim Weibe.“ (Archiv für Gynäkol. Bd. XXI, 1883), który napada na tych, którzy szukają rzeczonych kanałów przy ujściu cewki i wyraźnie powiada, że istniejące ślady tych kanałów znaleźć można przeważnie w szyi macicznej.

Kölliker, badając organy płciowe krów, znalazł, że kanał Gärtnera kończy się ku dołowi ślepyim workiem, lecz poniżej miejsca, wskazanego przez Gärtnera (początek macicy). Dolny koniec kanału przedstawiał paciorkowate zgrubienia i torbiele, które się znajdowały na wysokości dolnego odcinka macicy i w okolicy pochwy.

U świń ujście kanału znajdowało się w pochwie, w okolicy macicy. Z jego komunikatu widać, że Köllikerowi ani razu nie udało się zbadać kanału do wylotu cewki. W końcu autor wypowiada zdanie, że kanały przycewkowe (Skene'go, Rocksa) nie mają nic wspólnego z kanałami Gärtnera.

Kanały przycewkowe, które Skene, v. Kölliker, Schüller, van Ackeren, Oberdieck na mocy badań anatomicznych uważają jako ujścia małych gruczołów groniastych lub też jako zatoki (Oberdieck), v. Kölliker, Schüller, Dohrn, van Ackeren obrali sobie za przedmiot specjalnych badań embryologicznych na płodach ludzkich. Wszyscy badacze jednogłośnie zgadzają się na to, że to są wyrostki nabłonkowe lub też wgłobienia nabłonkowe błony śluzowej, ułożone wokoło cewki w ten sam sposób, jak wogóle gruczoły błony śluzowej cewki i w jednym prawie z nimi czasie lub nawet nieco wcześniej, lecz z kanałami Gärtnera (Wolffa) nic wspólnego nie mają. Van Ackeren zauważył pierwszą warstwę u płodu długości 9,5 ctm.,

a Schüller również u płodu długości od 20 do 28 ctm. Wyrostki nabłonkowe z czasem dostają wydrążenia; wiele z nich a między nimi te, które się znajdują wokoło cewki, przedstawiają na ślepym końcu rozgałęzienia.

Te wszystkie obserwacje Nagel sprawdził na swoich preparatach. U płodów długości 7—9 ctm. zauważył tuż przy wylocie cewki moczowej z przodu i z tyłu równolegle do cewki przebiegające wyrostki nabłonkowe, które u starszych płodów (10, 12, 15, 17 i 20 ctm, długości) stają się pustymi (hohl) i mają niekiedy na ślepym końcu rozgałęzienia.

Nie tylko wokoło cewki, lecz i w innych okolicach, jako to: zatoce moczopłciowej, wokoło ujścia pochwy można zauważyć podobnego rodzaju wyrostki nabłonkowe. V. Müller znalazł u noworodka wokoło ujścia pochwy dużo małych gruczołów, których nie widział u starszych płodów. Z tego autor ten wnioskuje, że twory wspomniane nie są zjawiskiem stałym w tej części zatoki moczopłciowej. W okolicy cewki wzdłuż takowej, znajdują się również wyrostki nabłonkowe, które rosną skośnie ku górze, w kierunku do pęcherza. U starszych płodów stają się pustymi i większa ich część na ślepym końcu jest palcowato rozgałęziona. Ponieważ wyrostki te rosną dalej w początkowym skośnym kierunku, to i kanały ich pod ostrym kątem wpadają do cewki. Jak zwykle w tych razach bywa, wewnętrzna warstwa nabłonka cylindrycznego daje początek tym wyrostkom.

Ponieważ twory rzeczzone rozwijają się w sposób podobny, jak i inne gruczoły w organizmie ludzkim, to słusznem jest przypuszczenie, że powstają z nich późniejsze gruczoły i jamy przedstonka i cewki. Z pośród tych tworów zwróciły największą uwagę Nagela przez swoją długość te, które się znajdują w tyle wylotu cewki, wcześniej bowiem niż inne otrzymują światło. Najmniejszej nie ulega wątpliwości, że te dłuższe rurki (tubuli), w tylnej wardze ujścia cewki położone, są to kanały przycewkowe, gdyż w zupełności odpowiadają ich długości i budowie. Innych zagłębień i kanałów wokoło wylotu cewki, oprócz dotychczas opisanych, nie zauważono u ludzkich płodów (zarodków).

Jest więc rzeczą jasną, że w mowie będące twory nie mają nic wspólnego z kanałami Wolffa, gdyż ostatnie do tego czasu już zanikły, pozostawiając znane nam szczątki, zdala od cewki położone, zwłaszcza, że faktem jest dowiedzionym, że kanałom przycewkowym respective rzeczonym gruczołom małym i zagłębieniom, daje początek nabłonek zatoki moczopłciowej i cewki.

Następnie Nagel stara się uzupełnić wypowiedziane wyżej zdanie, że we wcześniejszym okresie rozwoju kanały Wolffa mają wspólne ujście z moczowodami do worka omocznej, lecz z cewką i ujściem cewki nic zgoła wspólnego nie mają i określić, na mocy również badań embryologicznych, stosunek kanałów Wolffa do dróg moczowych.

Kanałem omocznej Nagel nazywa ten odcinek omocznej (Ueber die Entwicklung der Harnblase beim Menschen und bei den Säugethieren, Sitzungsberichte der königlichen preussischen Academie der Wissenschaften zu Berlin, 1892), który przebiega w ciele zarodka od kloaki aż do pępka w fałdzie brzusznej i który u zarodków świnek morskich, królików, wołu długości 8—12 mm. i u takichże zarodków ludzkich długości 8—10 mm. ma postać kanału.

U wymienionych zarodków kanały Wolffa wpadają do dopiero co opisanego kanału omocznej, przedziurawiając tylną jego ścianę, i dzielą go na dwie części: 1) na dolną, poniżej ujścia kanału Wolffa — późniejszy kanał moczopłciowy i 2) górną, powyżej ujścia tychże kanałów, która początkowo zachowuje własności kanału omocznej.

W tym właśnie okresie kanały Wolffa, podług Nagela, wpadają do kanału omocznej. Wówczas bowiem kanały Müllera albo jeszcze nie powstały, lub też są w zaczątku, tak że w sprawie ujścia kanałów Wolffa mowy o nich być nie może. Przeciwnie, do kanału Wolffa w dolny jego odcinek, wpadają kanały nerkowe (zarodek moczowodów i nerek), które, jak nas Kupfer nauczył, powstają przez wynicowanie (wypuklenie) kanałów Wolffa. W dalszym ciągu rozwoju kanały nerkowe stopniowo oddzielają się od kanałów Wolffa, i w końcu samodzielnie wpadają do kanału omocznej, początkowo tuż obok i na zewnątrz od kanałów Wolffa, a później

wyżej, uniesione ku górze przez pęcherz moczowy, który się rozwija z tej części kanału omocznej.

Po zupełnem oddzieleniu się kanały nerkowe (moczowody) rozwijają się zupełnie niezależnie od kanałów Wolffa.

Tymczasem kanały Müllera już powstały i rosną wzdłuż kanałów Wolffa ku dołowi aż do kanału moczopłciowego. Ten okres można obserwować u zarodków długości 2,2–3 c. Przez rozrost pęcherza moczowego kanał moczopłciowy przez ten czas oddzielił się od górnego odcinka byłego kanału omocznej, lecz rzeczony kanały pozostały przy kanale moczopłciowym (dolnym odcinku kanału omocznej), tak że do ostatniego wpadają 4 kanały: oba kanały Wolffa i na wewnątrz od nich, na tejże samej prawie wysokości, kanały Müllera.

Od tej chwili dalszy rozwój różni się zależnie od płci: u kobiet kanały Wolffa od tej pory coraz więcej zanikają, pozostawiając wyżej wymienione resztki, nie przyjmują udziału w rozwoju pochwy, która formuje się w punkcie zetknięcia się kanałów Müllera, tak że u zarodków długości 4 ctm. kanały Müllera (odnośnie do pochwy) tylko w górnej części wpadają w kanał moczopłciowy, który się stopniowo przekształca w przedsionek pochwy.

Ponieważ z chwilą rozwoju pochwy w podłużnym kierunku rozwija się również i cewka, to rzecz jasna, że kanały Wolffa nie mają tutaj nic wspólnego, gdyż zanik ich zaczął się już na początku tego okresu.

Torbiele pochwy nie byłyby taką rzadkością, gdyby więcej na nie zwracano uwagi, nie dziw więc, że dotychczasowa ich kazuistyka w piśmiennictwie polskiem jest bardzo skąpa. W literaturze zagranicznej, oprócz licznych prac kazuistycznych, napotykam już monografie (Johnstona i Poupinela), obszernie ten przedmiot traktujące.

W Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego (T. LXVI, str. 200, 1871) prof. Neugebauer opisuje dwie torbiele, wielkości większych orzechów laskowych, umiejscowione w dolnej części pochwy, jedna na przedniej ścianie pochwy

po stronie lewej, a druga na tylnej ścianie po stronie prawej. Torbiele leżały pod błoną śluzową pochwy, która była z nią ściśle zrosnięta.

Następnie Bylicki w świeżo wydanym podręczniku ginekologii wspomina o jednym przypadku torbieli wielkości orzecha laskowego z zawartością jasną, ciągnącą się, która krzepła zaraz po wypuszczeniu.

Kolega F. Neugebauer, o ile mi wiadomo, obserwował w ostatnich kilku latach ze 30 przypadków torbieli rozmaitej wielkości i z różnorodną zawartością, umieszczonych w ścianach pochwy.

Kolega Zweigbaum (Gaz. lek. 1895 NN 14, 16 i 17) podał dwa spostrzeżenia, z których drugie, poparte dość szczegółowym badaniem histologicznym, rzuca pewne światło na pochodzenie tych tworów z kanałów Gärtnera.

Torbiele pochwy występują zwykle pojedynczo, lecz niekiedy napotyka się i w liczbie mnogiej.

Tego rodzaju przypadek obserwowałem w oddziale ginekologicznym Dra Rozentala w szpitalu starozakonnym.

W dniu 9 Września 1892 r. przybyła do szpitala Sz., mężatka, skarżąc się na uciążliwe chodzenie, uczucie palenia w pochwie i wypadnicie takowej.

Wszystkie objawy powyższe wystąpiły przed miesiącem. Chora liczy lat 24, od 4 lat zamężna, przed 2 laty przebyła poród prawidłowy; obecnie znajduje się w VI miesiącu ciąży. Przy badaniu znaleziono: 1^o guz elastyczny, przeświecający w dolnej trzeciej części tylnej ściany pochwy, wielkości jaja kurzego. Po przekłuciu wyciśnięto z guza gęsty, ciągnący się płyn klejowaty ciemno-zielonego koloru. 2^o Drugi guz wielkości orzecha tureckiego siedział na lewej ścianie pochwy, również w dolnej jej trzeciej części i zawierał płyn klejowaty żółtawo zabarwiony. 3^o Trzeci guz, tej samej prawie co i poprzedni wielkości, zajmował przednią ścianę pochwy i siedział na pęcherzu moczowym; zawartość jego miała kolor mleczny i wreszcie 4^o guzik wielkości orzecha laskowego siedział na tylnej ścianie pochwy powyżej pierwszego z zawartością szklatego koloru. Po przekłuciu wszystkich guzów (torbieli) i wyciśnięciu z nich zawartości pochwę przemyto 2^o/₀ roztworem karbolu i wytamponowano gazą jodofornową. Po 5 dniach chora szpital opuściła.

Wielkość torbieli bywa rozmaita: od grochu do pięści. Mieszczą się przeważnie na przedniej lub tylnej ścianie pochwy przeważnie w dolnej jej trzeciej części.

Zawartość torbieli bywa rozmaita: to przezroczysta, to czerwonawa, brunatna, czekoladowa, niekiedy zielonawego koloru, przytem gęsta i ciągnąca się. W rzadkich bardzo przypadkach zawartość torbieli posiada cechy torbieli skórzakowej.

Rzadki przypadek zropiałej torbieli pochwy obserwował kol. Staniszewski w roku 1893 na oddziale dra Jawdyńskiego, w szpitalu Dzieciątka Jezus. 23 letnia służąca B. zapisała się na oddział z powodu cuchnącego wypływu z pochwy. Przed 3 tygodniami chora odbyła poród z wymóżdzeniem w klinice położniczej. Przed operacją wymóżdzenia znaleziono w pochwie guz chelboczący, który wypełniał małą miednicę. Lekarze miejscowi, przypuszczając, iż mają przed sobą ropień zimny, przez punkcję wypuścili zawartość ropną. Ponieważ poród z powodu wąskiej miednicy się nie posuwał, więc płód został usunięty (przez wymóżdzenie) drogą operacyjną. Połóg bez gorączki. Chora wzrostu małego, odżywiania prawidłowego, Kypho-scoliosis dextra. Wydzielina z pochwy bardzo cuchnąca, macica dobrze zwinięta, niebolesna, część pochwo-wa prawidłowo uformowana. Z lewej strony w ścianie pochwy na 3 ctm. powyżej wejścia wyczuwa się guz chelboczący, wielkości jaja gęsiego i takiejże formy, guz siedział w ścianie pochwy. Przez otworek mały, znajdujący się w ścianie guza (torbieli) i powstały po przekłuciu przed porodem, sączy się cuchnąca ropa. Przez otworek powyższy założono zglęb-nik rowkowany i ścianę wzdłuż guza przecięto; wylała się gęsta, biało-żółtawego koloru cuchnąca ropa. Następnie usunięto łatwo oddzielającą się otoczkę guza i ranę zatampowano gazą jodoformową. Po 9 dniach rana się zupełnie zagoiła.

Małe torbiele nie powodują żadnych dolegliwości, większe sprowadzają uczucie parcia. Niekiedy spółkowanie bywa bolesne, albo wprost utrudnione. W rzadkich bardzo przypadkach torbiele dochodzą do takiej wielkości, iż poważną stanowią przeszkodę przy oddawaniu moczu (Betz, Memorabilien 1870 Nr 3), albo przy porodzie, lub też mogą spowodować wypadnięcie pochwy. Być może, że torbiele pochwy są niekiedy bezpośrednią przyczyną niepłodności. Przebieg

ich zawsze długotrwały; rosną zwykle bardzo wolno i zazwyczaj nie przybierają dużych rozmiarów. Rozpoznawanie torbieli nie przedstawia żadnych trudności. Elastyczna ich konsystencja wskazuje na płynną ich zawartość. Przy powierzchownem badaniu można je przyjąć za przepuklinę pęcherzową (cystocele). Małe torbiele pochwy można bardzo łatwo przeoczyć. Na dowód ostatniego pozwolę sobie przytoczyć przypadek, łaskawie mi zakomunikowany przez kol. Grzankowskiego.

Dnia 7 Marca 1895 r. kol. Grzankowski został wezwany do wieloródki, około 30 lat liczącej, i znalazł znaczne pęknięcie międzykrocza po świeżo przeżytym porodzie. Międzykrocze było już zszywane przed kilku laty z powodu pęknięcia przy dawnych porodach, częściowego wynicowania się ścian pochwy i opuszczenia macicy. Przystępując do powtórnego zeszywania międzykrocza i mając na względzie wytworzenie międzykrocza wysokiego (sposobem Lawson-Taita), kol. G. nadciął przegrodę pochwowo-odbytnicową i przypadkowo otworzył na stronie prawej jamę o ścianach gładkich, z której wypłynęła zawartość płynna, mętna, koloru mlecznego. Przez wprowadzenie palca do odbytnicy kol. G. przekonał się, że ściana кишки odchodowej nie była przecięta, że owa jama—to była torbiel wielkości orzecha włoskiego i że ściana tej torbieli graniczyła bezpośrednio ze ścianą кишки odchodowej. Po możliwie dokładnem wycięciu ścian torbieli kol. G. przysiąpiał do zeszywania międzykrocza. Jakież było jego zdziwienie, gdy przekłuwszy igłą tkanki po stronie lewej i wyprwadziwszy ją po linii środkowej spostrzegł, że z miejsca wyklucia wypłynął taki sam płyn, jaki był w torbieli poprzedniej. Kol. G. nadciął tkanki i znalazł drugą torbiel tej samej co i poprzednia wielkości, symetrycznie ułożoną, tylko nieco głębiej usadowioną. Po możliwie dokładnem wycięciu ścian torbieli międzykrocze zostało zeszyte. Po tygodniu kol. G. przy zdjęciu szwów przekonał się o całkowitym rychłozroście. Usunięcie torbieli przedstawia w tych razach znaczne trudności z powodu bezpośredniego sąsiedztwa кишки odchodowej, której przedziurawienie komplikowałoby znacznie operację.

Leczenie. Małe torbiele, wysoko w pochwie wyrosłe, można zostawić w spokoju, jeżeli żadnych dolegliwości nie powodują. W przeciwnym razie trzeba je przekłuć lub prze-

ciąć. Można je również, jak i torbiele skórzakowe wyciąć i ściągnąć brzegi za pomocą szwów.

Dla uniknięcia zwężenia następczego pochwy i zmniejszenia powstałej rany po usunięciu większych torbieli, Schröder radzi odciąć nożyczkami część torbieli, wystającą nad błoną śluzową pochwy, a następnie brzegi zeszyć. Po krótkim stosunkowo czasie miejsce torbieli zupełnie się zaciera. Sposób powyższy zaleca Schröder przy usuwaniu wielkich i głęboko osadzonych torbieli, których całkowite wycięcie spowodowałoby ranę kolosalną.

LITERATURA.

Winckel, Archiv für Gynäcologie, Bd. II, s. 383.

Haussmann, Archiv für Gynäcologie, Bd. VIII.

G. Veit, Frauenkrankheiten, 2 Afl. 1894, s. 686.

Centralblatt für Gynecologie Nr 29, 1894.

Centralblatt f. G. Nr 34, 1894.

Centralblatt f. G. Nr 42, 1894.

Centralblatt f. G. Nr 49, 1894.

Centralblatt f. G. Nr 2, 1895.

H. Gärtner: Anatomische Untersuchungen über ein drüsiges Organ am Uterus einiger Thierarten. Schriften der Königl. Dänischen Academie der Wissenschaften, Kopenhagen 1824.

Dohrn, Die Gärtnerschen Kanäle beim Weibe, Archiv f. Gynecologie, Bd. XXI, 1883.

H. Beigel, Zur Entwicklungsgeschichte des Wolffschen Körpers beim Menschen, Centralblatt für die medic. Wissenschaften 1878.

Kobelt, Der Nebeneierstock des Weibes, Heidelberg 1847, p. 33.

Eugène Follin, Recherches sur le corps de Wolff, Thèse de Paris, 1850, Nr 77.

Rieder, Ueber die Gärtnerschen (Wolffschen) Kanäle beim menschlichen Weibe. Virch. Archiv Bd. XCVI, p. 120 i 121.

Nagel, Archiv für Microscopische Anatomie 1889, p. 275.

Nagel, Archiv für Gynäcologie, 1894, Bd. XLV, p. 470.

Skene, The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. American journal of obstetrics 1880.

v. Kölliker, Ueber Zwitterbildung bei Säugethieren. Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. 1883/84, Bd. XVIII, p. 88.

Schüller, Ein Beitrag zur Anatomie der weiblichen Harnröhre, Festschrift zu Ehren von B. S. Schulze, Berlin 1883.

Van Ackeren, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Weiblichen Sexualorgane der Menschen. Inaug. Dissertation. Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, Bd. XLVIII.

Oberdieck, Ueber Epithel und Drüsen der Harnblase und der männlichen und weiblichen Urethra. Göttinger Preissenschrift, 1884.

V. Müller, Ueber die Entwicklungsgeschichte und feinere Anatomie der Bartholini'schen und Cowper'schen Drüsen des Menschen. Archiv für microscop. Anatomie, Bd. XXXIX.

Schröder, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäcologie. Bd. III, str. 424.

M. Zweigbaum, O torbielach pochwy. Gaz. lek. 1895, NN-ra 14, 16 i 17.

Prof. Neugebauer, Sprawozdanie przypadków giniatrycznych w roku 1870, operacyjnym sposobem leczonych. Pam. Tow. lek. Warsz. 1871, T. LXVI, str. 200.

Bylicki, Podręcznik ginekologii. Lwów, 1894.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

178. SCHULZE (Wittenberg). **O torbielach skórzastych pozaprostnicowych i o sposobach ich wyluszczenia.** (*Deut. med. Wochenschrift. Nr 22. 1895.*)

Z pracy Sängera, zamieszczonej w tomie 37, zeszytcie 1, Archiv f. Gynäcologie, wynika, że ilość dokładnie opisanych przypadków wymienionego w nagłówku cierpienia jest bardzo szczupła (zaledwie 9), technika zaś ich operacyjna—nie ustalona; uważa przeto autor, że zainteresować może każdego

ogłoszenie jeszcze jednego spostrzeżenia i przegląd krytyczny stosowanych w takich razach zabiegów operacyjnych, a przypadek autora jest tem ciekawszy, że istniały równocześnie dwie torbiele: jedna powyżej, a druga poniżej mięśnia unoszącego odbyt (m. levator ani).

Trzydziestoletnia chora zgłosiła się do lekarza, skarżąc się na to, że od kilku miesięcy przy oddawaniu stolca zmuszoną jest długi czas nadymać się, oraz że niewygodnie jej jest siadać.

Z wywiadów od samej chorej, dawniejszego jej lekarza i akuszerki zanotować należało, że chora od jedenastu lat zamężna, rodziła szczęśliwie siedem razy; ostatni jednakże poród, który miał miejsce przed dwoma laty, przeciągał się niezwykle długo, co przypisywano obecności guza, który akuszerka wyczuwała, jakoby, już podczas czwartego rozwiązania.

Przy badaniu chorej, a mianowicie okolicy międzykrocza, zwraca na siebie uwagę wybitne wypuklenie pomiędzy odbytem a kością ogonową; skóra w tem miejscu niezmienniona i przesuwana się łatwo ponad guzem. Przez pochwę, a jeszcze dokładniej przez odbytnicę stwierdzono obecność guza umiejscowionego między prostnicą i tylną ścianą miednicy; guz ten, długości około 10 cm., kształtu walcowatego, powierzchni gładkiej, jest sprężysty i ciągnie się od mięśnia zwieracza odbytu ku górze i na lewo, na wysokości wzgórka krzyżowego (promontorium) dochodzi się do wierzchołka guza. Guz jest niebolesny. Przy przekłuciu próbkiem, za pomocą strzykawki przez odbytnicę dokonaniem, wydobyto część zawartości torbieli, która przedstawiała się pod postacią płynu rzadkiego, bez zapachu i zabarwionego brunatno. Rozpoznano zatem torbiel skórzastą w przestrzeni przedtylnicowej.

Operacyi dokonał dr Krevet w dwa miesiące później, kiedy chora ponownie zaszła w ciążę. Cięcie podłużne — od wierzchołka kości ogonowej do m. zwieracza odbytu zewnętrznego, który zachowano; przecięto skórę i tkankę podskórną, aż się wreszcie ukazała na dnie rany ściana torbieli, wówczas wyłuszczone ją na tępo — palcem; granicę górną i wewnętrzną torbieli stanowił mięsień dźwigacz odbytu. Ponieważ wyłuszczone torbiel, wielkości jaja gołębiego, wydawała się niezwykle małą w porównaniu z guzem określonym podczas badania chorej, powtórzono badanie przez odbytnicę i wtedy okazało się, że rzeczywiście została się jeszcze większa część guza ponad diaphragma pelvis. Tę drugą torbiel, wielkości jaja kurzego, wyłuszczył Krevet po uprzednim przecięciu mięśnia i powięzi. Obie torbiele były jednokomorowe. Rana zagoiła się doraźnie, poczem chora w swoim czasie urodziła z łatwością dziecko.

Co się tyczy pochodzenia torbieli skórzastych w przestrzeni pozaprostnicowej, to His, Waldeyer i Biernacki przypuszczają, że biorą one początek z jajników; z tego pierwotnego siedliska swego opuszczają się one w krezkę zgięcia esowatego, którego obie blaszki otrzewny rozszerzają się, wskutek czego kiszka gruba przylega bezpośrednio do torbieli. Pochodzenie jajnikowe tych ostatnich jest, według Biernackiego, tem prawdopodobniejsze, że nigdy jeszcze nie widziano jakiegokolwiek bądź ścisłego związku pomiędzy torbielami retrorectalnymi a otaczającymi narządami. Sängner, a za nim i autor są znów zdania, że w mowie będące guzy pochodzą z chorda dorsalis lub ze skóry zewnętrznej.

Leczenie torbieli pozaprostnicowych powinno być zawsze operacyjne, mianowicie, wskazane jest całkowite wyluszczenie ich; usuwanie zawartości guza za pomocą przekłucia jest tylko środkiem łagodzącym. Ropienie torbieli opóźnia znacznie wyleczenie. Pouczającą jest pod tym względem statystyka znanych przypadków: w czterech (przypadki Birketta, Küstera, Sängera i autora), gdzie wyluszczone torbiele całkowicie, wyleczenie nastąpiło w ciągu 8—21 dni. Przypadek Emmeta nie bierze się w rachubę, gdyż tam zrobiono laparotomię z powodu mylnego rozpoznania. W pozostałych przypadkach (Walzberg, Sołowiew, Trzebicki, Biernacki, Deahn), gdzie cała torbiel lub pozostawiona część jej uległa zropieniu, wyleczenie nastąpiło dopiero po upływi ośmiu tygodni a nawet roku całego.

Sposobów operowania jest kilka. Methodus sacralis — sposób Weissa, Kraskego, Hochenegga, Herzfelda polega na czasowem wypiłowaniu kości ogonowej lub nawet krzyżowej. Methodus parasacralis — sposób E. Zuckerkandla i Wöflera; w położeniu bocznem chorego prowadzi się cięcie łukowate od tuberositas iliaca sin. tuż przy brzegu kości krzyżowej — na prawo, w kierunku cavum ischio-rectale do punktu środkowego między odbytnicą i guzem siedzeniowym; prócz mięśni przecinamy tutaj ligg. tuberoso et spinoso-sacra. Methodus perinealis — sposób O. Zuckerkandla i Sängera; Zuckerkandl prowadzi cięcie poprzeczne pomiędzy pochwą i kiszka stolcową, które sięga po obu stronach guzów siedzeniowych, a następnie rozszczepia przegrodę odbytnico pochwową. Sängner dostaje się do cavum ischio-rectale w ten sposób, że prowadzi cięcie 8 cm. długie — od tylnej trzeciej części prawej wargi dużej ku tyłowi aż do środkowego punktu między tuber ischii i odbytem.

Zarówno przy sposobie O. Z., jak i Sängera trzeba przecinać mięsień unoszący odbyt (m. levator ani), co nie jest w przyszłości dla chorego obojętne. To też autor radzi przy-

najmniej przecinać ten mięsień na linii środkowej i w kierunku jego włókien mięsnych.

Wnioski stawia autor następujące: dla wyłuszczenia torbieli skórzastych pozaprostnicowych wystarcza, w większości przypadków, cięcie, jakiego użył Krevet; przedwstępne usuwanie kości, jakoteż przecinanie więzów uważa autor za całkiem zbyteczne. W tych razach, gdzie torbiele sięgają znacznych rozmiarów, lub też umiejscowione są daleko w tkance łącznej miednicowej, bądź to bardziej z prawej strony, bądź z lewej, — radzi Schulze używać sposobu Sängera.

Witold Żurkowski.

179. Dr LEOPOLD CASPER. **Cewnikowanie moczowodów.** (*Deutsch medicin Wochenschr. Nr 7, 1895*).

Pomimo znakomitych postępów na polu chirurgii nerek, umiejętność rozpoznawcza w tej dziedzinie w cięższych zwłaszcza przypadkach nie jest dziś jeszcze bez zarzutu. Często n. p. trudno jest orzec, która z dwóch nerek staje się siedliskiem cierpienia, chory bowiem, jak n. p. w razie zatkania przez kamień światła jednego z moczowodów może odczuwać bóle na stronie przeciwnej; dalej: nie jest się pewnym co do sprawności drugiej, nie będącej przedmiotem zabiegu nerki, wiadomo zaś z ogłaszanych po dziś dzień spostrzeżeń, jak często przy istniejącej kamicy albo ropieniu w jednym z owych narządów, stwierdzano później w drugim rozległy zanik ziarnisty. Potrzeba zatem otrzymywania moczu z każdej nerki oddzielnie stała się koniecznością, o rozwiązanie której kusiło się wielu już badaczy, zdążających różnemi drogami do celu.

Pominąwszy sposoby, które wymagają uprzednio dokonania operacji krwawej, należałoby zaznaczyć tutaj liczne, mniej lub więcej dowcipnie obmyślane przyrządy, jak Tuchmanna, Weira, Silbermanna i innych, mające na celu czasowe zamknięcie światła jednego z moczowodów. O ile doświadczenie poucza, przyrządy te bynajmniej nie dają pewności, czy światło to rzeczywiście zatkanem zostało szczelnie, wobec też czego metody owe nie mogły znaleźć naśladowców. Inna droga działania, mianowicie cewnikowanie moczowodów przy pomocy cystoskopu Boisseau du Rocher'a albo Bremnera prócz wad czysto technicznych tę jeszcze przedstawia niedogodność, iż czyni niemożliwym pozostawienie cewnika w narządzie na czas dłuższy, co znów jest niezbędnym przy określeniu stopnia zdolności wydzielniczej nerki. Wprawdzie G. Simon i Pawlick, posiłkując się dokonaniem w narkozie rozszerzeniem cewki moczowej oraz cystoskopem, doprowadzili sposób cewnikowania moczowodów do względnego stopnia doskonałości, sposo-

by te jednakże, jako dość złożone, wymagające zabiegów przedwstępnych, u mężczyzn wreszcie niezastosowalne nie wywalczyły sobie prawa obywatelstwa. Autor zatem postanowił brak ten wypełnić, co też po wielu próbach powiodło mu się w zupełności.

Na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lek. w r. b. przedstawiony przezeń został niewielkiej objętości przyrząd cystoskopowy, za pomocą którego możliwym jest bezpośrednie cewnikowanie moczowodów zarówno u mężczyzn jak i u kobiet bez narkozy lub kokainowania pęcherza i składający się z dwóch w oprawie metalowej wyżłobionych i równolegle przebiegających kanałów, z których pierwszy zawiera zespolony z nim ściśle przyrząd optyczny, drugi zaś, położony niżej i przeznaczony do przyjęcia giętkiego cewnika moczowodowego, kończy się ku przodowi na 6 mm. poniżej krawędziostłupa (pryzmatu); dzięki takiemu stosunkowi wysuwalny pod kątem 45° i przystosowany w ten sposób do kierunku moczowodu resp. początkowej części tegoż, cewnik pozostaje ciągle pod kontrolą oka. Poza przyzmatem na przedłużeniu osi przyrządu umieszczoną jest lampka żarowa, której oprawa łączy się z dziobem tegoż, co znów ułatwia kierowanie dziobu i nadawanie mu postaci różnych, odpowiednio do danego przypadku. Ruchoma pokrywa zamienia w razie potrzeby kanał zgłębnikowy na żłób, z którego za pomocą odpowiedniej przesuwalnej przetyczki wypycha się cewnik, mogący w ten sposób pozostać w moczowodzie po wycofaniu stamtąd przyrządu metalowego; wreszcie część tegoż optyczna urządzona jest w ten sposób, że obraz nie pozostaje na osi, lecz przez przyzmat podwójny przemieszcza się ku dołowi, otwór zaś okularu leży o 2 cm. poniżej kanału zgłębnikowego; dane te ułatwiają zdjęcie pokrywy i wprowadzenie zgłębnika w kierunku prostym.

Za pomocą owego przyrządu autor wykonywał bezpośrednio i bez trudności cewnikowanie moczowodów u 22 chorych (21 mężczyzn i 1 kobieta), cierpiących przeważnie na rzeżączkę przewlekłą, rzadziej na zmiany zapalne w pęcherzu moczowym, raz wreszcie jeden cewnikowano przy przeroście gruczołu krokowego.

Po starannem przemyciu pęcherza i odszukaniu ujścia zewnętrznego moczowodu, które widzieć należy zawsze dokładnie, po wypróbowaniu, czy zgłębnik leży w płaszczyźnie prawidłowej, czy koniec tegoż nie omija ujścia narządu, pomagając sobie pociąganiem trzonka ku przodowi, tyłowi, unoszeniem lub opuszczaniem tegoż, ustawia się koniec cewnika w otworze moczowodowym, a po wprowadzeniu tegoż do części początkowej narządu, należy cystoskop ostrożnie nastawiać w ten sposób, by wysuwający się zgłębnik, posuwany z wolna

naprzód, odpowiadał ściśle przebiegowi moczowodu, co idzie wogóle łatwo, tak że niejednokrotnie dojść można zgłębni-kiem aż na wysokość 50 cm., licząc od ujścia zewnętrznego. Zabieg sprawia choremu dolegliwości bardzo nieznaczne, podczas cewnikowania w krótkich, odpowiadających skurczom moczowodu, przestankach, wydziela się mocz w ilości nieznacznej od 8 do 10, w ciągu minut dziesięciu.

Zastrzykiwanie małej ilości płynu, n. p. roztworu kwasu bornego, jest całkiem niebolesne wtedy tylko, gdy cewnik przedostanie się do miedniczki nerkowej. Że płyny zastrzykiwać się winno powoli, o tem zawsze pamiętać należy.

K. Niedzielski.

180. Prof. P. BRUNS. **Przyczynę do usypiania eterem.** (*Zur Aethernarkose. Berlin. Klin. Woch. Nr. 51.*)

Przeciwnicy usypiania eterem wskazują głównie na częste następne zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc zrazikowe, a nawet ostre obrzęki płuc ze śmiertelnem zejściem (Poppert). Wdechaniem eteru wywołuje, rzeczywiście, podrażnienie błony śluzowej dróg oddechowych, dosięga jednak znacznego napięcia tylko w razie użycia preparatu nieczystego. Eter rozkłada się łatwo: nawet we flaszce zabezpieczonej od działania światła i zakorkowanej, lecz niepełnej, następuje z czasem utlenianie eteru pod wpływem kwasów, znajdujących się w powietrzu (dr Thomas).—Owym wytworom utleniania, pomijając inne domieszki w gorszych gatunkach, przypisać należy działanie trujące.

Wymagania farmakopei niemieckiej nie zapewniają dostatecznej czystości preparatu. Prawdopodobnie, chemicy z czasem odkryją sposób łatwego sprawdzania wartości eteru i zabezpieczenia od rozkładu. Autor radzi przechowywać eter we flaszkach małych, pełnych i używać do każdego usypiania porcji świeżej. Stosując przez lat 5 narkozę eterową, Bruns spostrzegł wystąpienie wyżej omawianego działania trującego seryami—przy zmianie eteru otrzymywano znów dobre wyniki.

L. Kozicki.

II. Choroby kobiet.

181. A. DÜHRSEN. **Otwieranie jamy brzusznej przez pochwę.** (*Vaginale Coeliotomie. Berl. klin. Woch. 1894 Nr 29, 30.*)

Otwarcie jamy brzusznej przez powłoki brzuszne przedstawia dużo stron ujemnych: chore są zmuszone kilka tygodni

pozostawać w łóżku, są narażone na wytworzenie się przepuklin w bliznie powłok brzusznych i na zrosty kiszek i sieci ze ściankami brzuszными lub kikutem, pozostałym po wypuszczeniu gazów. Operacja z rozplataniem brzucha często przeraża pacjentki i zniechęca do leczenia.

Są przypadki, w których można operować, otwierając jamę brzuszną przez przednie sklepienie pochwowe.

Technika operacyjna jest następująca: Po ściągnięciu części pochwowej kulociągiem robimy cięcie poprzeczne przedniego sklepienia; ujmując górny brzeg rany kulociągiem unosimy go ku górze i oddzielamy pęcherz od ściany macicy, dopóki nie dojdziemy do fałdy otrzewnowej pęcherzowo-macicznej. Przecinamy tę fałdę, łączymy brzegi jej z brzegami błony śluzowej pochwy kilkoma szwami i, mając otwartą jamę otrzewnową, przystępujemy do operacji na macicy i jej przydatkach.

Tym sposobem Dührsen w 2 przypadkach wycinał przydatki maciczne, w 3 wyluszczał mięśniaki macicy, w 4 uwalał macicę i jej przydatki z licznych zrostów za pomocą Pacquelina, w 15 wypuszczał płyn z małych torbieli jajnika za pomocą Pacquelina.

Z pomiędzy tych 24 przypadków w 22 przytwierdził macicę do pochwy przy jej tyłopochyleniu.

Wszystkie pacjentki wyzdrowiały; jedna z nich zaszła w ciążę w 3 tygodnie po wypisaniu się.

Dührsen przytacza dużo zalet wspomnianej operacji, które czynią ją zabiegiem bezpieczniejszym, aniżeli coeliotomia brzuszna. Chore po vaginale coeliotomie są znacznie mniej osłabione przez operację, stają z łóżka po 8 dniach, a po 10 mogą być wypisane ze szpitala; nie są narażone na przepukliny i nie potrzebują nosić opaski brzusznej po operacji. Zrosty kiszek i sieci nie wydarzają się, bo cała operacja wykonywa się na macicy i jej przydatkach, wyciągniętych do pochwy, jakby zewnątrzotrzewnowo; wyciągnięta macica, przylegając swą tylną powierzchnią do ściany pochwowej, zamyka otwór w przednim sklepieniu i nie pozwala na wypelzanie kiszek i sieci.

Wadą coeliotomi i pochwowej jest to, że ma ograniczone wskazania; wykonywać ją można tylko w przypadkach w których można część pochwową ściągnąć do introitus vaginae. Mięśniaki do wyluszczenia nie powinny być większe, aniżeli pięść, torbiele mogą być nieco większe, ale winny być ruchome, jajowody, jajniki mogą być wycinane tą drogą tylko w razach jeżeli są ruchome i dadzą się ściągnąć do pochwy. Co do mięśniaków macicy to Dührsen proponuje swoją metodę dla wyluszczenia tak podotrzewnowych, jak śródmiąższowych

i podśluzowych guzów; te ostatnie mogą być być operowane tą drogą tylko w razie nieprzepuszczalności szyi macicznej.

Dührsen zaleca coeliotomię pochwową przy przedziurawieniu macicy przy objawach krwotoku wewnętrznego.

Autor ma nadzieję, że operacja jego zajmie pierwszorzędne miejsce.

Przytaczając słowa Martina z kongresu Rzymskiego, który nazywa operację przyszłości „totalexstirpatio Uteri myomatosi per laparotomiam,” przeczy Martinowi i twierdzi, że wobec łatwości zabiegu, vaginale coeliotomie pozwoli operować nawet najmniej mięśniaki i będzie górować nad tamtą trudną i niebezpieczną operacją.

Grzankowski.

182. Dr E. G. ORTHMANN **Salipyrina w krwotokach macicznych.**
(Berl. klin. Woch. Nr, 7 1895.)

Na tem miejscu (zeszyt 4 z r. 1894, str. 241) już streszczailiśmy pracę Kaysera, traktującą o tej kwestyi. O. stosował salipyrinę w 50 przypadkach na poliklinice Martina w postaci pastylek 1-o gramowych 3 razy dziennie, pastylki przyjmowane były na 1—2 dni przed oczekiwaniem krwawieniem i przez cały czas krwawienia. Ogólna ilość wyżytej salipyriny w niektórych przypadkach wahała się pomiędzy 20—70 grm. bez jakichkolwiek nieprzyjemnych ubocznych objawów lub też pogorszenia sprawy chorobowej. O 32-ch chorych autor miał wiadomość w ciągu $1\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ roku i badał je, z nich w 12 przypadkach nie osiągnął żadnego skutku, w 12 była wyraźna poprawa i w 8 wynik pomyślny. Chore były w wieku 16—49 lat. Przypadki chorobowe podług rozpoznania dzielią się na:

1) czysta menorrhagia 14 razy, w tej liczbie leczone były 4 chore, po uprzedniej abrasio mucosae bez skutku. Wynik leczenia: w 5 przypadkach status quo, w 7-u widoczne zmniejszenie siły i czasu krwawienia i w 2-ch zejście bardzo pomyślnie. Na bóle środek ten nie skutkował.

2) Menorrhagia przy jednoczesnej chorobie adneksów—salpingitis i oophoritis 3 razy. Wynik leczenia: 1 raz status quo i 2 razy z dobrem zejściem (w jednym z nich z powodu bólów usunięto przez laparotomię jajnik i jajowód).

3) Nieprawidłowe krwotoki z macicy (endometritis haemorrhagica) 15 razy z tych a) 4 razy przy jednoczesnej metritis, perimetritis i oophoritis. Wynik leczenia: w 2 przypadkach poprawa, w 2 zaś bez dłuższego dobrego skutku z powodu nieścislego wykonywania przepisów kuracji; b) 4 razy w zależności od ukończonego już porodu lub poronienia. Wynik leczenia: w 2 skutek bardzo dobry i w 2

znaczna poprawa; c) 7 razy po uprzedniej jedno lub obustronnej Ovario-salpingotomia. Wynik leczenia: w 4 przypadkach bez skutku, w 1-m rzeczywista poprawa i w 2-ch skutek pomysłny.

Wogóle O. konstatował wpływ pomysłny w 20 przypadkach lub w 62,5%; najlepsze wyniki były przy zwykłych menorrhagiach po porodzie lub poronieniu. Autor zachęca do dalszych badań.

W. Staniszewski.

III. Choroby gardła, krtani i uszu.

183. AVELLIS. **Kilka klinicznych uwag w kwestyi ropotoków zatoki Highmora.** (*Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre vom Kieferhöhlenempyem. Art. f. Lar. II tom, 3 zeszyt. 1895*).

Oprócz kapitalnych objawów ropni zatoki szczytowej górnej, do których, jak wiadomo, należą: bóle głowy, zatkanie nosa, foetor ex ore i w większości przypadków jednostronne ropienie z nosa — istnieją inne — wprawdzie rzadkie, które jednak czasami stanowią jedyną skargę chorych. Parę takich objawów podaje autor. Spostrzegął on mianowicie przypadek, dotyczący chorej 40 letniej, która przedstawiała wszystkie cechy cierpienia żołądkowego: rano odbijanie i smak niedobry w ustach, długo trwający brak apetytu, język obłożony i nieprzyjemny odór z ust. Wszelkie sposoby leczenia — w kierunku zwalczania cierpienia żołądkowego skierowane — pozostały bezowocnymi.

Dopiero badanie nosa chorej przez autora dokonane, wykazało istotną naturę cierpienia — mianowicie ropotok zatoki Highmora, a masa ropy w leżącej pozycji w nocy spływała ku tyłowi, t. j. do jamy nosogardzielowej, skąd bezwiednie była połykana, symulując cierpienie żołądka.

Odpowiednio przeprowadzone leczenie (otwarcie jamy Highmora od strony zębodołu z następczemi szprycowaniami) uleczyło wszystkie powyższe pseudo-żołądkowe objawy.

Inna znowu 18 letnia chora skarżyła się jedynie na nerwowe przypadłości: mianowicie nie mogła ona w ostatnich czasach żyć na maszynie, gdyż „jej się coś w mózgu przewracało.“ Neuropatolodzy żadną miarą nie mogli sobie dać rady z powyższem ciarpieniem — dopiero autor, przypadkowo odkrywszy ropień w zatoce Highmora, oraz usunąwszy go na drodze operacyjnej, w zupełności chorą z przykrego tego objawu wyleczył.

W zimie spostrzegł autor 48 letnią chorą, która doznała od dłuższego czasu latających obrzęków w twarzy (flu-gende Oedeme — oedema fugax). Obserwacja okazała, że objaw ten zależnym był od ropnego zajęcia prawej zatoki Highmora. Z usunięciem tego ostatniego cierpienia ustąpiły bezpowrotnie i owe dziwnej natury (niebolesne) obrzęki twarzy.

Wreszcie autor przytacza ciekawy przypadek ropnia w zatoce Highmora, który zawdzięczał swoje powstanie ręko-czynowi chirurgicznemu (galwanokaustyce) w okolicy ostii veri anter. dokonanemu i który w pięć dni przez proste wysprycowanie zakończył się pomyślnie.

Wogóle autor jest zdania, że z operacyjnem leczeniem ostrych ropni zatoki Highmora należy się wstrzymać, gdyż możliwa jest „sanatio spontanea.“

Dr Jan Sędziak.

184. BACON. **Przypadek ostrego ropnego zapalenia ucha średniego i zajęcia wyrostka sutkowego, powikłany cukromoczem i tak zwaną różą „białą” skóry, pokrytej włosem.** (*Cas d'otite moyenne suppurative aigue et d'affection mastoïdienne compliqué de glycosurie et de ce qu'on appelle un érysipèle blanc occupant la peau chevelu. Rev. de Laryng. 1895—Nr 8.*)

W roku 1894 Bayer z Brukselli opisał przypadek cukromoczu pochodzenia nosowego. Autor miał sposobność spostrzegać analogiczny przypadek lecz pochodzenia usznego.

25-letnia chora cierpi od lat trzech na ucho lewe (znaczne upośledzenie słuchu), a po części i prawe. Badanie wykazało przewlekły niezbyt średniego ucha z obu stron. Podczas leczenia wystąpiło nagle ostre zajęcie lewego ucha średniego z udziałem komórek sutkowych. Badanie (wielokrotne) moczu wykazało znaczną ilość cukru—białka ani śladu. Trepanacja wyrostka sutkowego lewego. Przebieg z początku pomyślny, nagle ciepota się podniosła, wystąpiła bolesność i obrzęk na pokrytej włosami skórze głowy z lewej strony. Dreszcze, wymioty. W kilka dni róża znikła—mocz nie zawiera cukru (badanie wielokrotne).

Autor jest zdania, że w danym przypadku cukromocz był pochodzenia nerwowego, zależny od działania zwrotnego.

Interesującą jest również w danym przypadku odmiana róży, zwana białą, występująca na częściach skóry, pokrytych włosami (brwi, wargi sromne etc.).

Dr Jan Sędziak.

185. H. MACKENZIE. **Przypadek porażenia połowicznego krtani. uwarunkowanego złośliwym brodawczakiem mózgu.** (*Case of laryngeal Hemiplegia deferedent refon malignant papilloma of the brain Pour of Laryng, 1895, 4.*)

60-letni chory od 2 miesięcy cierpi na chrypkę, duszność i częściową dysfagię (utrudnione przelykanie). Badanie krtani wykazało zupełne porażenie (positio cadaverica) prawej struny głosowej. U prawego szczytu objawy zgęszczenia. Rozpoznano ucisk nerwu zwrotnego (dolnego krtaniowego, n. recurrens) prawdopodobnie wskutek zajęcia opłucny u prawego wierzchołka. Zalecono jodek potasu do wewnątrz — z małym polepszeniem. W parę tygodni wystąpiły objawy mózgowie (chód niepewny, mowa nosowa, zwracanie płynów przez nos, języczek zbacza ku stronie lewej, diplopia etc.). W 2 miesiące śmierć przy objawach zapaści. Sekcja wykazała obecność mnóstwa guzów w mózgu (t. z. złośliwe brodawczaki):

Co się tyczy stosunku tych guzów do porażenia lewostronnego krtani, to nie zdaje się, sądząc z rezultatu autopsji, by to ostatnie było pochodzenia centralnego, lub peryferycznego, prędzej natomiast pochodzenia korowego. Z drugiej jednakże strony doświadczenie Semona i Horsleya wykazały, że porażenia takie (korowe) krtani są zawsze obustronne.

Tym sposobem, sądzi ten autor, niezbędne są dalsze dowody kliniczne i patologiczne, zanim rezultaty doświadczalne przez powyższych dwóch badaczy otrzymane na małpach, psach i królikach dadzą się zastosować i do ludzi.

Dr Jan Sedziak.

IV. Choroby oczu.

186. L. BACH. **O zawartości drobnostrojów w worku łącznicy, o wpływach przyrodzonych i sztucznych tamże na nie działających, oraz o przeciwnilnej wartości maści ocznych.** (*Von Graefe's Archiv für Ophthalmologie. XL, 3.*)

Każdy worek łącznicy z góry uznać należy za zakażony. Główną rolę grają tu staphylococcus pyogen aur. et albus tudzież streptococcus pyogen. Też same drobnostroje znajdowano i w gnilnych wrzodach rogówki, lecz niekiedy, zwłaszcza w przypadkach zastarzałych, nie stwierdzono ich obecności.

W jednym przypadku, przy lekkim nieżycie łącznicy, znaleziono czystą hodowlę gronkowca ropnego złościstego na łącznicy i na brzegu powiek. B. rozpoznał 27 różnych odmian, które badał z uwagi na ich własności chorobotwórcze, otrzymując czyste hodowle tudzież szczepiac je w rogówce królików. Okazało się, że z tych 27 odmian 10 posiadało własności chorobotwórcze, wśród nich jeden drobnoustroj dotąd nieznan, któremu B. nadał miano *Micrococcus conjunctivitis minutissimus*. Przy doświadczeniach, podjętych z t. zw. Kieler-Wasser-Bacillus (znany ze swej odporności wobec lez, tudzież z wytwarzania czerwonego barwnika), stwierdzono, że przy prawidłowym stanie dróg łzowych, bakterye nader szybko bywają odprowadzane przez ruchy powiek do jamy nosowej i że ujście ich ze szpary powiekowej na powłokę opatrunkową, ułożoną na powiekach, zdarza się tylko przy podwiązaniu przyrodzonych dróg odpływowych dla łez. Na podstawie spostrzeżeń osobistych, autor dochodzi do wniosku, że przy prawidłowej drożności przewodów łzowych nie może być mowy o zakażeniu worka łącznicy z jam nosowych.

W przeważnej liczbie badań stwierdzono, że łzy w rzeczy samej stanowczo hamują rozwój zarodków, lecz w pojedynczych przypadkach bywa i wprost przeciwnie. Przyczyn tego nie wyjaśniono. Może zachodzi pewna różnica w składzie chemicznym lez? Wrogie dla rozwoju bakteryj własności lez nie zasadzają się na zawartości w nich białka surowiczego, jak to twierdził Bernheim, a i zawartość soli we łzach nie jest jedyną przyczyną tego zachowania się lez wobec drobnoustrojów, gdyż zarówno woda źródłana, jako też i woda przekroplona w danych warunkach szybko niszczy gronkowce. Ciecz wodna nie wywiera wydatnie ujemnego wpływu na rozwój bakteryj, a na ciałku szklistem rozwija się bardzo pomyślnie gronkowiec ropny złościsty. Wydzielina łącznicy zdaje się wzmagać rozwój zarodków, zwiększenie się wydzielin tej błony pozostaje bez poważniejszego wpływu na czynności bakteryj.

Mechaniczne oczyszczenie worka łącznicy i brzegów powiek wraz obfitem zraszaniem ich za pomocą fizyologicznego roztworu soli kuchennej daleko skuteczniej niszczy wszelkie zarazki (stwierdził to już Marthen), aniżeli poprzestanie na splukaniu tych części płynami przeciwnilnymi; a oko nie zawsze dobrze znosi, jeśli się je energicznie oczyszcza za pomocą zresztą skutecznych roztworów przeciwnilnych. Prawidłowy przebieg gojenia się ran może nastąpić nawet przy obecności licznych drobnoustrojów w worku łącznicy. Pod opatrunkiem często zwiększa się ilość zarazków, choć znów w innych razach spostrzegano, że pod opatrunkiem worek łącznicy pozostawał zupełnie jałowym w przeciągu 2 dni.

Słusznie twierdzi autor, że przebieg gojenia się ran mniej zależy od ilości zarazków, zawartych w worku łącznicy, aniżeli od zručności operatora, od przebiegu rękoczynu i od stanu narządu krążenia, tudzież od stanu odżywiania chorego. Jeżeli lekarz nie pomija wszelkich środków ostrożności, którymi winien rozporządzać, to śmiało rzecz można, że w obecnym stanie wiedzy klinicznej niema się obawy wybuchu zakażenia rany, zadanej przy operacyi zaćmy.

Waselina, zawierająca sublimat ($\frac{1}{3}\%$) i maść, zawierająca azotan srebra (2%), niszczą zarazki w przeciągu kilku minut, maść żółta z tlenku rtęci, lub maść waselineowa z siarczanem miedzi działają mniej energicznie, a waselina z kwasem bornym nie posiada własności odkażających. Waselina z sublimatem, czy z lapisem, czy wreszcie z siarczanem miedzi, nie traci swych własności zarazkobójczych nawet w zetknięciu z wodnistym rozczywnikiem (łyż). Czysta amerykańska biała waselina nie jęlczeje, a z niej wytworzone maści, będące w codziennem użyciu w klinikach ocznych, stale pozostają jałowemi.

Można po 24 — 48 godzinach uwolnić worek łącznicy, a nawet zazwyczaj i brzeg powiek od zarazków, często zakładając waselineę z sublimatem; rzecz prosta, o ile ilość zarazków nie jest nadmiernie wielką. Jeżeli zaś worek łącznicy niezmiernie obfituje w kolonie gronkowców, to i po 48 godzinach można stwierdzić mniej lub więcej liczne okazy tych drobnoustrojów—nawet przy częstszem stosowaniu tej maści do powierzchni oka.

Br. Ziemiński.

187. GUIBERT. **O lecniczem znaczeniu usuwania zmian patologicznych w jamie nosogardzielowej w cierpieniach narządu wzrokowego.** (*Revueil d'ophtalmologie* Nr 7, 1894).

Jakkolwiek stosunek cierpień oka do cierpień nosa nie był dotychczas przedmiotem szczegółowych badań naukowych, jednakże niektórzy autorowie od czasu do czasu na jednoczesne występowanie pewnych cierpień oka i nosa zwracali powszechną uwagę, pomijając już te sprawy chorobowe, gdzie cierpienie infekcyjne oka jest następstwem takiegoż cierpienia jamy nosowej.

Wecker w tomie III na stronie 708 powiedział: „podrażnienie błony śluzowej nosa (n. nasociliaris) wywołuje na drodze odruchowej, podobnie jak ból zębów, przekrwienie oka i łzawienie.“ Guibert miał w swej kuracyi młodego człowieka, który po operacyi wycięcia około dziesiątka polipów błony śluzowej nosa cierpiał na porażenie akomodacyi i lekki stopień niedomogi nerwowej.

Landolf szczególną zwraca uwagę na niedogodności przekrwienia błony śluzowej nosa u krótkowidzów. Fromaget, Jian podają przypadki następczego zapalenia tęczówki przy zebraniu się ropy in antro Hyghmori; z chwilą wypuszczenia ropy ex antro znikało cierpienie tęczówki.

Van Millingen i Trousseau często upatrują związek pomiędzy jednocześnie trwającą ozeną i wrzodami błony rogowej.

Heck, Tétas, Couctoux ostatnimi czasy otrzymywali znakomite rezultaty w terapii ocznej, usuwając zmiany patologiczne w jamie nosogardzielowej, jak na przykład zniknięcie uporczywych nerwobólów rzęskowycb po zastosowaniu przy równoczesnem istnieniu zmian na błonie śluzowej nosa i gardła.

Pierwsze miejsce w szeregu cierpień infekcyjnych następczych wskutek zmian anatomo-patologicznych błony śluzowej nosa, zajmuje łzawienie, zależne od zwężenia kanału noso-łzowego, powikłane bardzo często zapaleniem worka łzowego, otóż leczenie tego następczego z racyi stosunków anatomicznych cierpienia, zwykle wlokące się czas długi, znakomicie się skraca przez stosowanie odpowiednich irygacyj błony śluzowej nosa.

Nagromadzenie się ropy w zatokach czołowej, szczękowej i klinowej nader często odbija się na przyrządzie wzrokowym, bądź to w postaci silnego nerwobólu, bądź to w niedomodze akomodacyjnej lub mięśniowej, co należy uważać za objawy ucisku lub paraliżu.

Jako przyczynek do wyżwspomnianego podaje Guibert następujący przypadek: chory skarży się na silny ból lewego oka; przy ucisku w okolicy nerwu oczodołowego górnego ból znakomicie się wzmaga, górna powieka zlekka obrzękła, samo oko zdrowe; badanie za pomocą wziernika zmian żadnych nie wykrywa; wobec tego zwrócono uwagę na nos i stwierdzono obfitą wydzielinę lewej połowy nosa, silny ból przy opukiwaniu okolicy lewej zatoki czołowej z prawej strony. Objawów tych nie zauważono, opierając się na rozpoznaniu ostrego nieżyty nosa wraz z zajęciem lewej zatoki czołowej. Skierowano odpowiednio leczenie i, rzeczywiście, po czterech dniach, w ciągu których stosowano irygacje Webera do lewego otworu nosa, ból oka zupełnie ustąpił.

Pod względem związku, jaki istnieje pomiędzy cierpieniami oczu i jamy nosogardzielowej, najczęstsze są, jakkolwiek najmniej dotychczas opisane cierpienia oczu, jakim podlegają dzieci skrofuliczne, mające często wypełnioną gardziel tak zwanymi wyrostkami adenoidalnemi; otóż cały szereg różnego rodzaju zapaleń łącznicy i błony rogowej, połączonych zwykle z silnem łzawieniem i światłowstrętem w rodzaju na-

wet zapalenia rogówki i łącznicy wiosennego, tak opierającego się wszelkim miejscowym zabiegom leczniczym, leczy się prawie cudownie przez usunięcie istniejących w gardzieli wyrosła adenoidalnych tak dalece raptownie, iż z chwilą ukończenia operacji oko przestaje być czerwonym.

Autor danej pracy nie szuka ścisłego związku, jaki istnieje między okiem a jamą nosogardzielową, zdaje się dla niego być wystarczającą łączność, jaka się tu wytwarza za pomocą błony śluzowej, naczyń krwionośnych chłonnych i nerwów, chodzi mu głównie o to, iż odpowiednie traktowanie jamy nosogardzielowej w pewnych przypadkach pozwała: 1) na antyseptykę dróg nosa (irygacje, płukania, insuflacje), 2) na cały szereg rękoczynów w nosie i gardzieli (stosowanie żegadła, usuwanie polipów i wyrosła adenoidalnych), dzięki czemu otrzymujemy raptowne uleczenie cierpienia ocznego tam, gdzie przez długi czas stosowane leczenie miejscowe w rozpaczliwy sposób stale się nie udaje.

Stefan Cetnarowicz.

VI zjazd ginekologów niemieckich

w Wiedniu (od 5 do 7 czerwca 1895 r.).

(Sprawozdanie specjalne Kroniki lekarskiej).

Po powitalnej mowie prof. Chrobaka z Wiednia i wyznaczeniu miejsca dla przyszłego zjazdu, odbyć się mającego w Lipsku, pierwszy zabrał głos prof. S ä n g e r i odczytał rzecz o „pęknięciu macicy.”

„Dolnym odcinkiem” macicy nazywa S ä n g e r tę część trzonu, która z przodu i zzewnątrz odpowiada przyczepowi pęcherza do szyjki, z tyłu zaś ciągnie się od fałd D u g l a s a aż do stałego umocowania otrzewny i kończy się od wewnątrz ujściem wewnętrznym szyjki. Jestto więc wążki pozaotrzewnowy pas trzonu, który ulega podczas ciąży rozszerzeniu, również jak i szyjka. W ostatnich chwilach ciąży do tego właściwego dolnego odcinka, stanowiącego część tylko trzonu, przyłącza się jeszcze część szyjki, lejkowato wtedy rozszerzonej. Wytwarza się więc złożony „dolny odcinek,” składający się z właściwego + część szyjki. Takie odrońnienie jest ważnem z tego względu, że mogą powstawać pęknięcia: 1) tylko szyjki, 2) szyjki i „dolnego odcinka,” 3) tylko „dolnego odcinka.”

Wszystkie dotychczas spostrzegane postaci pęknięcia macicy obejmuje S ä n g e r w ramy klasyfikacji, której tu przytaczać nie możemy, odsyłając ciekawego czytelnika do pracy oryginalnej.

Pęknięcia macicy mogą być zupełne i niezupełne, t. j. z rozdarciem otrzewny lub bez niego. Przy niezupełnych — otrzewna pozostaje cała nie tylko dlatego, że pęknięcie nastąpiło stopniowo i przy stosowaniu mniejszej siły, lecz także dlatego, że w chwili powstania pęknięcia otrzewna nie była zbyt silnie napięta ponad pękniętym miejscem. Pomiedzy miejscem, gdzie nastąpiło pęknięcie, i odklejoną otrzewną może się wytworzyć zadziwiająco obszerna jama, wypełniona skrzepami, częściami jaja i płodu, bez uszkodzenia samej otrzewny.

Pęknięcia mogą być: 1) dowolne, wywołane przez nienormalne stosunki podczas ciąży lub porodu, przez stany nienormalne macicy lub pochwy — „spontane rupturen,” 2) przez zabieg operacyjny lub przez uraz wewnętrzny „violente rupturen,” 3) przez uraz z zewnątrz, n. p. uderzenie rogiem, zadane przez zwierzę. Dowolne pęknięcia w trzecim okresie porodu nigdy nie powstają. Próby wyciskania łożyska, dokonywane w czasie niewłaściwym, mogą pociągnąć za sobą zmiążdżenie i rozdarcie macicy aż do otrzewny, co odpowiada terminowi *fissura uteri muscularis*, a przy istnieniu niezupełnego pęknięcia można tą drogą wywołać *rupturam completam* wraz z wypadnięciem łożyska do jamy otrzewny (S c h a u t a).

Do rzadkich postaci pęknięć należy *fissura uteri peritonealis* (S ä n g e r). Jest to pęknięcie niezupełne, zewnętrzne, dotyczące tylko otrzewny i powierzchniowych podotrzewnowych warstw mięśni macicy.

Ukrytem pęknięciem macicy nazywa F r e u n d takie naruszenie ciągłości trzonu, które sięga tylko po przez tkankę mięśniową, nie dotykając otrzewny. Pęknięcia takie są pochodzenia urazowego i gdy powstają przez uraz z zewnątrz, należy sobie powstawanie ich wytłumaczyć większą odpornością otrzewny niż miękiej tkanki mięśniowej (*fissura muscularis uteri interna*). Mogą też powstawać takie pęknięcia przez uraz z wewnątrz, n. p. przez wyswidrowanie fałszywej drogi przy odklejaniu łożyska. Tą drogą powstają, ku naszemu zdziwieniu, krwisteki i wysięki w kilka godzin a nawet i dni po porodzie, występujące w miejscach niezwykłych, n. p. w tkance łącznej okołopęcherzowej. Są to skutki powstałych poprzednio skrycie naderwań i pęknięć podotrzewnowych szyjki i dolnego odcinka.

Od pęknięcia macicy należy odróżniać „*usuram*” u'eri, gdyż obie sprawy mogą występować obok siebie, chociaż pęknięcie może być skutkiem poprzedzającej usury.

Pęknięcie macicy może nastąpić w każdym czasie ciąży. I tu odróżniamy pęknięcia dowolne (*spontane Risse*) i urazowe. Dowolne pęknięcia podczas ciąży zwykle dotyczą trzonu macicy i to przeważnie podlegają im wierzchołek i ujście jajowodów. Przyczyna tych pęknięć ta sama, co przy pęknięciach dowolnych podczas pierwszego i drugiego okresu porodu t. j. nienormalne stosunki dróg porodowych.

Przyczyny, wywołujące pęknięcie macicy, mogą być podzielone na 1) przyczyny usposabiające i 2) mechaniczne. Przyczyny usposabiające mogą być:

1) nabyte: a) blizny z powodu pęknięć przy poprzednich porodach, zmiany w szyjce i trzonie po poprzedniej sprawie zgorzelinowej, b) blizny po przebytej ciąży cesarskiej, c) nabyte ograniczenie zcieńczenie muscularis, mianowicie w wierzchołku macicy przy utratkach tkanki poprzednich w tem miejscu i następującem potem wgłębianiu się otrzewny, zwłaszcza zaś przy przyczepie łożyska w tem miejscu, d) nabyty zanik całej macicy (hyperinvolutio uteri), parametritis chronica atroficans, e) placenta praevia i wogóle miejsce przyczepu łożyska, a szczególnie łożyska poprzedzającego, przyczem następuje silniejsze zcieńczenie i zmiękczenie przy zmniejszeniu objętości dolnego odcinka.

2) wrodzone: a) ograniczone zcieńczenie ściany macicy przy zбочeniach w rozwoju jej wierzchołka w nieznacznym stopniu, obliquitas uteri quo ad formam, b) wyraźne zбочenie w rozwoju macicy pojedynczej lub podwójnej, c) stan zarodkowy całej macicy i pochwy (hypoplasia).

3) niezwykła skłonność do rozdarcia tkanek macicy wskutek przebytych chorób. Najważniejszą rolę odgrywa tu wrodzone indywidualne usposobienie, jako przyczyny zaś dalsze należy wymienić: a) zakażenie gnilne podczas porodu i przed nim, b) zator z zawałem krwawym, puchlina, zgorzel; c) metritis chronica interstitialis, d) gruźlica, rak.

4) skłonność do pęknięcia macicy wskutku zwyrodnienia jej mięśnia. Zaslugują tu na uwagę zwyrodnienie szkliste i tłuszczowe.

Co do przyczyn mechanicznych, powodujących pęknięcie, to spowodzają się one do niewspółmierności między kanałem porodowym, płodem i siłami tłoczącymi, przyczem pęknięcie powstaje: 1) przy przeszkodzie (fixacyi), działającej na kanał porodowy od dołu, 2) przy ciśnieniu z góry, podczas gdy ściany macicy są silnie skurczone nad jej zawartością, a ciśnienie wewnątrzmaciczne powiększone, 3) przy nadmiernem naprężeniu i zcieńczeniu ściany, jako punktu oporu dwóch sił, wyżej wymienionych, działających antagonistycznie. Wszystkie przyczyny mechaniczne można podzielić na dwie grupy: 1) przyczyny mechaniczne ogólne i 2) miejscowe.

Do przyczyn mechanicznych ogólnych zaliczyć należy: 1) skurcze macicy, jako siłę tłoczącą, zwłaszcza przy powiększeniu nagle ciśnienia wewnątrzmacicznego i brzuszego, lub tylko jednego z nich, 2) urazy zewnętrzne, 3) urazy wewnętrzne, wszelkie zabiegi, dokonywane bądź ręką, bądź narzędziami.

Do przyczyn mechanicznych zaliczamy wszelkie przeszkody, przeciwdziałające naturalnej wytłaczającej czynności macicy, a więc ze strony kośćca—wszelkie zwężenia miednicy wrodzone lub nabyte; ze strony części miękkich—zwężenia szyjki i pochwy, blizny, macię dwurogą, zmiany położenia macicy, nowotwory macicy i jej części dodatkowych, torbiele,

zrosty otrzewnowe i pozostałości zapalne; ze strony płodu i jaja—nadmierną grubość błon płodowych, nieprawidłowe położenie i ustawienie płodu, nadmierny rozrost płodu.

(D. c. n.)

ODCINEK.

O BYT LEKARZY.

(Dokończenie).

Nie sięgamy tak daleko, chcemy tylko poznać na teraz ujemnie działające na stan lekarski warunki i, o ile możności, ich wpływ osłabić.

Czytelnicy nasi nie zadziwią się zapewne, jeśli zastrzeżemy się z góry, iż nie wszystkie potrafimy uwzględnić, przechodzi to zwykłą miarę pojedynczego lekarza, a nawet jednego gremium, potrzebny tu jest udział wszystkich lekarzy i w tym celu dla dyskusyi otwieramy szpalty naszego pisma, prosząc wszystkich kolegów o wzięcie w dyskusyi udziału, tą bowiem tylko drogą możemy dojść do wyjaśnienia kwestyi, a być może i do znalezienia jeśli nie radykalnych, to choć paliatywnych środków.

A więc lekarzy Warszawa posiada za wielu. Wynik ten z całego poprzedniego rozumowania zdaje się rzeczą niewątpliwą, chodzi o zarządzenie temu. Wyżej nadmieniliśmy, iż o ograniczaniu sensu stricto liczby na teraz mowy być nie może, bo jakże n. p. zabronić lekarzowi, aby pozostał w Warszawie, skoro pozwalają mu na to n. p. stosunki rodzinne lub też skoro był skądinąd ma zabezpieczony, pozostanie on w tych warunkach zawsze w Warszawie, a tem samem wejdzie w ogólną masę lekarzy, bo dyplom pozwala mu praktykować wszędzie, gdziekolwiek zechce. Trzebaby zmienić zupełnie prawa lekarskie i wprowadzić to, co jest w adwokaturze, t. j. aplikacyę uprzednią i dyplomowi naukowemu odebrać znaczenie praktyczne. Na to ani się zanosi, ani przykładu odpowiedniego nie znajdujemy nigdzie. Nie tedy więc droga, sądzimy jednak, że obowiązkiem naszym jest zwrócić

uwagę młodzieży garnącej się na wydział lekarski, jaka czeka ją w życiu dola i czego oczekiwać może po długich i męczących studiach w naszym zawodzie.

Przedstawienie właściwe kwestyi może powściągnie niektórych, tych przynajmniej, co szukać chcą w naszym zawodzie kawałka chleba. Niech wiedzą, że zimna rzeczywistość zbije ich urojenia, niech wiedzą, że dziś już wielu lekarzom brak pierwszych potrzeb do życia, i że z walki o byt wychożą wcześniej już znękani, nie znajdując nawet uznania dla długoletniej swej pracy! Może ich to powstrzyma i pobudzi do szukania wdzięczniejszego dla zarobku pola.

Niech rodzice obliczą, ile wyniesie koszt wykształcenia syna na lekarza, niech zwrócą uwagę, jaki kapitał wkładają w niego, nim posiadzie dyplom uniwersytecki, niech zsumują lata, które trawi nad książką, a z bilansu tego wyniknie, że zawód ten nie opłaca się wcale. W dzisiejszych warunkach mało kto kończy medycynę przed 24 rokiem życia, z tego 14 lat przypada na gimnazjum i uniwersytet, a 6 na same studia lekarskie, czy przez ten czas młody człowiek w innym zawodzie nie zyska więcej—niech odpowiedzą sami — boć te 14 lat to kapitał duży, z trudnością dający się obliczyć, a czy kapitał taki i czas stracony lepiej użyć się nie da?

Dalecy jesteśmy od myśli zniechęcania młodzieży do medycyny, zbyt cenimy naszą naukę, chcemy tylko tym, co idą szukać chleba w naszym zawodzie przedstawić, że zły wybór robią, kto zaś szuka nie chleba, kogo chęć nauki pcha w objęcia naszej wiedzy, tego powitać tylko możemy i zachęcać do dalszej pracy!...

Nie chcemy ograniczeń przymusowych, ale dobrowolnych, płynących z rozumowania.

Skoro liczba studentów medycyny ograniczy się do ilości koniecznej dla uzupełnienia normalnej liczby lekarzy, kwestya sama przez się upadnie i rozwiązanie jej nie będzie trudne. Na to jednakże czekać trzeba jeszcze długo. I dziś już liczba studentów medycyny zmniejszyła się znacznie, dalszego zmniejszania się w miarę tego, jak coraz bardziej ojcowie i młodzież przekonywać się zaczęły, iż: „*Galenus olim dedit opes, nunc panem non dat.*” oczekiwać w przyszłości należy.

Nim to nastąpi mamy do roztrzygnięcia kwestye domowe: ambulatorya bezpłatne, lecznice, t. z. ambulatorya i polikliniki bezpłatne lub płatne, domy zdrowia, wreszcie owe przedsiębiorstwa, tak dobrze przez p. Urb. odmalowane dla stosunków... berlińskich, a o których pomówimy później. Załatwić się z temi kwestyami należy przedewszystkiem.

Nikt przeciw ambulatoryom szpitalnym powstawać nie myśli, owszem, jest to instytucya konieczna, zarówno dla ludności ubogiej miasta, jak dla szpitali i lekarzy, z jednej strony

bowiem ludność otrzymuje darmo poradę i to taka ludność, która nie może jej znaleźć gdzieindziej, z drugiej szpitale, skutkiem wprowadzenia tej instytucji, pozbywają się leczenia na salach takich chorych, którzy mogą leczyć się przychodnio wreszcie dobrze prowadzone ambulatoryum jest doskonałą dla lekarzy i studentów szkołą.

To też ambulatorya szpitalne rozwijają się co rok. Ujeżdżoną stroną jest to, że publiczność, nawet zamożna, garnie się dziś do ambulatoryów szpitalnych, wyzyskując w ten sposób lekarzy. Temu zaradzić koniecznie należy przez ścisłą kontrolę nad zasięgającymi porady; głównie dotyczy to ambulatoryów specjalnych. Od taktu i dobrej woli kolegów prowadzących ambulatorya zależy, aby nadużyciom tamę położyć. Niektórzy z prowadzących ambulatorya nie trzymają się tej zasady, nie rozumiejąc, że przez to wyrządzają krzywdę sobie i kolegom. O ile rozwój ambulatoryów bezpłatnych jest konieczny ze względów, które wyłuszczyliśmy powyżej, o tyle krzywda z nich widoczna dla całego stanu lekarskiego, jeśli nie przestrzegać pilnie zasady, że są one urządzone dla nędzy, a nie dla ludzi zarobkujących. Nie tak dawno, bo 2 lata temu podobną kwestyę poruszono w Berlinie i ogólny głos opinii za tem samem wypowiedział się zdaniem. Już takie ograniczenie, ściśle przestrzegane, da pewną odsetkę chorych, którzy złożą się na ogólny dochód lekarzy.

Inna kwestya, to kwestya **lecznic**. Mamy ich kilka ogólnych w Warszawie, a nadto posiadamy lecznice specjalne, opłata wynosi 25 kop., największa 50 kop. za poradę. Założeniem było wytworzyć dla warstw pracujących instytucye, które pozwalałyby korzystać z porady lekarskiej za opłatą minimalną, założenie to jednak inaczej wygląda w praktyce. Aczkolwiek znaczną liczbę klienteli lecznic stanowią ludzie, dla których opłata wyższego honorarium za poradę lekarską przy dłuższem zwłaszcza leczeniu, byłaby uciążliwą nie omylimy się jeśli powiemy, że przynajmniej $\frac{1}{3}$ ogólnej cyfry chorych przypada na takich, dla których porada, opłacona w sposób zwyczajny u lekarza nie stanowi różnicy. Każdy z lekarzy, przyjmujących w lecznicach, może potwierdzić, iż znaczna część jego chorych należy do sfer lepszych towarzystwa, zdarsza się, że chory, początkowo leczący się u lekarza w domu, dowiedziawszy się, że lekarz przyjmuje w lecznicy, nie waha się dalszego ciągu kuracyi odbywać w lecznicy. Tą drogą lekarz traci bardzo wiele ze swego dochodu, niby w celach filantropijnych. Na tę kwestyę baczna zwrócić należy uwagę i stanowczo starać się ukrócić nadużycia. Lecznice są dla chorych niezamożnych takich, którzy nie są w możności korzystać z innej opieki lekarskiej, a nie chcą porady darmowej w szpitalach, ale tolerowanie nadużyć demoralizuje

publiczność, obniża wartość pracy lekarskiej i pozbawia lekarzy słusznego należnego im dochodu za pracę. Lekarz godziłą przyjęcia w lecznicy składa niejako na ołtarzu dobra publicznego, o tem nie zawadzi pamiętać, dochód jego z tego źródła jest tak, ogólnie biorąc, mały, że w rachubę za czas stracony wchodzić nie może, można więc i trzeba czas ten użytkowywać dla tych, którzy pomocy tej istotnie potrzebują, ale dawać ją na pół darmo tym, co większemi niż lekarz cieszą się dochodami, jest źle zrozumianą filantropią, jest szkodzeniem samemu sobie i całej korporacji lekarskiej.

Mało jednak było widocznie lecznic ogólnych dla chorych przychodnich, bo oto od lat 3-ich mamy istną epidemję zakładania **lecznic specjalnych**, bądź przy zakładach leczniczych bądź też oddzielnie. Mamy więc ambulatorya dla chorób oczu, uszu, kobiet, żołądka i kiszek, nerwowych, dzieci, chirurgicznych i t. p.; a wszystko to częścią bezpłatne, częścią za śmiesznie małą opłatą. Wynikiem tego jest zmniejszenie się ambulatoryów domowych u lekarzy, a co za tem idzie i dochodów. Doszło do tego, że chorzy z prowincyi nawet bardzo odległej, przybywając do Warszawy, nie żałują kosztów podróży i pobytu w niej, ale leczą się w ambulatoryach, wyzyskując w ten sposób lekarzy. Bo kogo stać na wydatek kilkudziesięciu rubli na przejazd do Warszawy, tego stać, zapewne i na zapłacenie i bez tego ogólnie biorąc skromnego honorarium u lekarza w domu. Nic byśmy znowu nie mieli przeciw tym specjalnym lecznicom, gdyby nie to, że lekarze w nich wyzyskiwani są przez taką publiczność, która leczyć się u nich ze względu na swe środki materyalne nie potrzebuje. Wogóle otwieranie takich „sklepików“ wobec istniejących ambulatoryów i lecznic ogólnych, gdzie wszystkie specjalności są reprezentowane, uważamy za nieodpowiednie i szkodliwe dla naszego stanu. Ci, którzy to robią w celach nauki, mogą ją znaleźć w szpitalach, ci zaś, którzy robią to dla dochodów, myślą się w swych obliczeniach — sami nic nie mają, a ogółowi lekarzy wyrządzają krzywdę. Raz trzeba tę kwestyę bołącą rozciąć i słowo gorzkiej prawdy powiedzieć, bo quousque tandem otwieranie tych lecznic przeciągać się będzie. Za rzecz konieczną uważamy zniesienie porad dla chorych przychodnich przy zakładach leczniczych oraz powstrzymanie się z otwieraniem oddzielnych t. z. ambulatoryów specjalnych.

Jeszcze gorzej sprawa przedstawia się z wprowadzonemi niedawno do nas t. z. **poliklinikami** i ambulatoryami, otwieranemi przez pojedynczych lekarzy. Poliklinika według pojęć wszystkich, to instytucya pedagogiczna, mająca na celu leczenie chorych poza szpitalami. Za granicą, a do niedawna w Jurjewie to oddzielna katedra. Zgłaszających się chorych

leczą na miejscu lub też odwiedzają ich w domu. Taka instytucja przy uniwersytecie nie tylko jest potrzebną, ale konieczną. U nas pojęcie to spaczono. Polikliniką nazywa się przyjmowanie w pewnych oznaczonych godzinach chorych bezpłatnie lub za niską opłatą. Innemi słowy jest to po prostu szumna nazwa dla najzwyklejszego ambulatoryum domowego lekarza, co każdy lekarz pod nazwą „godzin przyjęcia” robi.

Ta tylko jest różnica, że zwykły lekarz ogłasza w piśmiech o godzinach przyjęcia tylko w razie przeprowadzki, powrotu etc., a polikliniki i ambulatorya ogłaszają się ciągle, stale i temi, szumnemi nazwami imponują publiczności. Dla tych, którzy o tem nie wiedzą, że na otwarcie i prowadzenie takiej polikliniki nie trzeba żadnych specjalnych kwalifikacyj, a wprost zawiadomienia urzędu lekarskiego o zamiarze otworzenia, poliklinika jest instytucją wyższą, czemś w rodzaju szpitala, a jest to tymczasem proste bardzo ogłoszenie o tem, iż dr X w tej lub innej godzinie przyjmuje. Szczególniejszy urok ma ta nazwa dla tej części pacjentów, która zwykła podróżować po różnych miastach Europy, szukając wszędzie ratunku dla zagrożonego, a miłego sobie wielce zdrowia. Za granicą widzi ona w tych poliklinikach jako dyrektorów, znanych profesorów uniwersytetu, a więc, jako na tytuł ten czuła, przenosi zaufanie do... tytułu i na grunt warszawski. Że się myli w rozumowaniu, logicznem zresztą zupełnie, to chyba nie jej wina.

A tymczasem, już pomimo wprowadzania w błąd publiczności nazwą, owe ambulatorya lub polikliniki, otwierane czy to dla zysku, czy dla ambicyi swoich dyrektorów (?) ogółowi lekarzy przynoszą szkodę dla wyżej przy lecznicach wskazanych powodów. To też nie wahałiśmy się odsłonić rąbka tajemnicy z tych nowomodnych instytucyj i ocenić ich, jak na to zasługują: ani nie są one potrzebne ogółowi, ani lekarzom, gwoli więc czemu istnieją, niech czytelnik sam na to pytanie odpowie...

Pozostają nam **zakłady lecznicze ogólne i specjalne ze stałemi łózkami**. O niestosowności otwierania przy nich ambulatoryów mówiliśmy wyżej, wracać więc do tego nie będziemy, same zaś instytucje tego rodzaju uważamy nie tylko za pożyteczne, ale i konieczne w Warszawie. Pisaliśmy zresztą już o nich dawniej, z okazji otwarcia, tu tylko zrobilibyśmy zastrzeżenie, że jeśli nie jest ich za wiele teraz, to być to może w niedalekiej przyszłości. Kres wszystkiemu być musi, i jeśli miasto wzrasta, nie idzie za tem, aby było w możności utrzymać dziesiątki takich zakładów. Konkurencja zbytńia i w tym kierunku okazać się może szkodliwą dla lekarzy: tem bardziej że chodzi tu już nie tylko o wkład wiedzy, ale i poważnego

kapitału. Tym więc, co nowe zakłady otwierać mają zamiar, dobrze rozważyć należy stare nasze przysłowie o grzybach w barszczu, którego smak w większej ilości psują.

Na teraz ograniczymy się na odkryciu powyższych przyczyn upadku dochodów lekarskich—wnioski same wypływają z tego, cośmy mówili powyżej, nie są one środkami radykalnymi na chroniczną już dolegliwość, ale usunięcie przyczyn o wiele los lekarzy warszawskich poprawić może.

Śmiało dotknęliśmy ran, toczących nasze ciało, nie obawiając się z tego powodu napaści interesowanych, potwierdziłyby bowiem tylko wypowiedziane o nich przez nas zdanie i prawdę przysłowia jak świat starego niezawodnieby stwierdziły.

Do nas należy starać się rany te zgoić, a dobra wola i trzeźwość w tym razie wystarczą. Nie będzie to Eden po usunięciu tych przyczyn wewnętrznych, ale stan znośny, a może i inne znajdują się środki zaradcze.

Tych z szanownych czytelników, którym powyższe słowa nasuną nowe uwagi, prosimy o zabranie głosu, zastrzegając się, że i my nadal środki zaradcze rozpatrywać i oceniać będziemy.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

186. Dr Sack z Heidelberga podaje następujące **wyniki badań nad tkanką tłuszczową podskórną**. Jądra komórek tłuszczowych posiadają w ciągu swego życia wakuole łatwe do rozpoznania przy barwieniu cienkich skrawków. Posiadają one postać kulistą. Pochodzą one z jądra i są tworami wewnątrzjądrowymi, zwiększają się same przez się lub przez zlewanie się dwóch sąsiednich wakuol. Rosnąc coraz bardziej, zbliżają się do granic jądra i wychodzą do ciała komórki. Według S. nie zawierają one wcale tłuszczu, ale wodę, sole lub alkalia. Sprawę tę można widzieć u dzieci oraz dobrze odżywianych osobników, nigdy zaś u płodów i starców oraz kachektyków. Stąd wniosek, że musi ona odgrywać rolę w odżywianiu tkanki tłuszczowej. Autor obiecuje dalsze w tym kierunku badania. (La France méd, Nr 21).

J. Z.

187. Pousson i Sigalas robili na klinice Guyona w Paryżu **doświadczenia nad własnościami chłonnymi pęcherza moczowego**. Autorzy robili doświadczenia nad ludźmi, pęcherz napełniali roztworem soli

litynowych, których najmniejsze ślady we krwi i ślinie z łatwością wykryć się dają. Doświadczenia te dały następujące wyniki: Zdrowy nabłonek jest nieprzepuszczalny. Wchłanianie ma miejsce w dwóch przypadkach. 1. Gdy osobnik nawet ze zdrowym pęcherzem doznaje parcia na mocz, ponieważ wtedy mocz opłukuje pars prostatica urethrae. 2. Gdy nabłonek pęcherza moczowego jest zmieniony. (Therap. Wochenschrift Nr 18).

H. K.

188. Na posiedzeniu Tow. lek. Berl. prof. Senator demonstrował **preparaty krwi przy niedokrewności złośliwej**. Czerwone ciałka krwi były mniejsze od zwykłych i posiadały ruchy ameboidne. Objaw ten uważa Senator i Perels za częsty, nie tylko jednak tej postaci chorobowej właściwy, gdyż spotykano go i w wyleczonych przypadkach niedokrewności. (Berl. kl. Woch.)

J. Z.

189. Dr Frémont z Vichy podaje nader ciekawe doświadczenia nad **wykluczeniem żołądka**. Odcinał on u psów żołądek od przełyku i dwunastnicy i łączył oba ostatnie te narządy z sobą. Na wykluczony w ten sposób żołądek nakładał przetokę. Zwierzęta znosiły dobrze operację, jadły i trawiły dobrze, częściej jednak wymagały pożywienia. Zbyt wielkie kąsy były zwracane zaraz. Wykluczony w ten sposób żołądek zachował swoje własności wydzielnicze i wchłaniania. Z doświadczeń na tym żołądku zanotować należy, iż 5—80% roztwory sody wzmagają wydzielenie soku żołądkowego, obniżając znacznie kwaśność; magisterium bismuthi zmniejszało wybitne wydzielanie soku żołądkowego. Z pokarmów mleko zmniejszało wydzielanie wody, chloru i kwasu solnego. Kwas solny 3—4‰ nie drażni błony śluzowej żołądka. Ilość soku żołądkowego u 12 kilogr. psa wynosi 800cm³ na dobę. Ilość ta w czasie gorączki, przy zmęczeniu oraz przy niedostatecznym pożywieniu zmniejsza się znacznie, a własność trawienna soku w tych warunkach ustaje. (La Sem. méd.)

J. Z.

190. Dr M. Vallin na posiedzeniu Akademii Paryskiej (28/V) miał odczyt o **zatruciach przy spożywaniu mięsa wołowego**. Z badań jego wynika, że większą część przypadków zawdzięczamy spożywaniu mięsa wołów, chorych na biegunkę zakaźną (diarrhée septique) oraz posocznico-ropnicę. W przytulku dla starców w Pas-de-Calais z 60 starców, którzy spożyli mięso chorego zwierzęcia, 54 zachorowało, a 3 zmarło. Choroba, która powoduje takie zatrucie tkanki mięsnej wolu nie jest jeszcze dokładnie zbadaną, trzeba jednak zaliczyć obie wymienione postaci do tych chorób zakaźnych zwierząt, które policja lekarska zabrania dopuszczać do handlu. (La France Méd. 22).

J. Z.

191. Williamson robił doświadczenia z mieszaniną **Aleuronatu z mąką kokosową**, zarobionemi jako chleb dla cierpiących na cukrzycę.

Aleuronat jest żółtym proszkiem, zawierającym 90% białka roślinnego i 7% wodoru węgla. Pierwszy Ebstein zaproponował użycie tego środka jako surogatu chleba, dodawał jednak mąki w tym celu, co znacznie obniżało wartość takiej kombinacji dla cierpiących na cukrzycę. Wiliamsen mąkę zastąpił przez mąkę kokosową, zawierającą 70% tłuszczów i ślady cukru. Ciasto przygotowuje się w sposób następujący: 2 uncje mąki kokosowej zmieszać z małą ilością drożdży i wody. Po 1/2 godzinie następuje fermentacja i cukier znika. Wtedy dopiero dodać należy aleuronatu, trochę wody i sacharyny, zarobić na ciasto, zrobić małe bulki i wstawić w piec na 20—30 minut. Po tym czasie otrzymujemy nader smaczne ciasto dla chorych na cukrzycę. Mąkę kokosową sprzedaje fabryka Callard i S-ka w Londynie. Ciasto w ten sposób przygotowane może być zrobione w domu, jest tanie, smaczne, oraz posiada wielką wartość pożywną. (Brit. Med. J. 27/IV. Ther. W. 20).

J. Z.

192. Vilcox z New-Yorku zaleca **ergotyne** jako środek regulujący w wadach serca. Według V. ergotyne ma posiadać tę wyższość nad naparstnicą, że działa szybko i nie posiada własności kumulacyjnych. Można również kombinować ten środek ze strophantus, sparteiną i kofeiną. (Ther-Wchschr. 20).

J. Z.

193. Dr Seifert z Würzburga zaleca gorąco **nosophen** (tetrahydrofenoltaleina), jako środek antyparazytarny i wysuszający przeciwko ostrym i przewlekłym hypersekrecjom błony śluzowej nosa, przy balanoposthitis, wreszcie stosuje go po przypalaniu w jamie nosowej. Nowy ten preparat jest nietrujący i pozbawiony zapachu. (Wien. klin. Wochenschrift Nr 12. 1895).

H. K.

194. **Przeciwko poceniu się stóp** zaleca Neebe kąpiel stóp od 5 do 15 minut w nieoczyszczonym kwasie solnym, poczem następuje kąpiel mydlana. Kurację tę radzi autor stosować przez 6 tygodni do 2 miesięcy 2 razy tygodniowo. W przypadkach, w których pacjenci by tej kuracji przeprowadzić nie byli w stanie, zaleca Neebe smarowanie podeszwy oraz przestrzeni międzypalcowych 10% wysokowym roztworem saletrzanu srebra, dopóki nie nastąpi oddzielenie się naskórka. (Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XVIII).

H. K.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Ze statystyki.

— Podajemy wykaz śmiertelności na 1000 ludności w r. 1894 w miastach Europy: Bristol 15,4, Frankfurt a M. 16,5, la Haye 16,9, Berlin 17,2, Liege 17,6, Londyn 17,7, Leodium 17,8, Bruksella 18,1, Hamburg 18,1, Amsterdam 18,3, Bâle 18,5, Birmingham 18,5, Lipsk 18,7, Kopenhaga 18,7, Turyn 18,8, Zurych 18,9, Genewa 19,0, Sztokholm 19,4, Anvers 19,4, Rzym 19,6, Chrystyiania 19,6, Nicea 19,7, Glasgow 20,0, Paryż 20,2, Rotterdam 20,2, Manchester 20,4, Drezno 20,5, Lyon 20,9, Bern 21,0, Bordeaux 21,3, Wenecya 21,6, Magdeburg 21,8, Bolonia 21,9, Praga 22,1, Odessa 22,2, St-Etienne 22,7, Wiedeń 22,8, Kolonia 23,1, Lille 23,5, Monachium 23,7, Liverpool 23,8, Mantes 23,9, Buda-Peszt 24,4, Grac 24,5, Dublin 24,7, Warszawa 25, Medyolan 25, Wrocław 25,5, Reims 25,8, Neapol 27,7, Marsylia 28,3, Jassy 28,3, Barcelona 29,6, Havre 29,8, Bukareszt 29,9, Tryestr 30,1, Rouen 31,3, Petersburg 31,4, Moskwa 34,1. Widzimy z tego, że pod względem zdrowotności na 60 wliczonych miast Warszawa zajmuje 47 miejsce, czyli że 13 miast posiada gorsze od niej warunki zdrowotne.

Konkurs międzynarodowy.

— *Société de médecine publique et hygiène professionnelle* ogłasza konkurs międzynarodowy na pracę p. n. „*Les maladies évitables; moyen de s'en préserver et d'en éviter la propagation.*”

Warunki konkursu, który jest międzynarodowym, są następujące:

I. Prace mają być pisane w języku francuskim.

II. Dostarczyć należy je 10 października r. b. na ręce p. Cheysson, prezesa towarzystwa, Paryż, Boulevard Saint-Germain.

III. Nagrody wnoszą 1200, 800 i 500 fr.

IV. Prace, które nadesłać należy jak zwykle z dewizą, stają się własnością zupełną towarzystwa i zwracane nie będą.

Kongresy.

— III-ci kongres międzynarodowy fizjologów odbędzie się w Bernie r. b. między 3—9 września.

— Kongres przeciw nadużyciu alkoholu zbierze się w Bâle 20 sierpnia r. b. Dyskusya prowadzoną będzie nad następującymi tematami:
1) Alkoholizm wobec moralności, higieny oraz pod względem lekarskim.
2) Środki zapobiegawcze i poprawcze dla zwalczania alkoholizmu.

— Kongres talassoterapeutów zbierze się w Ostendzie 27 — 31 sierpnia r. b.

Jubileusz.

— W d. 28 z. m. obchodził jubileusz 50 lecia ukończenia studiów lekarskich dr Michał Zieleniewski. Jubilat urodził się 27 sierpnia 1821 r. w Krakowie, gdzie kończył zarówno liceum Ś-tej Anny, jak i wydział lekarski; w d. 28/VI 1845 r. otrzymał stopień doktora medycyny. Pierw-

sze po skończeniu wszechnicy lata poświęcił jako asystent kilku klinik kolejno rozmaitym gałęziom wiedzy lekarskiej. W r. 1857 powołany został na stanowisko lekarza rządowego do Krynicy i urząd ten pełnił z korzyścią dla miejscowości przez lat 30, t. j. do 1887 r.

Płodna to była ta trzydziestoletnia działalność, nie dość bowiem, że podniósł Krynice do stanowiska wód pierwszorzędnych w Europie, ale nadto ogłosił 168 prac, przeważnie z zakresu balneologii. Po za działalnością na polu balneologii, Zieleniewski pełnił obowiązki redaktorskie „Przeglądu lekarskiego” i „Zdrojowisk.” Znany bibliofil, zgromadzał skrzętnie wszelkie dane z historii zdrojowisk i zbiorami swemi wzbogacił bibliotekę Jagiellońską i Kurnicką.

Łącząc się ze wszystkimi uczestnikami obchodu tej płodnej półwiekowej działalności, wysłaliśmy w dniu jubileuszu odpowiedni telegram, obecnie zaś wyrażamy życzenie, aby Jubilat brylantowych z nauką doczekał godów.

Upominek jubileuszowy.

— D-r Michał Zieleniewski przy liście do naszej redakcji, dziękując za telegram, wysłany z okazji Jubileuszu donosi, iż na pamiątkę 50-ciu letniej rocznicy swej doktoryzacji, złożył w dniu 28-m Czerwca b. r. Komitetowi Opieki Szpitalnej dla dzieci w Krakowie, list zastawny galicyj. Towarzystwa kredytowego ziemskiego na 1000 koron z odnośnymi kuponami, przeznaczając niniejszą ofiarę, ku powiększeniu żelaznego funduszu na utrzymanie chorych dzieci Lecznicy istniejącej w Rabce.

Osobiste.

— Dowiadujemy się iż prof. Gałęzowski z Paryża wyraził gotowość objęcia katedry okulistyki w Krakowie, żądając jednak, aby czas wykładów trwał nie więcej nad 6 miesięcy w roku. W ostatniej chwili dowiadujemy się, iż porozumienie nie doszło do skutku i że Senat krakowski przedstawił na katedrę d-ra Wicherkiewicza.

— Towarzystwo okulistów Paryskich wybrało na członka korespondenta członka naszej redakcji kol. **Wł. Garlińskiego.**

Uczczenie pamięci.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie w uznaniu zasług zmarłego prof. Rydla uchwaliło umieścić w Krakowie tablicę pamiątkową, Miejsce dla tablicy nie zostało jeszcze wybrane.

— Prof. Zacharjin zbadał w tych czasach **źródła Borzomi**; ich działanie fizyologiczne. Badania te doprowadziły do wniosków podobnych, jak ogłoszone niedawno doświadczenia prof. Oboleńskiego. Mianowicie, woda ze źródła Katarzyny działa lepiej niż woda Vichy-Célestins. Wskazania są też same co dla tej ostatniej; zdroj Eugenii ma własności wody Ems. (Jużn. Med. Gaz. 20).

— Lombrozo zestawil następujących **wielkich ludzi o nader matym wzroście**: Filopomenas, Narseus, Aleksander W., Aristoles, Plato, Epiku-

rus, Chrisipus, Laertius, Archimedes, Diogenes, Ipponaksus, Epiktetes, Erasmus e Rotterd, Linneusz, Gibbon, Spinosa, Montaigué, Pope, Mézerey, Lalande, Beccaria, Lulli, Cujas, Napoleon, Balzak, Thiers, Louis Blanc, Meissonier. (J. d. M. d. P. 20).

— Lancet zaznacza następujący **szczyt pośpiechu chirurga Hally**. Przyjechawszy do odległej wioski w Indyach zastał tam taką masę chorych, że w ciągu 6-cio dniowego pobytu zrobił 167 operacyj, z których 69 wyluszczenia katarakty i zbadal 594 chorych.

Z M A R L I:

— Dnia 8 b. m. zmarł ś. p. **Józef Stummer**, doktor medycyny, powszechnie znany lekarz-praktyk Warszawski.

Zmarły pochodził z Krakowa, gdzie ojciec jego początkowo zajmował stanowisko profesora uniwersytetu, potem zaś Naczelnego Lekacza wojsk polskich.

Ś. p. Stummer rozpoczął działalność lekarską w Warszawie, gdzie szybko bardzo jako zdolny i sumienny lekarz zasłynął. Przez czas pewien był ordynatorem szpitala Ewangelickiego, na stanowisku tem jednak długo nie pozostawał.

Zmarły, jako członek Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego czynny w pracach jego udział przyjmował, między innymi przedstawił projekt ustawy „Towarzystwa ratunkowego,” który za wzór tego rodzaju towarzystw służyć może.

Instytut poprawy moralnie zaniedbanych dzieci w Mokotowie ma bardzo dużo do zawdzięczenia ś. p. Stummerowi, był on bowiem nie tylko jego lekarzem, ale prawdziwym opiekunem i gorącym protektorem.

Ze śmiercią Stummera ubywa nam znowu jeden ze starszej generacji lekarzy, który był zawsze dobrym i zacnym kolegą i sztan-dar godności stanu lekarskiego nader wysoko nosił zawsze.

Jako człowiek Stummer obok wymienionych zasług posiadał jedną jeszcze zaletę: skromność i oddanie się całkowite na usługi społeczeństwa. To też pamięć o nim zarówno wśród społeczeństwa jak i lekarzy żyć będzie długo. H. K.

— **Dr Wł. Matlakowski**. Życiorys podamy w jednym z następnych zeszytów.

— **H. Zajkowski**, wychowaniec byłej Akademii Wileńskiej, zmarł w 78 r. życia. Ostatnimi laty zamieszkał w Wilnie.

— **A. Podolski**, poprzednio praktykował w Piotrkowie, ostatnio w Warszawie. Od 2-ch lat złożony niemocą przebywał w Tworkach.

— **W. Micewicz**, wychowaniec wszechnicy Dorpackiej, w 38 r. ż. w Łodzi, gdzie chlubnie wykonywał praktykę lekarską.

— Słynny chirurg francuski **Verneuil** w 72 roku życia zmarł w Paryżu.

— **v. Ried**, jeden z najstarszych chirurgów niemieckich.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

Dr med. H. Higier. O tak zwanym ostrym ograniczonym obrzęku skóry. Odb. z „Medycyny.”

I. M. Dąbrowski. Materiały dla dietetiki konjaka. Dyss. na stop. Dra med. S.-Petersburg 1895.

Dr med. H. Higier. Acutes. u. chron. Oedem b. manchen Neurosen insb. bei Hysterie. Odb. z St.-Peters. Med. Woch. 1894.

Dr med. H. Higier. O halucynacyach jednostronnych. Odbitka z „Gaz. Lek.”

J. Schwajcer. Ein Beitrag z. path. Anatomie d. Flectyphus u. d. Cholera. Odb. z Prag. Med. Woch.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Maksymilian Warszawski. Obecnie panujące poglądy na powstawanie torbieli w pochwie i na przebieg kanałów Gärtnera, 417.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Chirurgia.** 178. Schulze (Wirtenberg). O torbielach skórzastych pozaprostnicowych i o sposobie ich wyluszczenia, 428.—179. Dr Leopold Casper. Cewnikowanie moczowodów, 431.—180. Prof. P. Bruns. Przyczynek do usypiania eterem, 433.

II. **Choroby kobiet.** 181. A. Dührsen. Otwieranie jamy brzusznej przez pochwę, 433.—182. Dr E. G. Ortman. Salipyrina w krwotokach macicznych, 435.

III. **Choroby gardła, krtani i uszu.** 183. Avelles. Kilka klinicznych uwag w kwestyi ropotoków zatoki Highmora, 436. — 184. Bacon. Przypadek ostrego ropnego zapalenia ucha średniego i zajęcia wyrostka sutkowego, powikłany cukromoczem i t. zw. różą białą skóry, pokrytej włosem, 437.—185. H. Mackenzie. Przypadek porażenia połowicznego krtani, uwarunkowanego złośliwym brodawczakiem mózgu, 438.

IV. **Choroby oczu.** 186. L. Bach. O zawartości drobnoustrojów w worku łącznicy, o wpływach przyrodzonych i sztucznych tamże na nie działających, oraz o przeciwnilnej wartości maści ocznych, 438. — 187. Guibert. O leczniczym znaczeniu usuwania zmian patologicznych w jamie nosogardzielowej w cierpieniach narządu wzrokowego, 440.

VI zjazd ginekologów niemieckich, 442.

ODCINEK:

O byt lekarzy (Dokończenie), 445.

Wiadomości pomniejsze, 450.—Kronika bieżąca, 453.—Nadesłano do redakcyi, 456.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Юля 1895 года.