

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. E. Przewoski. Gynaekomastia (Gynaecomazia) (dokończenie). — II. W. Matlakowski. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych (dalszy ciąg). — *Krytyka:* E. Klinik. Die Endoskopie der Harnröhre und Blase. Dr. J. Grünfeld. — *Dział Sprawozdawczy:* 18. Najnowsze poszukiwania Bro wn - S é q u a r t'a nad znieczulającym działaniem chloroformu. — 19. Przyczynek do morfologii tworzenia się krwi w szpiku kostnym u ssących. — 20. Leczenie znacznych rozwiniętych septycznych ropień podskórnej tkanki łącznej, za pomocą licznych nacięć. — 21. Złamanie czaszki. — Wiadomości miejscowe. — Z Cesarstwa. — Zagraniczne. — Ogłoszenia.

I. GYNAEKOMASTIA (*Gynaecomazia*).

Napisał Dr. Med. **E. Przewoski.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 4).

III. Gynaekomastia powikłana hypospadią, lub też hermafrodytyzmem zewnętrznym męzkim. Obok nadmiernego rozwoju piersi, widzimy tu wadliwy rozwój zewnętrznych organów płciowych w bardzo rozmaitym stopniu. Przykłady takie podają:

25). B e d o r i T r o y e s (*Gaz. méd. de Paris. 1836. Nr. 44. pag. 690*) opisują rekruta z mocno rozwiniętymi piersiami. Prącie jego było krótkie i kanał cewki moczowej od dołu prawie do nasady moszny nie zamknięty. Jądra bardzo małe.

26). L e p e c h i n (*Nov. comment. acad. sc. imp. Petropolitaneae. Tom. XVI. 1771. pag. 525*) widział 20-letniego mężczyznę, który chciał być żołnierzem. Był on bez zarostu. Głós miał kobiecy i piersi rozwinięte jak u kobiety. Taki wygląd miała także cała okolica części płciowych zewnętrznych. Prącie było długie na 2½ cala. Cewka moczowa od dołu zupełnie nie zamknięta, moszna rozszczepana. Każda połowa moszny zawierała małe jądro. Starszy brat tego mężczyzny miał również kobiece piersi i podobnie zbudowane organa płciowe. Rodzice byli dobrze zbudowani.

27). S t o r e r (*u Baillie. Traité d'anat. pathol. du corps humain, trad. p. Ferral. Paris 1803. pag. 399. note.*) opisuje 24-letniego mężczyznę, który uważał się za kobietę i ubierał się po żeńsku. Nigdy nie miał miesiączki i wyglądał jak mężczyzna. Był bez zarostu. Piersi takie jak u kobiety. Prącie bardzo małe. Cewka moczowa od dołu zupełnie nie zamknięta, moszna rozszczepana na dwie połowy, podobna do większych warg sromnych u kobiety. Małych warg brakowało. Pomiedzy połowami moszny zagłębienie ślepe, mające pozór pochwy żeńskiej, na 2 cale głębokie i na przedniej ścianie tegoż, jak u kobiety, otwierała się cewka moczowa. Indywiduum to miało popęd do jednej i drugiej płci.

28). W o r b e (*Dict. des sc. méd. Tome 21. art. „Hermaphrodite“ pag. 90*)

opisuje człowieka, który miał się za kobietę, i dopiero w 22 roku życia na drodze sądowej został uznany za mężczyznę. Rodzice uważali go także za kobietę, nazwali Maryją Małgorzatą i odpowiednio wychowywali. W 13 lub 14 roku życia w jednej i drugiej pachwinie pokazały się u niego miękkie guzy (jądra), które chirurgowie uważali za przepukliny i leczyli opaskami. W 23 roku rozwinęły się piersi jak u kobiety. Ciałośkład tego człowieka był silny, skóra biała, na twarzy nie wielki zarost. Głos i miednica męzkie. Prącie bardzo mało rozwinięte; cała cewka moczowa od dołu i moszna rozszczepane. Każda połowa moszny, zupełnie podobna do wargi sromnej kobiety, zawierała jądro. Cewka moczowa otwierała się pod osadą prącia na 1½ cala przed odbytem.

29). A. Foerster (*Missbildungen — Jena 1861, pag. 152 i 154*) widział w 1859 r. 22-letnie indywiduum, dobrze rozwinięte, zupełnie kobiecego wyglądu. Mężczyzna ten był bez zarostu, z głosem kobiecym, z mocno rozwiniętymi, pełnymi gruczołami piersiowymi. Miednica szeroka. Prącie bardzo małe, podobne do łechtaczki. Moszna rozszczepana i w każdej połowie małe jądro z przyjadrzem i przewodem nasiennym. Przy podstawie prącia w szparze pomiędzy połowami moszny, otwór cewki moczowej. Mężczyzna ten był uważany i wychowany za kobietę. Nigdy nie okazywał najmniejszego popędu płciowego.

30). Ricco (*Cenno Storico su di un Neutro-Uomo pag. 5—7, także: Leopold — Ein männlicher Scheinzwitter. — Arch. f. Gynaekologie Bd. 8. 1875. pag. 495*) opisuje 80-letnie indywiduum, które całe swoje życie przepędziło jako kobieta i jako taka była zameżną. Był to człowiek dobrego ciałaśkładu, z długą szyją, obszerną klatką piersiową i dobrze rozwiniętymi gruczołami mlecznymi. Twarz jego przedstawiała coś pośredniego pomiędzy twarzą męską a żeńską. Miednica i kończyny tak rozwinięte i takiej wielkości jak u mężczyzny. Zewnętrzne organa płciowe miały wygląd zupełnie kobiecy. Wejście do pochwy bez listków myrtowych (*carrunculae myrtiformes*). Kanał pochwy około 6 ctm. długi, bez zmarszczek poprzecznych, kończył się ślepo. Macicy i jajowodów nie było. Przeciwnie, wewnętrzne organa płciowe były męzkie. Oba jądra znajdowały się w okolicy łonowej i były naturalnej wielkości. Powrózki nasienne, ze względu na swój skład, jako też ze względu na początek i przebieg naczyń były prawidłowe. Przyjadrza przedstawiały się pomiędzy pęcherzem moczowym i sklepieniem pochwy. Głos tego indywiduum był wysoki, charakter kobiecy i kobiece zajęcia. Miesiączki nigdy nie było.

31). Zupełnie podobny przypadek, chociaż nie stwierdzony pośmiertnem badaniem ciała, przedstawia Leopold (*Arch. f. Gynaekologie Bd. 8. pag. 487*). Obserwował on 50-letnie indywiduum, które od 25 lat jako kobieta wyszło za mąż, lecz nigdy nie rodziło, nie miesiączkowało, ani nawet nie doświadczało tego, co nazywają *molimina menstrualia*. Żyło ono jednak zupełnie szczęśliwie ze swym mężem. Indywiduum to miało dwie zupełnie podobne siostry.

Wargi większe były małe, lecz rozwinięte dobrze — wargi małe słabo rozwinięte. Łechtaczka nie wystająca, z cienkim napletkiem. Cewka moczowa jak u kobiety, na zwykłym miejscu. Przy wejściu do pochwy małe *carrunculae myrtiformes*. Kanał pochwy około 8 cent. długi i zakończony ślepo. Ani śladu

macicy. Za to w górnej części większych warg znajdowały się ruchome, okrągłoidalne symetryczne ciała, na wewnątrz od nich leżały ciała dodatkowe, na wzór przyjądrzy i wyżej twór sznurkowaty, jakby przewód nasienny (*vas deferens*).

Budowa tego indywiduum była typu kobiecego. — Głos wysoki, twarz bez zarostu. Zajęcia czysto kobiece. Nigdy żadnego pociągu do kobiet.

32). *Steglehner* (*De hermaphroditorum natura. Bamberg und Leipzig 1817. pag. 120* — także *Leopold: Arch. f. Gynaekologie Bd. 8. pag. 497*) opisuje przyjemną, wysmukłą 23-letnią kobietę. Części jej płciowe zewnętrzne prawidłowe, tylko małe wargi dosyć słabo wykształcone. Pochwa wązka i zakończona ślepo. Macicy, jajowodów i jajników nie było. Natomiast w kanałach pachwinowych znaleziono dobrze rozwinięte jądra z przyjądrzami. Zaczynające się od ostatnich przewody nasienne szły za dolną część tylnej ściany pęcherza, do pęcherzyków nasiennych. Kanały wytryskowe znowu prowadziły od pęcherzyków nasiennych do ślepego końca pochwy i otwierały się w nim, za pomocą dwóch widocznych otworków.

Głos tego indywiduum był męzki. Krtać wystawała więcej niż zwykle u kobiety. Piersi dobrze rozwinięte. Kształt ciała zupełnie kobiecy. *Molimina menstrualia* wyraźne i regularnie wracały co miesiąc — lecz do odpływu krwi nie dochodziło.

Możnaby tu zaliczyć jeszcze kilka przypadków, które opisali *Giraud* (*Goffroy St. Hilaire. Histoire des anomalies II. 52*; także u *Leopolda, Arch. f. Gynaek. Bd. 8. pag. 498* i w innych miejscach), *Varole* (u *W. Grubera. l. c. pag. 25*), *W. Gruber* (*Mém. de l'acad. imp. des sc. de St. Petersbourg VII. Sér. Tome I. 1859. Nr. 13. pag. 22*) i niektórzy inni. I w tych razach piersi były znacznie powiększone, obok tak ukształconych organów płciowych, że na zasadzie ich uważano wymienione indywidua za kobiety.

IV. *Gynaekomastia cum epispadia*. Podobny wypadek opisał *W. Gruber* (*Gynaekomastie l. c. pag. 25*). Widział on w 1849 czy też 1850 roku 18-letniego młodzieńca, z mocno rozwiniętymi gruczołami piersiowymi, jak u kobiety w odpowiednim wieku. Prącie jego krótkie, małe, z rynienką i otworem kanału moczowego na górnej powierzchni. Jednocześnie moszna była rozszczepiana na dwie połowy, naksztalt żeńskich warg większych. W każdej połowie moszny wyczuwało się doskonale przesuwalne jądro. Człowiek ten, jako rekrut, był odesłany przez komisyję konskrypcyjną do kliniki prof. *Pirgowa*, dla określenia jego płci.

Oto mniej więcej cały zapas faktycznych danych, odnoszących się do naszego przedmiotu. Może dla uzupełnienia trzeba tylko jeszcze wspomnieć o tem, że czasami za gynaekomastów brano mężczyzn z innego rodzaju zmianami w okolicy sutek. Tak np. *Pétriquin* (*Gaz. méd. de Paris 1837. Nr. 42. pag. 664*; także *Anatomie topogr. Paris 1857. pag. 228*) a za nim i inni zapatrują się w ten sposób na 45-letniego człowieka, którego obserwowano w Pawii. W istocie zaś rozwinęły się u niego na miejscu sutek dwa włókniaki miękkie i jak u *Hottentota* zwieszały z każdej strony, w postaci tykwy, na 15 do 18 cali. Same gruczoły piersiowe nie przedstawiały w tym razie żadnej zmiany. Pozór gynae-

komastii może także wywołać miejscowe nagromadzenie się tkanki tłuszczowej w okolicy gruczołów piersiowych.

Z powyższego widzimy jasno czem jest gynaekomastia. Istotę tego stanu nieprawidłowego stanowi powiększenie gruczołów piersiowych, jednak mężczyźni nią dotknięci wyglądają bardzo rozmaicie. Zależy to w zupełności od tego, czy nadmierne powiększenie sutek występuje u ludzi rozwiniętych normalnie, czy też u takich, u których jednocześnie spotykają się mniej lub więcej wydatne zmiany rozwojowe w organach płciowych i krtani. Co się tyczy ostatnich, to te ograniczają się zawsze tylko do tego, że krtan u mężczyzny zatrzymuje się na tym stopniu rozwoju jak u kobiety. Zmiany zaś organów płciowych raz przedstawiają się jako niedostateczne wykształcenie pod względem wielkości, drugi raz — jako głębokie zmiany rozwojowe, dochodzące aż do tych zbroceń, które anatomowie uważają za cechę dwupłciowości.

W każdej, prostej czy powikłanej gynaekomastii nadmierny rozwój sutek przychodzi powoli, dopiero w okresie dojrzałości płciowej, a więc tak jak u kobiety. Wyjątki od tego pravidła wszakże są dosyć liczne i tak np. w przypadku W. G r u b e r'a (zob. 7), gruczoły piersiowe zaczęły się powiększać dopiero około 63 roku życia, w przypadku C o u t a g n e'a w 10 roku (zob. 3), w przypadku A n s i a u x (zob. 5), w 13 roku życia i t. d.

Trudno jest bliżej oznaczyć przyczyny gynaekomastii. Z przytoczonej wyżej kazuistyki widać, że stan ten udziela się niekiedy dziedzicznie (zob. 14). W innych przypadkach, gdy w pewnej rodzinie, złożonej z ludzi zupełnie zdrowych, naraz kilku synów pojawia się z opisanymi poprzednio wadami rozwojowymi, to przyczyny szukać chyba należy w jakichś nieprawidłowych warunkach w organach rozplodczych rodziców. Czasami powiększenie gruczołów piersiowych miało być skutkiem przyczyn wypadkowych. C o u t a g n e w swoim przypadku (zob. 3) uważa za przyczynę rozrostu sutki uderzenie pięścią. Utrzymują także, że niekiedy mocne i długotrwałe drażnienie gruczołów piersiowych przez ssanie, jest w stanie pobudzić je do znacznego rozrastania się. Dowodem tego są ci mężczyźni, którzy mieli karmić swoje dzieci. Są jeszcze przypadki, w których powiększenie gruczołów piersiowych, objawiało się po zaniku jąder. Przytoczyć tu można np. takie spostrzeżenia:

a) Aug. V i d a l (de Cássis) (*Path. externe 1861. Tome 4. pag. 57*) widział człowieka, u którego po długim cierpieniu wenerycznym jądra zupełnie zanikły. Skutkiem tego chory tak się zmienił, że powoli przyjął wiele zewnętrznych oznak kobiety. Wszystkie kształty się zaokrągliły i rozwinęły się gruczoły piersiowe.

b) C h a s s a i g n a c (*Jaccoud. Nouv. dict. de médecine. Tome 21. pag. 591. 1875*) opisuje 27-letniego mężczyznę, u którego w ten sposób miała się rozwinąć gynaekomastia następcza. W 22 roku życia był on dość silny, miał zarost na twarzy i wszelkie inne oznaki męskości. W tym czasie skutkiem przymiotu dostał dwustronnego zapalenia jąder i stopniowo zaczął przybierać cechy kobiety. „Skóra zbladła, włosy stały się długie, broda wypadła, głos przybrał cechy głosu żeńskiego i rozrosły się gruczoły piersiowe“.

c) Gorringe (*Prov. journ. III. 1846* — wspomniane u Klebs'a *l. c. pag. 1167*) widział powiększenie gruczołów piersiowych, po zaniku jąder, skutkiem cierpienia mlecza pacierzowego.

d) Galliet (*Gaz. méd. Mai 1850.* u Klebs'a *l. c. pag. 1167*) skutkiem pierwotnego raka przyjądrza. Podobnych obserwacji możnaby przytoczyć jeszcze więcej. Czy jednak w spostrzeżeniach tych właściwie związane ze sobą widziane zjawiska? Należy tu być bardzo ostrożnym w tłumaczeniu faktów, bo wiemy np. że u kastratów nie bywa powiększenia sutek, że nie obserwowano tego także u skopców, u kastrowanych zwierząt i t. d.

Cokolwiekbądź z powyższego jasno wynika, że gynaekomastia jest zawsze stanem nabytym. Nie widziano jeszcze nigdy nowo-narodzonych chłopców z mocno rozrosłymi sutkami. Jednak zdaje się niezawodną rzeczą, że te same przyczyny, które w jednym przypadku mogłyby wywołać powiększenie gruczołów piersiowych u mężczyzny, w innym pozostałyby bez żadnego rezultatu, że zatem u niektórych mężczyzn istnieje do tego pewne usposobienie, nabyte dziecinnie lub przypadkowo. Usposobienie to wyraża się niekiedy małym powiększeniem się jednego lub obu gruczołów, już u noworodka (zob. 5, 8).

Co się tyczy natury powiększonych gruczołów sutkowych u mężczyzn, to z dokonanych dotąd badań mikroskopowych (tylko Gruber'a i moich) wynika, że gruczoły te, pod względem budowy, nie przedstawiają żadnej istotnej różnicy od prawidłowych gruczołów kobiet. Cała różnica polega na tem, że włóknista tkanka łączna, wchodząca w skład podścieliska, jest nierównie więcej zbitą i że części nabłonkowe są rozwinięte stosunkowo bardzo mało. Czy tak bywa także i u tych mężczyzn, którzy wydzielali dużo mleka, powiedzieć nie można, gdyż u nich gruczoły badane były makroskopijnie.

Z ogólnego punktu widzenia, zdaje się, że trzeba uważać gynaekomastję, za najniższy stopień dwupłciowości, u indywiduum bowiem, które przedstawia wszystkie cechy mękości, przybywa powiększenie gruczołów piersiowych, właściwe tylko płci żeńskiej. W miarę tego jak do prostej gynaekomastii przyłączają się większe lub mniejsze nieprawidłowości w budowie organów rozrodczych męskich, objawy charakterystyczne dla jednej i drugiej płci mogą mieszać się na jednym indywiduum coraz bardziej. Wspomniany przymiot dwupłciowości objawia się bardzo wybitnie w całym ustroju i usposobieniu gynaekomastów. Są to po większej części ludzie fizycznie słabi, o bladej cienkiej skórze, bez zarostu, z kobiecym głosem. Tułów i kończyny ich są, w znacznej liczbie razy, zbudowane podług żeńskiego typu i wszystkie kształty ciała zaokrąglone. Miednica nawet bywa niekiedy bardzo obszerną. Budowa podług typu żeńskiego i obszerna miednica stanowią prawie stałe zjawisko wówczas, gdy zewnętrzne organa płciowe, przy pierwszym wejrzeniu, przedstawiają pozór kobiecy.

W charakterze gynaekomastów także przebijają wiele rysów kobiecych. Są oni pospolicie łagodni, powolni, a czasami okazują szczególną skłonność do zajmowania się robotami kobiecymi. Umysł ich najczęściej nie jest bardzo rozwinięty. Pociąg do płci żeńskiej zwykle słaby, a czasami prawie żaden. Jeżeli zaś organa płciowe zewnętrzne mają wygląd żeński, to indywidua te zupełnie

uwazają się za kobiety. Rzecz dziwna, że wówczas uczuwają oni pociąg płciowy do mężczyzn, wychodzą za mąż i, o ile to wiadomo, jako żony zachowują się bardzo przykładowie (np. zob. 30, 31). Naturalnie, że nigdy nie miesiączkują i nie rodzą dzieci. Jednak wyraźne, i regularnie wracające *molimina menstrualia* obserwowane były raz u mężczyzny z powiększonymi sutkami (zob. 32).

Gdy organa płciowe zewnętrzne są zbudowane tak, iż mogą być zdadne do spółkowania, to gynaekomaści okazują niekiedy dosyć znaczny pociąg płciowy. Wówczas i płodność ich może być dosyć duża (zob. 8), przyczem przekazywanie wady ustrojowej dzieciom nie zawsze ma miejsce. Najczęściej jednak indywiduala te giną bezpotomnie. Następuje to albo skutkiem niedołożtwa płciowego, albo skutkiem tego, że ich organa rodne zbudowane są w ten sposób, że nasienie, jeżeli się i wydziela, nie może być wprowadzone do pochwy kobiecej.

Powiększone gruczoły sutkowe u gynaekmastów prawie zawsze wydzielają więcej lub mniej płynu serwatkowego, żółtawego lub mlecznego. Ze względu na skład chemiczny, o ile dotąd badano, płyn ten był podobny do mleka. Wydziela się on mimowolnie, lub też za pociśnięciem gruczołów. Mimowolne wydzielanie się bywa najobfitsze w epoce dojrzewania płciowego. Temu wydzielaniu się mleka, a także i wzrostowi gruczołów, towarzyszy dosyć pospolicie uczucie swędzenia. W ogóle powiększone gruczoły sutkowe mężczyzn stanowią organ niezmiernie drażliwy. Czasami lekkie wstrząśnienia, jakie bywają przy chodzeniu, przy jeździe i t. d. są, dla gynaekomastów nie do zniesienia. Jeden z nich, który był furmanem, dla uchronienia się od dolegliwych w takim razie cierpień, zmuszony był przymocowywać nieruchomo swe piersi do klatki piersiowej. U wielu innych powiększone sutki były siedliskiem tak mocnych bólów newralgicznych, że domagano się koniecznie ich amputowania.

Samo się przez się rozumie, że nadmiernie rozwinięte gruczoły piersiowe łatwiej niż normalne mogą ulegać rozmaitym zmianom patologicznym. Fakta potwierdzają to w zupełności. Najpospoliciej jednak gynaekomaści umierają skutkiem cierpień niezależnych od ich wady rozwojowej.

Dla praktycznego lekarza znajomość gynaekomastii, oprócz czysto naukowego interesu, ważną jest z dwóch względów. Najprzód mężczyźni z powiększonymi gruczołami sutkowymi, z powodu cierpień tychże gruczołów, częściej niż inni potrzebują zwykłej porady lekarskiej i powtórnie—mogą być przedmiotem różnych sądowo-lekarskich dochodzeń.

Choroby powiększonych gruczołów piersiowych mężczyzn leczą się tak samo, jak analogiczne cierpienia piersi u kobiet. Sądowo-lekarskie zaś dochodzenia mogą mieć miejsce w następujących razach:

a) W sprawie zdecydowania płci, np. w wypadku potrzeby rozstrzygnięcia: czy dane indywidualum zdolne jest wejść w związki małżeńskie, przy odziedziczeniu majoratów i t. d.

b) W sprawie zakwestyjonowanej zdolności płciowej.

c) W sprawie o zaspokajanie czynności płciowych w sposób wykraczający przeciwko naturze.

d) W sprawie zdolności lub niezdolności do służby wojskowej.

Co do 1-go punktu, to sprawa o zdecydowanie płci tylko wówczas może

mieć miejsce, gdy dane idywiduum, oprócz powiększenia gruczołów piersiowych, przedstawia jeszcze inne bardzo ważne zmiany w ukształceniu zewnętrznych organów płciowych. Trudność rozstrzygnięcia tego pytania jest różną w rozmaitych wypadkach; niekiedy należy ona do największych, jakie lekarz sądowy w swej praktyce spotkać może. Postaram się rozebrać to szczegółowo w oddzielnym artykule o hermafrodytyzmie, tu zaś ograniczę się tylko do paru uwag. Nie prowadzi w tym razie do celu zwrócenie uwagi na wygląd ciała, na obecność lub brak zarostu na twarzy, na obecność lub brak dużych gruczołów piersiowych, na wielkość miednicy, na obecność lub brak małych warg sromnych, na jakość zarostu na częściach płciowych, na wielkość krtani i jakość głosu, na charakter osoby, na skłonność jej do pewnych zajęć, na jakość popędu płciowego i t. d. Przeglądając wyżej przytoczoną kazuistykę, zobaczymy u mężczyzn wszystkie te cechy, które zwykle widzimy tylko u kobiet. Do pewnych znaków należy przedmiotowe wykazanie obecności lub nieobecności jąder i badanie wydzielin organów płciowych (choćby jako plam na bieliznie). Jąder szukać należy w połowach rozdwojonej moszny. Rozpoznawać je trzeba ostrożnie, gdyż owalno-jajowate ciała, wymacywane w głębi każdej połowy moszny, łatwo można wziąć za jajniki, zawarte w workach przepuklinowych (w większych wargach sromnych), za odpowiednie co do wielkości worki przepuklinowe o zgrubiałych ścianach, za gruczoły limfatyczne, za zgrubiałe końce więzów okrągłych i t. d. Odróżnić jądra od tych tworów można przez wymacanie przyjądrzy i sznurka nasiennego, co udaje się z tego względu, że obie połowy rozszczepanej moszny podobnie jak i moszna sama, nie zawierają tłuszczu. Łatwo pojąć, o ile utrudnia się wykazanie obecności jąder jeżeli np. u badanej osoby zdarzy się cryptorchia. Wówczas uciec się należy do badania wydzielin organów płciowych. Dowiedzenie obecności nasienia rozstrzyga sprawę. Z drugiej strony, u osobników męzkich nie bywa nigdy miesiączki, chociaż obserwowane były *molimina menstrualia*.

Co do drugiego punktu, to pamiętać należy, że każdy, który tylko wydziela nasienie więcej lub mniej prawidłowego składu i który jest w stanie złożyć to nasienie choćby do najniższej położonego odcinka pochwy, już może zapłodnić kobietę. Małe prącie nie wyłącza możliwości zapłodnienia. Trudniej następuje zapłodnienie przy *hypospadii* lub *epispadii*. Przy wysokim stopniu *epispadii* nigdy dotąd nie widziano możliwości zapłodnienia, przy znacznej znowu *hypospadii* tylko wówczas może ono mieć miejsce, gdy rozszczepanie cewki moczowej nie dochodzi do samej nasady prącia. Stała niemożność naprężenia prącia, jaka czasami bywa u gynaekomastów, i jakiej dowieść bardzo trudno, wyłączałyby możliwość zapłodnienia.

Co do trzeciego punktu, to każdy, obeznany z prawem karnem, wie co za różnica wynika dla pewnego osobnika, uważanego za kobietę i obwimanego np. o *amor lesbicus*, gdy się dowiedzie że jest ono mężczyzną. — Cała postać rzeczy odrazu się zmienia. Zamiast na wielką karę zasłuży on tylko na karę za cudzołóstwo.

Co się tyczy nakoniec zdatności lub niezdatności gynaekomastów do służby wojskowej, to w tym względzie zdania autorów są podzielone. Niektórzy

uważają ich za zupełnie niezdatnych i być może, że mają oni słuszność. Sama obecność nad miarę powiększonych gruczołów piersiowych nie mogłaby stanowić zawady w służbie. Ważniejszą przeszkodę tworzy wielka drażliwość rozrosłych sutek. Ostatnia okoliczność robi niezmiernie uciążliwym dla gynaekomastów noszenie obcisłego munduru wojskowego, uzbrojenia i pakunku. Oprócz tego co powiedzieliśmy, wiadomo, że mężczyźni z powiększonymi sutkami są to prawie zawsze indywidua fizycznie słabe, łatwo się męczące, a więc nie bardzo usposobione do znoszenia trudów życia wojskowego. Jeżeli u gynaekomastów są także zmienione zewnętrzne organa płciowe, to tem więcej stają się oni niezdatnymi do służby wojskowej. Musieliby bowiem albo stale i starannie ukrywać swe wady rozwojowe, albo też byłiby wystawieni na ciągłe naśmiewania się swoich, wesółych współkollegów. Osobliwie odnosiłoby się to do tych, którzy przy wysokim stopniu hypospadii oddają moc „à la manière de femmes,” jak się wyraża Geoffroy St. Hilaire.

Już po wydrukowaniu mej pracy dowiedziałem się, że o gynaekomastyi pisał po polsku Dr. J. Talko (Słówko o gynaekomastyi — Klinika z 1869 roku). Widział on 30-letniego żołnierza, u którego prawa sutka z powodu wielkości i wyglądu przypominała pierś 16-letniej dziewczycy. Można w niej było wyczuwać ziarnistość zrazikową. Rosła ona powoli przez 1½ roku i zaczęła się rozwijać prawdopodobnie skutkiem jakiegoś ogólnego spuchnięcia (?) przedniej części prawej połowy klatki piersiowej. Organa płciowe i krtan były zbudowane prawidłowo. Jest to więc wypadek gynaekomastyi prostej jednostronnej prawej.

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

Podał Dr. **W. Matlakowski**.

Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 114).

Od tych praktycznych wyników przejdźmy do strony teoretycznej metody przeciwnilnej. Nowsze prace, jak Naegeli'ego, Buchner'a, Koch'a, przytoczona wyżej praca Frisch'a (3) i Wernich'a, wykazały, że własności grzybków, ich życie, przy bliższym poznaniu, inaczej się dziś przedstawia, niż wtedy, kiedy Lister doskonalił swój systemat opatrunkowy. Badania wykazały nieprzewidzianą żywotność schistomycetów, dla zniszczenia których potrzeba nadzwyczaj energicznego i bardzo skomplikowanego postępowania, tak że nawet pod opatrunkiem Lister'a, nałożonym bez zarzutu, znajdowano zarodki *coccobacterium*, a zatem, że podane środki nie wystarczają. Zmiana frontu ze strony wroga wymaga zmiany postępowania i z naszej strony. Mikulicz (6) zastanawia się specjalnie nad jednym punktem nasuwających się wątpliwo-

ści, które wymienione prace *Trendelenburga* i *Brunsa* zdają się rozstrzygać, a mianowicie nad znaczeniem *spray'u*.

Zanim jednak wraz z *Mikuliczem* wejdziemy na tor jego rozważania, pozwolę sobie zrobić nieznaczne zboczenie, a to w celu lepszego zrozumienia jego pracy. Świetne doświadczenia *Tyndalla* nad powietrzem miejskiem, wiejskiem, z nad śnieżnych szczytów albo z nad modrego morza, w czasie upału i posuchy lub po deszczu, wykazały nadzwyczajne różnice i stopniowania co do jego czystości. Po doświadczeniach *Pasteur'a* można powiedzieć o zarodkach grzybkowych to samo, co *Tyndall* dowiódł o drobnych pyłkach, krążących w atmosferze. Ich ilość jest w rozmaitych miejscach i stanach powietrzni nader rozmaita, lecz jakkolwiek bądź by było, milijony ich otaczają nas do koła, mnóstwo ich wraz z powietrzem wchodzi i wychodzi z płuc naszych przy oddechaniu, mnóstwo ich spożywamy z pokarmami i pijemy z płynami, na powierzchni których się unoszą, a wnosząc z tych ostrożności i procedur, do jakich fizycy i chemicy przy swoich doświadczeniach się uciekają, gdy się chcą pozbyć cieniutkiej warstewki powietrza, przylegającej do każdego przedmiotu, możemy być przekonani o bezsilności naszej w usiłowaniach absolutnego pozbycia się tych nieproszonych gości. Nigdzie i nigdy ich nie brak — i tą myślą przejęci byli chirurgowie, którzy podają najsurowsze przepisy o *spray'u*, w ich mniemaniu dzielnej broni przeciw krążącym około nas miryjadom zarodników. Z tego punktu widzenia przepisy ich i żądania nie mogą być uważane za przesadzone, aczkolwiek nie jednego uderzać mogą swoją pedanteriją. Doskonale ona się maluje w następującej przypowieści, w której *Nussbaum* (7) stawia *desiderata*, w kształcie zarzutów, robionych młodemu chirurgowi, skarżącemu się na złe wyniki metody *Lister'a*. „W postępowaniu pana zauważyłem ni mniej ni więcej tylko 5 błędów, a mianowicie:

- 1) Niedokładnie obmyłeś pan sobie ręce kwasem karbolowym.
- 2) Nie oczyszciliś pan pola operacyjnego z brudu i tłuszczu.
- 3) Dotknąłeś się dwa razy rany zgłębnikiem, który poprzednio nie leżał w roztworze kwasu karbolowego.
- 4) W czasie operacji raz *spray* przestał działać, a pan przez ten czas nie nakryłeś rany kompresem zmoczonym w kwasie karbolowym.
- 5) Założony dren był za długi, przeto oba końce, wystające z rany, zostały przez opatrunek załamane.
- 6) Kilkakrotnie trzymałeś pan swoje ręce między *spray'em* i raną, a tem samem przeszkadzałeś zetknięciu mgły karbolowej z raną.
- 7) Nie obmyłeś pan wcale *silk'u* wodą karbolową, a przecież takowy mógł na powierzchni swojej unosić zarodki, znajdujące się w atmosferze.
- 8) Nałożyłeś opatrunek tak, że istnieje swobodny dostęp powietrza od góry i od dołu.
- 9) Cały opatrunek jest zamały w stosunku do swego przeznaczenia: nie może on wydzielić nie przepuścić, wessać i zdezynfekować. Jestem przekonany, że najdalej za parę godzin wydzieliną zacznie się zbierać i rozkładać na dolnym brzegu opatrunku.

Wobec takich wymagań, rzadko który chirurg nie uderzy się w piersi i dla

tęgo też słusznie zwrócono się do wyjaśnienia roli powietrza w zakażeniu i spowodowania go z tej wszechmocy do rozmiarów, wykazanych przez doświadczenie. Mikulicz tedy stawia sobie najprzód pytanie: „Jakie znaczenie posiada powietrze między roznosicielami zarazy na rany?“ Chcąc zdać sobie jasno sprawę z roli powietrza w tej sprawie, autor opiera się na pracach Billroth'a, Naegeli'ego, Buchner'a, Cohn'a, Koch'a, Weigert'a, Frisch'a, Wernich'a i innych, przeto i my, którzyśmy podjęli pracę poznajomienia polskiego czytelnika ze stanem kwestyi, pójdziemy za autorem tak, jak on streszcza obecny stan sprawy. Faktem jest, na który wszyscy dotychczas badacze zgadzają się, że powietrze działa na rany, przez unoszące się w nim niższe organizmy. Organizmy te zaś działają dwojako: 1) czysto mechanicznie drażniąc i niszcząc tkankę [doświadczenia ze szczepieniem na rogówce np. Frisch (3)], 2) chemicznie, gdyż produkty zmiany materji, powstające przy ich życiu, szkodliwie wpływają na organizm; między temi wytworami mogą znajdować się jady (*specifische Infektionsstoffe*). Temu działaniu przeciwstawia się żyjąca tkanka, dzięki reakcyi której rezultaty są nader różne. Każdemu eksperymentatorowi wiadomo, jak rozmaicie zachowuje się kot i królik (mięso — i roślinożerne zwierzę). Dalej — rezultat zależy od wieku, płci, konstytucyi. W tym względzie statystyka Volkmana wykazuje, że przy użyciu metody przeciwnilnej wiek chorego nie ma wpływu na zejście amputacyi, to jest, że metoda przeciwnilna zastępuje do pewnego stopnia energję ustroju. Z drugiej strony są pewne stany (*Diabetes, Scorbut*, i inne charactwa), które tak zmniejszają odporność organizmu, że i bez rany zewnętrznej powstają sprawy gnilne. Niemniejsza panuje różnorodność energii owej w rozmaitych tkankach; najodporniejszemi są: cała skóra, błona śluzowa, i krążąca żywa krew. Dalej rezultat działania grzybków zależy od stopnia uszkodzenia (prosta cięta rana — zmiażdżenie) i od okresu rany (świeża i pokryta ziarniną).

Biorąc pod uwagę same grzybki, działanie ich jest również nader różne zależnie od ich: 1) stanu, suche wymagają i dłuższego czasu i wygodniejszych warunków dla swego rozwoju, 2) od ich pochodzenia. Grunt, na którym grzybki żyły, nadaje im wybitne piętno: inne własności posiada grzybek, kiedy przenosi się na ranę z płynu gnijącego, a inne kiedy z czystej wody. Wyżej już (3) wspominaliśmy, jak przez przesadzenie grzybków z płynów najseptyczniejszych do cieczy rozrodczych nieodpowiednich i przez przesadzenie kilkakrotne, można znacznie osłabić i zmienić działanie grzybków. Zdaniem Buchner'a, główny wpływ przeciwnilny na tem nawet polega, ponieważ o właściwym zabiciu i zniszczeniu ich nie może być mowy. Toć pod opatrunkiem Lister'a żyją także grzybki, ale tylko owe niewinne formy, bo warunki są nieodpowiednie. Z drugiej strony grzybki, pochodzące z płynów gnijących, przenoszą ze sobą gotowe jady, które odrazu na ranie wszczynają właściwy sobie proces rozkładu. Z tego punktu widzenia dzieli M. zarodniki na bakteryje chorobne, pochodzące z płynów i ran zakażonych i z zarodki grzybkowe obojętne. Nie należy jednak ani na chwilę zapominać, że i te ostatnie mogą w przyjaznych warunkach być powodem zakażenia gnilnego, błonicowatego, lub różowatego. Zarażenie za pośrednictwem pierwszych zowie autor: *infectio per contactum*, drugie — *i spontanea*; gdy

w szpitalu powstaje jeden po drugim szereg przypadków dyfterytu, możemy przypuszczać zarażanie się za pośrednictwem grzybków dyfterytycznych, przechodzących z jednego chorego na drugiego; lecz tłumaczenie to nie wystarczy, gdy po kilku miesiącach, wolnych od błonicy, nagle pojawia się np. *diphtheritis vesicae*, po operacji plastycznej *ectopiae* pęcherza (lub sromu i pochwy po operacji przetoki pęcherzopochwowej, jakieśy to raz jeden widzieli na klinice prof. K o s i ń s k i e g o).

Z rozważenia tych wniosków płyną ważne wskazówki praktyczne. Zadaniem chirurga winno być o ile możności ułatwianie walki ustroju i tkanek z grzybkami i wytwarzanie dla nich warunków niewygodnych. Wszelkie nagromadzenie się znaczniejsze wydzieliny, kawałków obumarłych tkanek, zmniejsza wpływ żywej tkanki, która niszcząco działa na grzybki, powiększa t. z. przestrzeń martwą (*totter Raum* B u c h n e r'a), t. j. przestrzeń, na którą tkanka żywa nie może wyrzucić swego działania; zatem idzie swobodny rozwój w takiej przestrzeni grzybków, jak na trupie. Ścisłe drenowanie i roztropny nacisk zmniejszają martwą przestrzeń i okazują się dzielnymi środkami przeciwnilnymi. Takim samem ogniskiem dla grzybków staje się opatrunek, przesiąknięty wydzieliną, jeżeli nieposiada własności chemicznych przeciwdziałających ich rozwojowi.

Porównyując powietrze z innymi drogami zarażenia, przekonywamy się, że ono jest najniewinniejsze. I tak, najprzód ilość grzybków krążących w powietrzu jest, wedle wyliczeń B u c h n e r'a, mizerną w porównaniu z miliardami bakteryj, rojących się w jednej kropli płynu gnijącego. Jakie więc skromne miejsce zajmuje powietrze, w porównaniu z zarażeniem przez nieczyste ręce, bieliznę, szczypczyki i t. d.! Nadto zarodki krążące w powietrzu są s u c h e, ostatnio zaś wspomniane mokre, co stanowi ogromną różnicę w następstwach. W samej rzeczy, jeżeli przeniesiemy minimalną ilość płynu gnilnego do cieczy P a s t e u r'a, lub alkalicznego moczu, to w 6 — 8 godzin już obie cieczy zaczynają się mącić — a jeżeli wystawimy na działanie powietrza tę samą ciecz, lub mocz, to dopiero po 2 — 3 dniach stają się one tak mętne jak w poprzednim doświadczeniu. To samo przecież, co w tem doświadczeniu, znanem każdemu, dzieje się i z raną. Owa różnica czasu ma bardzo wielką wagę, bo najwygodniejsze warunki dla zagnieżdżenia się i rozplodu grzybków przedstawia rana w pierwszych godzinach; później rozpoczyna się reakcja i tkanki zaczynają walczyć.

Nasuwają się tu dwa pytania: z kąd i w jaki sposób dostają się zarodki do powietrza. Doświadczenia N a e g e l i e g o wykazują, że z płynów, a tem bardziej z cieczy lepkich, jak wydzieliny ran, przy zwykłych warunkach żadne zarodki grzybkowe nie dostają się do powietrza. Za to powietrze łatwo unosi zarodki z suchej wydzieliny: ztąd wielkie niebezpieczeństwo zagraża ranom przy manipulacjach z opatrunkami suchymi, odzieżą, a tem bardziej jeszcze przy okurzeniu, zamiataniu i t. p. sal szpitalnych. Ztąd dla nas wskazówka: czyścić stoły, podłogi, skórę i t. d. w mokry sposób, polewać je kwasem karbolowym materyjały opatrunkowe dobrze namaczać w płynie przeciwnilnym. Drugie zaś pytanie jest: w jaki sposób zarodki z powietrza dostają się do rany. Z powodu nadzwyczajnej lekkości i ciągłego ruchu powietrza trudno przypuszczać by one na ranę spadały; daleko prawdopodobniejszem jest, że płynącoło przedmiotów (resp. ran), wraz

z prądami powietrza na nich z lekka osiadają. Ztąd ważna wskazówka, że je nader łatwo za pomocą strumienia płynu przeciwnilnego zmyć można (działanie wprost mechaniczne). W ten sam sposób działa krwawienie z rany, lub ustawiczny odpływ wydzieliny (przy otwartym sposobie leczenia). Że przy cięciu, szyciu, używaniu rozszerzaczy, nitek, gąbek, i t. p. dalej pilowaniu, świdrowaniu lub odgniataniu, bez porównania większej ilości i głębiej dostają się zarodki do tkanek, niż przy prostem zetknięciu z powietrzem, to jest aż nadto widocznem. I dla tego za zasługę Mikuliczowi poczytać można, iż z teoretycznego punktu widzenia sprowadził zarażenie przez powietrze do słusznej miary. Na poparcie zaś tych wywodów przytacza jeden, ale zdaniem mojem ważny fakt: jak rzadko przy dostaniu się powietrza do tkanki luźnej (*emphysema traumaticum*) wywiera ono inny wpływ nad czysto mechaniczny! Dalej powietrze i unoszące się w nim zarodki są nieszkodliwe dla otrzewnej, jak to doświadczeniami dowiódł Wagner, a co potwierdza codzienna obserwacja przy laparotomijach. Przecież Spencer-Wells i Keith, przed zaprowadzeniem u siebie spray'u, otrzymywali bez porównania lepsze wyniki, niż inni operatorowie, posługujący się spray'em; a jeśli i oni po wprowadzeniu spray'u otrzymali rezultaty jeszcze świetniejsze, zasługa to całego opatrunku przeciwnilnego a nie jedynie tylko spray'u.

Streszczając powyższe uwagi o znaczeniu zarażenia przez powietrze, powiedzieć można, że aczkolwiek bezpośrednie zarażenie przez powietrze dowiedzionem nie jest, to jednak jest możliwem. Ale znaczenie jego dla ran było nadzwyczajnie przecenione. Powietrze w tym względzie stoi nieskończenie dalej po za innymi źródłami zakażenia. Ponieważ obojętne zarodki powietrzne nie wiele szkodzą ranie, opatrywanej przeciwnilnie, przeto zakażenie przez powietrze może odgrywać większą rolę jedynie w szpitalach. W prywatnej praktyce i na wsi znaczenie tej drogi zakażenia ran jest nieznaczące.

Rozstrzygnąwszy w ten sposób pytanie o znaczeniu powietrza dla ran, autor zadaje sobie drugie pytanie, będące celem jego pracy, mianowicie: jakie jest działanie spray'u i czy może on usunąć niebezpieczeństwo zakażenia rany przez powietrze.

Działanie spray'u jest dwojakie: mechaniczne i chemiczne. Co się tyczy pierwszego, spray na podobieństwo deszczu oczyszcza powietrze, unosząc i zabierając zeń pyłek swojemi kropelkami; przy tem ta część strumienia, która przelatuje po za ranę, wytwarza prąd obojętny dla rany, ta zaś, która skrapla się na powierzchni rany, przynosi na nią wraz z płynem uwieszone pyłki i zarodki, a zatem nie tylko nie pomaga, lecz wprost szkodzić może, zamiast bowiem szczupłej ilości grzybków, na ranę spada większa ich ilość. Kropelki osiadłe na ranie spływają po niej i spadają, zraszając ranę bezustannie, a spadając unoszą osadzone zarodki — lecz ten sam skutek osiągnąć można jeszcze snadniej, przez polewanie rany irygatorem, przy czem strumień splukuje z rany te nieliczne stosunkowo grzybki, które wilgotna rana z przepływającego powietrza zabrała.

Co się tyczy chemicznego wpływu spray'u, to jest on podwójny: z jednej strony płyn przeciwnilny stykając się z zarodkami, zmniejsza ich żywotność; kąpiąc się w deszczu karbolowym, tracą one swe niebezpieczne własności

a z drugiej strony, spray nasycza zwierchnie warstwy rany i zamienia je w grunt, niewygodny do rozwoju schistomycetów. Pierwsze działanie jest słabe, z powodu słabej koncentracji płynu przeciwnilnego, drugie — daje się całkowicie zastąpić polewaniem rany (*irrigatio*). Lecz mógłby kto zarzucić, że przy użyciu spray'u zarodniki zostają zneutralizowane jeszcze w powietrzu, przed dostaniem się na ranę, gdy tymczasem przy metodzie polewania, w stanie niezmienionym osiadają na ranie, i pozostają na niej przez pewien czas, aż do chwili polania rany płynem przeciwnilnym. Różnica ta atoli nie ma głębszego znaczenia, wiadomo bowiem że zarodki dla swego rozwoju potrzebują parę godzin czasu, przez który obojętnie się dla rany zachowują; nie wiele więc znaczy, że poleżą jakie $\frac{1}{2}$ — 1 godziny bez zetknięcia z płynem przeciwnilnym; a powtórę, jak już zauważono, działanie spray'u z powodu rozcieńczenia płynu przeciwnilnego jest bardzo słabe. Doświadczenia Mikulicza przekonywają, że spray wpływa hamująco na rozwój bakteryj (w moczu alkalicznym lub płynie Pasteur-Bergmann'a), ten zaś wpływ powstrzymujący zależy jedynie od tego, że do płynu rozrodczego dostaje się w czasie działania mgły nieznaczna ilość kwasu karbolowego. 10 epruwetek, napełnionych płynem rozrodczym (Nährlösung, Pasteur-Bergmann) wystawiono przez $\frac{1}{2}$ godziny na działanie spray'u parowego — drugie 10 tegoż samego płynu nie podlegało działaniu mgły; następnie do wszystkich 20 epruwetek dodano po kropli płynu, w którym były bakterje w pełnym rozwoju. W pierwszych 10 (ze spray'em) epruwetkach zmętnienie uwidoczniło się dopiero po 12 — 24 godzinach, a maximum dosięgło 8 dnia, gdy tymczasem w drugich (bez spray'u) płyn zaczął mętnieć już w 6 — 8 godzin, a maximum wystąpiło po 35 godzinach.

Tak więc spray poza obrębem szpitala jest zupełnie zbyteczny, w szpitalu zaś można go całkowicie zastąpić polewaniem. Autor usuwa jeszcze jeden zarzut, który możnaby zrobić irygacyi rany, a mianowicie zatrucie kwasem karbolowym, którego przy ostrożnem użyciu unikać można. Tak się rzecz ma z wszelkimi ranami, nie wykluczając otwarcia otrzewnej i opłucnej — a to samo co się powiedziało o ranach świeżych, należy rozumieć i o ranach granulujących, przy których w czasie zmiany opatrunku również można zastąpić spray polewaniem, pamiętając o kardynalnej zasadzie opatrunku, żeby rany w żaden sposób niedrażnić, a więc unikać wszelkiego mocnego wlewania i płukania. Nie dość na tem; polewanie przeciwnilne, chroniąc ranę od zakażenia przez powietrze, oddaje jeszcze i drugą usługę: powiększa pewność skuteczności metody. Z opisu tyle skomplikowanego postępowania, jakim jest opatrunek przeciwnilny, łatwo wniesć, o ile doskonałość metody zależy od biegłości i wprawy chirurga i jego pomocników. Najłżejszy błąd może mieć fatalne skutki, a o błąd nie trudno. Przeto wszelki środek, poprawiający błędy, jest nieocenionym. A takim jest, zdaniem Mikulicza, polewanie, które nie tylko zmywa i zobojętnia w ranie zarodki osiadłe z powietrza, lecz także oczyszcza ranę z wszelkich grzybków, które mogły być przeniesione rękami, gąbką, lub narzędziami chirurga.

Do polewania ran radzi M. brać słabe roztwory $2\frac{1}{2}$ —3% nawet 1% kwasu

karbolowego lub nawet inne środki przeciwnilne lżejsze, jak tymol, kwas borny lub salicylowy.

Zresztą nie wszędzie spray stosują z jednakową ścisłością. Podczas gdy Lister używa doskonałego spray'u parowego, działającego z odległości 1 metra, a jeśli opatrunek trwa dłużej, zakrywa ranę kawałkiem muszliny, zmaczanego w kwasie karbolowym, dla większego bezpieczeństwa, u Volkman'n'a na klinice w Halli widział Mikulicz spray'e ręczne, które nie raz przestawały działać w czasie operacyi, dobre zaś wyniki, otrzymywane na tej klinice, przypisuje obfitemu polewaniu ran roztworem kwasu karbolowego. Kuester i Schroeder w Berlinie, Keith zaś w Edynburgu używają ogromnych spray'ów parowych, które okrywają całe pole operacyjne gęstą mgłą.

(D. c. n.)

K R Y T Y K A .

Dr. J. Grünfeld. Die Endoskopie der Harhröhre und Blase. Stuttgart 1881.

Ocenil Dr. **E. Klink.**

Dr. J. Grünfeld z Wiednia, od lat kilkunastu specjalnie pracujący nad endoskopią, wydał pod przytoczonym tytułem dzieło, na które uwagę czytelników „Gazety Lekarskiej“ zwracamy.

Zadaniem endoskopii w ogólności jest badanie długich i wązkich kanałów i badanie dostępnych jam.

Przedewszystkiem więc endoskopia zajmuje się badaniem błony śluzowej cewki moczowej i pęcherza, tak u mężczyzn jak i u kobiet, tak w stanie zdrowia, jak i choroby. Następnie endoskopia zajmuje się badaniem błony śluzowej jamy macicy, które w pewnych przypadkach, z powodu wąkości kanału szyi macicznej jest bardzo utrudnione.

Badanie za pomocą endoskopu błony śluzowej kieszki odchodowej jest daleko dokładniejsze, jak przy pomocy dotychczas używanych przyrządów.

Badanie błony śluzowej jamy nosowej, jam ran postrzałowych, jam ropni, worka napletkowego — jest już dalszem zastosowaniem endoskopii.

Endoskopia w zastosowaniu do organów moczopłciowych, aczkolwiek dopiero jest w okresie początkowego rozwoju, jednak dotychczas już wiele przyczyniła się do zmiany naszych pojęć o procesach chorobowych, odbywających się na błonie śluzowej cewki moczowej i pęcherza, prócz tego — co należy uważać za rzecz bardzo ważną — przy pomocy endoskopu możemy stosować daleko racjonalniejsze leczenie, jak to dotychczas miało miejsce.

Z drugiej strony przyznać należy, że z powodu trudności, jakie napotykamy przy badaniu cewki moczowej i pęcherza za pomocą przyrządów i trudności oceniania zmian chorobowych na błonie śluzowej tych narządów — stosowanie endoskopu nie jest tak rozpowszechnione, jak by sobie życzyć należało.

Dla tego uważamy dzieło Dr. Grünfeld'a za rzecz bardzo pożyteczną i na czasie — tem bardziej że autor opracował przedmiot z całą gruntownością i znajomością przedmiotu i zawarł w dziele swoim wszystko, cokolwiek o endoskopii dotychczas było wiadomem.

Niepodobieństwem jest dzieło to dokładnie streścić, podamy tylko w ogólnym zarysie treść jego rozdziałów — co może nie jednego z czytelników zachęci do bliższego zapoznania się z endoskopią.

Dzieło Dr. Grünfeld'a, obejmujące 15 arkuszy druku i opatrzone 22 drzeworytami i 3 tablicami chromolitografowanymi, rozpada się na dwie części: ogólną i szczegółową.

Część ogólna jest przygotowawczą i zawiera wszystko, co każdy wie-dzieć powinien, za nim zabierze się do ocenienia zmian, napotykanych na błonie śluzowej cewki moczowej i pęcherza.

W tej części (str. 1 — 66) autor podaje nam historyczny zarys rozwoju endoskopii, poczynając od Bozzini'ego, który pierwszy obmyślił przyrząd do badania cewki moczowej, aż do najnowszych poszukiwań i ulepszeń, jakich prze-ważnie sam autor dokonał.

W kilku następnych rozdziałach podaje autor opis przyrządów, służących do oświetlenia, wskazówki kiedy użyć mamy światła słonecznego a kiedy sztucz-nego — przechodzi w dalszym ciągu do opisu wszystkich przyrządów, służą-cych do endoskopowania, przez samego autora obmyślonych i dziś w powsze-chnem użyciu będących.

Następnie podaje autor szczegółowe wskazówki kiedy i jakiego przyrządu użyć należy i w jaki sposób najpraktyczniej go użyć aby otrzymać pożądaný rezultat.

Oprócz tego, w części ogólnej znajdujemy jeszcze rzecz o endoskopowaniu na fantomie, o ułożeniu chorego do badania endoskopem i o rozmaitych powi-klaniach, z jakimi przy badaniu chorych za pomocą endoskopu spotkać się możemy.

Wszystkie wskazówki, jakie autor podaje w części ogólnej, są oparte na długoletnim doświadczeniu własnem — co nadaje prawdziwie praktyczną war-tość tej pracy.

Część druga, szczegółowa, znacznie obszerniejsza (str. 67 — 240) jak część pierwsza, zawiera szczegółowy opis zmian chorobowych, napotykaných na błonie śluzowej cewki moczowej i części pęcherza i opis leczenia miejscowego tych zmian.

Autor rozdzielił część szczegółową na 2 poddziały: w pierwszym zajmuje się zmianami, odnoszącymi się do cewki moczowej, tak u mężczyzn jak i kobiet, w dru-gim zmianami pęcherza moczowego.

Przy badaniu cewki moczowej, autor opisuje prawidłowy wygląd tak cze-ści przedniej jak i tylnej błony śluzowej cewki, a w opisie tej ostatniej zawiera się opis części błoniastej, części krokowej, wzgórka nasiennego, przewo-dów wytryskujących i przewodów gruczołu krokowego.

Następnie zajmuje się autor zmianami, wywołanymi na błonie śluzowej przez tryprowe zapalenie cewki i podaje opis wyglądu tej błony przy *urethritis blennorrhoi-ca*, *membranacea*, *simplex*, *granulosa* i *herpetica*; opisuje powierzchowne obnażenia i owrzodzenia na błonie śluzowej, zgrubienia miejscowe i blizny.

W następnych rozdziałach podaje nam szczegółowe wskazówki do leczenia miejscowego tych zmian chorobowych przy pomocy endoskopu.

Osobny rozdział poświęca autor polipom cewki moczowej, których do-tychezas operował 18 przy pomocy endoskopu — nożyczkami własnego pomysłu.

Osobny także rozdział zajmuje badanie zwożeń cewki moczowej i leczenie ich za pomocą uretrotomii, dokonanej przez endoskop.

Szczegółowo opracowane są zmiany chorobowe wzgórka nasiennego, przy-czem podane są wskazówki do leczenia — które daleko są racjonalniejsze jak do-tychezas używane.

W końcu tej części podaje autor opis zmian, napotykaných przy badaniu jednego przypadku raka i jednego przypadku torbieli w cewce moczowej.

Przy badaniu pęcherza moczowego, autor przede wszystkim podaje opis normalnej błony śluzowej pęcherza u mężczyzn i u kobiet, poczem przechodzi do opisu zmian chorobowych, spostrzeganych przy niezycie pęcherza, owrzodzeniach, przetokach pęcherzo-pochwowych.

Jako dodatek do części drugiej — autor podał kilka krótkich rozdziałów, w których traktuje badanie za pomocą endoskopu jamy macicy, kiszki odchodowej, kanałów powstałych po ranach postrzałowych, torbieli jajnika i t. d.

Na końcu dzieła pomieszczone są 3 tablice chromolitografowane, na których najdokładniej są przedstawione wyglądy błony śluzowej cewki moczowej i pęcherza w stanie zdrowia i choroby, co niezmiernie ułatwić może naukę endoskopii.

Dzieło D-ra Grünfeld'a szczerze polecić możemy Szanownym Kolegom — a mianowicie specjalistom, zajmującym się chorobami organów moczopłciowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

18. Najnowsze poszukiwania Brown-Séquard'a nad znieczulającym działaniem chloroformu.

(*Gazette hebdomadaire. — Sprawozdania z posiedzeń Societé de Biologie. — Nr. 47, 48, 49 i 50. 1880.*)

Dnia 13 Listopada r. z. znakomity następca Claude-Bernard'a w *Collège de France*, Brown-Séquard, przedstawił Towarzystwu Bijologicznemu w Paryżu rezultat swych doświadczeń nad działaniem chloroformu, któremi żywo zainteresował cały świat naukowy. Zauważył on wypadkowo, że świnka morska, której puszczano krople chloroformu na kark, dostała silnego napadu epilepsyi. W celu wyjaśnienia tego faktu przedsięwziął liczne doświadczenia nad świnkami morskimi, kotami i psami, a rezultaty, do jakich doszedł, są następujące: Przy puszczeniu kropel chloroformu na skórę, występuje najpierw skurcz mięśni skórnych, a później i głębiej położonych, dalej — częstość oddechania znacznie się zmniejsza, ciepłota opada, zwierze się chwije, upada, poczem następuje zupełne znieczulenie i głęboki sen. Autor w obec Towarzystwa uspił tym sposobem kota, choć, jak wiadomo, zwierzę to zwykłym sposobem z trudnością daje się zachloroformować i natychmiast się budzi po zaprzestaniu wdechań. Po upływie godziny, a niekiedy 3 — 4, zwierzę budzi się, zaczyna się poruszać i przedstawia czasami objawy porażenia (*paraplegia, hemiplegia*) lub epilepsyi. Zwolna powraca ono do prawidłowego stanu i pozostaje tylko czas jakiś ogólna nadczułość (*hyperaesthesia*), a szczególnie na miejscu, na które puszczano krople, jeżeli doświadczenie powtarzane było kilkakrotnie na tem samym zwierzęciu. Zjawiska opisane ulegają pewnym odmianom, stosownie do tego, jakie zwierzęta użyte były do doświadczenia, główne jednak objawy, t. j. głęboki sen i ogólne znieczulenie zawsze z jednaką występują siłą. Prócz powyższych, Brown-Séquard zauważył jeszcze następujące objawy: odruchy, szczególnie po stronie, na którą działał chloroform, są znacznie zmniejszone, źrenice u kotów są zwężone, gdy tymczasem u psów znacznie rozszerzone. W akcie oddechania bierze udział przeważnie górna część klatki piersiowej, gdy tymczasem przepona najczęściej bywa porażona, aczkolwiek niekiedy istnieje wprost przeciwny sto-

sunek, tak, że główny udział w akcie oddechania przypada na rzecz przepony. Po otwarciu klatki piersiowej, Brown-Séquard przekonał się, że nerw przeponowy (*n. phrenicus*), po stronie przeciwnej działaniu chloroformu, utracił w znacznej części — a w jednym przypadku nawet zupełnie — swą pobudzalność, co również dało się wykazać i na odpowiedniej stronie przepony; przeciwnie, tak n. przeponowy, jak i części przepony, odpowiadające stronie, na którą działał chloroform, są więcej pobudzalne niż w stanie prawidłowym. Wrażliwość na prąd stały pozostałych nerwów i mięśni bywa znacznie podniesioną i trwa po śmierci dłużej niż u zwierząt, zmarłych inną śmiercią. Szczególniej jest to widoczne na nerwach świnek morskich, w których pobudzalność utrzymuje się jeszcze całą godzinę po śmierci, gdy tymczasem w innych warunkach trwa zaledwie 20 — 25 minut. Po śmierci Brown-Séquard znajdował krew żyłą jasną, prawie tego koloru co tętniczą, przepelnienie krwią lewej komórki serca i aorty i przekrwienie trzewiów brzusznych; śmierć nastąpiła nagle w dwóch przypadkach. Dodać należy, że dla czystości doświadczeń, zwierzęta podczas działania chloroformu, oddechały przez długą rurę, dla tego aby pary do płuc dostawać się nie mogły.

Co się tyczy tłumaczenia tych faktów, to Brown-Séquard przyszedł do wniosku, że działanie chloroformu zależy od wpływu, jaki wywiera drażnienie nerwów czuciowych skóry na ośrodki nerwowe. Aby tego dowieść, przecinał on rdzeń kręgowy na wysokości 9 kręgu grzbietowego i puszczał chloroform u jednych zwierząt na części leżące niżej przecięcia, u drugich zaś przeciwnie — na części położone powyżej miejsca uszkodzenia rdzenia. Gdyby działanie chloroformu zależało od jego dostawania się do krwi, to w takim razie skutek w obu doświadczeniach powinien być jednaki. Tymczasem znieczulenie i sen następowały tylko w drugim przypadku, t. j. kiedy chloroform działał na miejsce, leżące po nad miejscem przecięcia rdzenia. Następnie przecinał Brown-Séquard prawą połowę rdzenia kręgowego na wysokości wyjścia drugiej pary nerwów szyjowych; następowało wtedy znieczulenie po stronie lewej i kiedy chloroform, działając na prawą połowę, wywoływał szybko i silnie opisane wyżej objawy, to przeciwnie, puszczone na stronę lewą wywierał tylko bardzo słabe działanie; przytem, w tym ostatnim przypadku nie znajdowano po śmierci przekrwienia naczyń kiszkiowych. W końcu, chcąc ostatecznie dowieść, że objawy, wywołane przy stosowaniu chloroformu na skórę, zależą wyłącznie od podrażnienia nerwów czuciowych skóry, przecinał Brown-Séquard u świnek morskich splot szyjowy i ramieniowy, i działał na znieczulone tym sposobem części skóry; w żadnym przypadku działanie chloroformu nie objawiło się ani jednym z wyżej przytoczonych symptomatów, gdy tymczasem było ono bardzo widoczne w razie, kiedy chloroform działał na odpowiednią, lecz zdrową połowę ciała. Jasnym więc jest, powiada Brown-Séquard, że chloroform, stosowany na skórę, działa jedynie w skutek podrażnienia nerwów skórnych.

Tak więc, zewnętrzne użycie chloroformu daje nam te same skutki, co wdychanie par, lub wewnętrzne użycie większej jego ilości. Wreszcie powiada, Brown-Séquard, że chloroform, dostawszy się do krwi, i tam także drogą dośrodkową działa na ośrodki, zupełnie w podobny sposób jak przy drażnieniu skóry.

Tyle na dziś; autor obiecuje dalsze doświadczenia prowadzić w tym samym kierunku, a o ich postępie i my nie zaniedbamy zawiadomić Czytelników.

W. Mączewski.

19. W. Obrazcow. Przyczynę do morfologii tworzenia się krwi w szpiku kostnym u ssących. (*k' Morfologii obrazowania krwi w kostnym mózgu u mlekoпитающих, Petersh. 1880*). Najodpowiedniej jest, podług autora, badać świeży szpik kostny w 0,5% roztworze soli kuchennej, lub bez wszelkich odczynników. Pierwszy ma tę zaletę, że przez pewien czas wstrzymuje występowanie zmian pośmiertnych w pierwiastkach anatomicznych szpiku, i tak: ruchy amebowe bywają jeszcze bardzo żywe, zabarwienie czerwonych krążków krwi niewiele się zmienia i nie wymaga się lamliwość światła przez składowe części komórek; w mocniejszym roztworze komórki się kureczą. Kroplę wy ciśniętego szpiku również dobrze jest badać bez żadnego dodatku, ale zmiany pośmiertne szybko występują, wskutek parowania plynu i rozkładu.

W szpiku kostnym, wziętym z żebra lub kości długich żywych szezeńi, O. znajduje:

1) Czerwone krążki krwi, zwykłej wielkości, zlekka matowe, słabo zabarwione hemoglobina. W 2 godz. po przygotowaniu preparatu przybierają one kształt kulisty, stają się mocniej zabarwione hemoglobina i mniej matowe.

2) Zabarwione ciała, ciemniejsze od zwykłych krążków krwi, dosyć duże, jednolite, matowe, bez jądra. Są one najczęściej kuliste, czasem kształtu ósemki. Są to ciała w okresie podziału.

Prześciową formę od ostatnich do następnej grupy, stanowią komórki z podwójnym konturem; za dodaniem 1% roztworu kwasu octowego widać, że wewnętrzny kontur jest konturem jądra, kureżącego się stopniowo do wielkości malej, błyszczącej kulki.

3) Czerwone krążki posiadające jądro, różnej wielkości, kuliste. Jądro, stosunkowo duże, leży odśrodkowo w komórce; jest ono matowe, jednolite, bez jąderek, o niezbyt wyraźnych konturach, niezabarwione. Po kilku godzinach następują zmiany kształtu ciała i jądra komórki. W jądrze powstaje ziarnistość, lub też szereg krzywych linii, w kształcie krzyżujących się beleczek; później nieco staje się bardziej błyszczącym, jednolitem. Niektóre z tych komórek są także ósemkowatego kształtu—jądro ich dzieli się.

4) Białe komórki szpiku kostnego często wcale niezabarwione, niekiedy napotykały w nich tylko ślady zabarwienia hemoglobina. Z początku jądra nie widać, albo raczej odgadnąć je trzeba po zgrubieniu sierpowatym konturów komórki, powstającym w skutek zetknięcia się w tem miejscu konturów jądra i ciała. Po jakimś czasie spostrzegamy 2 kontury, z których wewnętrzny, wyraźniejszy (kontur jądra), posuwa się stopniowo ku środkowi komórki. Po upływie kilku godzin inne zachodzą zmiany. Komórka jednolita zaczyna mętnieć, staje się ziarnistą; ziarna układają się szeregami od obwodu ku środkowi, tworzą później włókna, które, zlewając się w środku komórki, formują zbite ciała, z promieniami skierowanymi ku obwodowi. Promienie te także łączą się z sobą w grubsze, i kureżąc się, oddalają się od obwodu. W ten sposób powstaje jądro gwiazdowate, które się z czasem staje kątowatym, błyszczącym.

O. nazywa to promieniste m, dla odróżnienia od poprzedniego dośrodkowego tworzenia się jądra.

5) Zwykłe komórki szpiku kostnego, w których jądro szybko na jaw występuje, z 3—4 jąderkami, czego w żadnej innej komórce niema. Jądro bywa ziarniste i miewa często zakłócenia z jednej strony. Komórki te posiadają ruchy amebowe i mogą zlewać się z sobą.—Zdolności podziału autor im odmawia.

6) Myeloplaksy, albo komórki olbrzymie szpiku kostnego, bywają dwojakiego rodzaju: a) z ziarnistą treścią i prawidłowo ułożonymi jądrami—jądro ma kilka jąderek, b) ze słaboziarnistą lub szklistą prawie treścią. Do tej grupy O. zalicza i c) ziarniste masy. Niekiedy dla O. widocznem jest, że myeloplaksy składają się ze zwykłych komórek szpiku.

7) Komórki zawierające czerwone krążki i barwnik, rzadko się napotyka u młodego zwierzęcia.

Autor przyjmuje, że pierwiastki 2 i 4 grupy nie mają jądra—za życia ich jest ono jednostajnie rozlane po komórce, a powstawanie ziarnistości, linii i t. p., słowem tworzenie się jądra, jest objawem pośmiertnym i następuje wskutek krzepnięcia, zwiększenia spoiwości substancji jądra oraz wzajemnego przyciągania jego cząsteczek. Rozmaity sposób powstania jądra i kształt jego, zależy od mniej lub więcej wczesnego krzepnięcia ciała komórki.

Również i kureczenie się komórek, zmianę ich kształtu, zabarwienia hemoglobina i łamliwości światła należy zaliczyć do zmian pośmiertnych, zmian, zależących od zwiększenia spoistości elementów (*rigor cadaverosus*).—Wydalenie jądra z komórki przejściowej, o którym wspomina Rindfleisch, jest podług O. także pośmiertnem zjawiskiem, od tychże samych przyczyn zależnem.

Badania te doprowadziły O. do wniosku, że blade komórki, nazwane przez niego *leuko-cytami*, wytwarzają wszystkie inne wyżej wymienione twory. Przetwarzają się one stosownie do potrzeby organizmu to na hematoblasty, a następnie na czerwone krążki krwi, to na zwykłe komórki szpiku kostnego (sub. 5.), które giną, zamieniając się na myeloplaksy i masy ziarniste. Komórki więc sub. 5 uważa autor za produkt zmian wstecznych. Blade zaś komórki tworzą się z *protocytów*, składających się z jądra i bardzo niewielkiej ilości protoplazmy, która rośnie i rozrzedza stopniowo substancję jądra.

We krwi czerwone krążki krwi już się nie wytwarzają.

A. Elsenberg.

20. Leczenie znacznie rozwiniętych, septycznych ropień podskórnej tkani łącznej, za pomocą licznych nacięć. (*Die Behandlung progredienter septischer Phlegmonea mit multiplen Incisionen und Skarifikationem.* D-r P. Kraske). Autor podaje opis leczenia głębokich ropień za pomocą licznych nacięć, stosowany zwykle w klinice Volkmana, z pomyślnym bardzo rezultatem. — U chorego ze znacznie rozwiniętym „*phlegmone septica*,” dokonywa się na całej długości nasiąknięcia (*infiltratio*) ropnego, za pomocą wąskiego nożyka, licznych nakłuć i nacięć, dochodzących nieraz do stu.—W tych miejscach gdzie jest nagromadzenie ropy lub posoki wykonywa się większe nacięcia, które ułatwiają wymycie i przedrenowanie. — Przez te nakłucia i nacięcia wypływa zwykle jak przez sito surowiezo-ropna lub posokowata wydzielina. Następnie podminowane części wymywamy starannie moenym roztworem kwasu karbolowego i przeprowadzamy dreny. — Dalsze leczenie polega albo na zastosowaniu na zajęte części okładów z kwasu karbolowego, zmienianych dwa razy dziennie, lub też ciągłych zraszań płynem przeciwnilnym, przy wysokiem ułożeniu części ciała uległej zapaleniu.

Do zraszań nie można używać kwasu karbolowego, aby nie wywołać zatrucia, lepiej jest użyć roztworu kwasu salicylowego, lecz i ten niezbyt jest dogodny, gdyż nie działa dość silnie prócz tego wywołuje krzepnięcie wysięku ropnego w ranie, co powoduje zatkanie rurek drenowych. Tem postępowaniem stawiamy część, uległą zapaleniu, w bardzo korzystnych warunkach. — Znaczna bardzo ilość produktów zapalnych zostaje wydaloną i przestaje działać zapalnie (*phlogogen*) na tkanki, gorączkorodnie (*pyrogen*) na cały organizm.—Jednocześnie zmniejsza się w tkankach uległych zapaleniu napięcie, co powoduje zmniejszenie się szybkości wysysania, zmniejszenie się bólu i usuwa obawę zgorzeli tkanek.

Oprócz tego liczne nakłucia ułatwiają płynem przeciwnilnym wniknięcie do tkanek i podziałanie na produkta zapalne.—Krwawienie, występujące obficie przy nakłuciach, nie jest także bez pomyślnego wpływu na zapalenie.—Przez przecięcie drobnych napiętych naczynek, sprowadzamy szybszy dopływ krwi, bogatszej w tlen, która łatwiej jest zdolną wyrównać zaburzenia odżywezo, powstałe skutkiem zapalenia w ściankach naczyniowych, jak krew zastoinowa (*Stagnirende*) pozabawiona tlenu.

Przy użyciu tego sposobu leczenia ciepłota organizmu spada zwykle szybko bardzo, prawie do normy, jeżeli w następnych dniach ulega podwyższeniu, to bardzo nieznacznomu. — Proces zapalny traci bez wyjątku prawie na swej sile, czerwoność i obrzęknięcie zanika.

Na poparcie swoich dowodzeń, przedstawia autor kilka odpowiednich przypadków z kliniki Volkmana.

(*Centralblatt für Chirurgie.* Nr. 17. 1881).

E. Modrzejewski.

Prowadząc od kilku tygodni oddział chirurgiczny żeński, w szpitalu Dzieciątka Jezus, miałem sposobność sprawdzić pomyślnie działanie powyżej opisanego leczenia rozległych ropień głębokich i powierzchownych.—Sposób ten zresztą leczenia oddawna był znany i polecany przez chirurgów, a ś. p. prof. Girsztowt na obszerną stosował go skalę.—Dawniej jednak nie mógł on dawać tak pomyślnych rezultatów, gdyż nie starano się o dokładne przeciwnilne działanie, tak na produkta rozkładu jak i na same rany. Zwykle też takie phlegmony pomimo nacięć rozszerzały się coraz bardziej i kończyły bardzo częste amputacją. Dziś warunki ogromnie się zmieniły. Grunto-

wne przeciwnie lezenie zmniejsza i poprawia ropienie, ogranicza szerzenie się procesu zapalnego i stawia cały organizm chorego w daleko lepszych warunkach.

Dodać tu muszę do powyżej opisanego leczenia, że dezynfekcję najlepiej dokonywać 6-o, 8-o a nawet 10-o procentowym roztworem *zinci muriatici*, oraz zastosować u chorego ścisły opatrunek listerowski. — Jest to rzecz kosztowna, zwłaszcza w szpitalach, gdyż opatrunek musi być obszerny i w pierwszych dniach codziennie zmieniany, ale działa doskonale i dla tego w praktyce prywatnej jest bezwarunkowo wskazany. Także należy przeprowadzać dreny w najrozmaitszych kierunkach w podminowanych częściach, aby dokładnie wymywać wszystkie ich zakątki i usuwać produktu ropienia.

(Przypisek Sprawozdawcy)

21. Głogowski. Złamanie czaszki. Obrażenie mózgu. Wyzdrowienie. Przypadek ciekawy, ze względu na zejście. Mały chłopiec został zraniony kopytem przez konia. Rana na lewej stronie czoła, w odległości 15 mm. od szwu wieńcowego. Części miękkie porozrywane, kość roztraskana na przestrzeni dziesięciocentówki. Z rany wychodzą kawałki mózgu. Przytomność zupełnie utracona—po czterech dniach w części powraca. Rana zupełnie się zagoiła i na miejscu jej pozostał rodzaj ciemiączka. Pomimo tak silnego obrażenia przedniego zrazu lewej półkuli, w umysłowym rozwoju chłopca nie zaszyły żadne złe następstwa.

Berl. klin. Woch. 1880. Nr. 49.

Fr. J.

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— Dowiadujemy się z pewnego źródła, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, po długim namyśle, zdecydowała się nareszcie na wybór członka na miejsce zmarłego prof. Korzeniowskiego. Wybór, który padł na prof. dziekana Brodowskiego, istotnie nie mógł być trafniejszy, nowy członek, wysoko teoretycznie i praktycznie wykształcony, sam niegdyś lekarz szpitalny, a więc znający potrzeby szpitala, a przytem człowiek niezależnego zdania, wpłynie niezawodnie na poprawę stosunków lekarzy w szpitalach, które już w ostatnich czasach — sprawiedliwość wyznać nakazuje, uległy pewnej zmianie na lepsze. Tym sposobem od dziś dnia lekarze będą mieli dwóch przedstawicieli w Radzie Miejskiej.

WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

— Zjazd zemstwa w Woroneżu, bez poradzenia się lekarzy ziemskich, postanowił, dla zapobieżenia szerzeniu się choroby syfilitycznej, płacić felcerom po 75 kop. za każdego chorego syfilitycznego, przez nich leczonego. Jeden z lekarzy bardzo słusznie wykazał, że będzie to jedna z bardzo licznych dróg do nadużyć prowadząca, a to z powodu niemożności kontroli nad felcerami; liczba zaś chorych syfilitycznych niezmiernie wzrośnie—gwoili 75 kopiejkom wynagrodzenia.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— *Paryż.* Na odbytem niedawno posiedzeniu plenarnem Instytutu francuzkiego, został wybrany na wice-prezesa (sekcji nauk) prof. Wurtz, dziekan honorowy wydziału lekarskiego w Paryżu.

— Dotychczasowy asystent *Langenbeck'a* — *Krönlein*, mianowany został profesorem chirurgii w Zurychu. — *Dr. v. Sonnenburg*, docent w Strasburgu, mianowany został profesorem chirurgii w Jeddo, w Japonii. — *Prof. Kehrer* w Giessen, zaproszony został na katedrę akuszerii do Heidelberga. — *Prof. Biesiadcki* we Lwowie, w nagrodę za trudy poniesione w czasie wycieczki w okolicę zadżumioną, nagrodzony został przez rząd austriacki orderem żelaznej korony klasy trzeciej.

— *Rzym.* Znany w świecie lekarskim *Dr. Bacci*, profesor kliniki w szpitalu tutejszym św. Ducha, został mianowany ministrem oświaty królestwa włoskiego.

Wydawca **Dr. St. Kondratowicz.**

Za Redaktora odpowiedzialnego **Dr. Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава, 15 Января 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska № 23.