

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. ANTONI WASZKIEWICZ. Cięcia cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścięsnionej wskutek zeszywnienia spojenia krzyżowo-biodrowego. Str. 289. II. FR. KŁEWSKI. O torbielach trzustki. Str. 292. (C. d.). *Dział sprawozdawczy.* 60. A. COUVELAIRE. Wskazania do cięcia cesarskiego w przypadkach wypadnięcia sznurka pępkowego i miednicach ścięsnionych. Str. 298. 61. ERNEST SOLMS i DÜHRSEN. Połączenie cięcia cesarskiego pochwowego z cięciem pochwowo-brzusznym podotrzewnym—jako operacja porodowa w przypadkach miednicy ścięsnionej (*laparo-kolpohysterotomia*). Str. 299. 62. T. LANDAU. Rzadki przypadek wewnątrzmacicznego samoistnego obcięcia głowy. Str. 302. 63. ERICH OPITZ. Praktyka nowej metody pielęgnowania położnic. Str. 303. 64. OTTO KUESTNER. Jaka metoda przodoustalenia (*ante-flexatio*) jest najstosowniejsza przy nieruchomem tyłozgięciu—tyłopochyleniu (*retroflexioversio*)? Str. 305. 65. HUGO SELLHEIM. O tamowaniu krwotoku okresu poporodowego w przypadkach łożyska przodującego i niskiego przyczepu łożyska. Str. 305. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekcja ginekologiczna. Posiedzenie dnia 29-go stycznia 1909 r. Str. 307. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU AKUSZERYJNO - GINEKOLOGICZNEGO WILEŃSKIEGO SZPITALA KOLEJOWEGO.

Cięcia cesarskie w przypadku miednicy ukośnie ścięsnionej wskutek zeszywnienia spojenia krzyżowo-biodrowego.

Podał

Dr Antoni Waszkiewicz,
ordynator oddziału.

Cięcia cesarskie pod względem technicznym należą do zabiegów operacyjnych dość łatwych. Ginekolog-chirurg, stosując cięcia brzuszne celem wydobycia różnorodnych guzów, mających swe wyjście z macicy, jajowodów, jajników i t. d., daleko częściej w tych razach trafia na trudności techniczne, niż w przypadkach cięć cesarskich.

Z drugiej strony, rzadkość cięcia cesarskiego jest również dość względna. Przechodzą czasem lata całe w dużych miastach [do których i Wilno należy], a operacja ta nie bywa wykonywana ani razu, z powodu braku wska-

zań do niej. Inne znów lata są płodniejsze pod tym względem. Tak np. w roku 1907/1908 w naszej lecznicy prywatnej mieliśmy dwa przypadki cięcia cesarskiego [dra BUJAŁSKIEGO i KAHN'a]. Ten zaś, który podaję do wiadomości ogółu kolegów, jest tedy trzecim w dość krótkim czasie.

Otóż, jeżeli powziąłem zamiar opisania tego przypadku, to pobudką ku temu nie były wyżej przytoczone okoliczności. Do tego skłoniły mnie wskazania, na zasadzie których wykonałem cięcie cesarskie, wskazania, wynikające z takiego zniekształcenia miednicy, jakie, o ile mi wiadomo z literatury, spotyka się względnie dość rzadko.

16-go czerwca 1908 roku, wstąpiła do Wileńskiego szpitala Kolejowego ciężarna L., w wieku lat 27. Skierowaną została przez lekarza ucząstkowego ze stacji Lidy.

Z wywiadów okazało się: niezamężna; ciąża pierwsza; ciężarna nie pamięta, czy chorowała na cokolwiek w dzieciństwie; nie może również dać żadnej odpowiedzi na pytanie, kiedy zaczęła chodzić. Pierwsze miesiączkowania nadeszły w 17-ym roku życia, miesiączki następowały w prawidłowych odstępach czasu, trwały zawsze 3 do 4-ch dni, towarzyszyły im niewielkie bóle. Ostatnia miesiączka pojawiła się 11-go listopada 1907 r. Ciężarna nie pamięta, kiedy po raz pierwszy poczuła ruchy płodu.

Status praesens. Odżywienie mierne. Układ kostny delikatny. Na kośćcu nie dają się zauważyć żadne ślady choroby angielskiej. Płuca, serce bez zmian widocznych. Piersi rozwinięte prawidłowo, silne zabarwienie obwódok naokoło brodawek. Pod prawą piersią w odległości trzech palców poprzecznych od linii piersiowej, na siódmym żebrze znajduje się trzecia brodawka dodatkowa, pozbawiona jednak obwódki.

Wzrost chorej wynosi 130 ctm. Kończyny górne są nieproporcjonalnie długie w porównaniu z tułowiem. Ręce, jak u małpy, sięgają stawów kolanowych. Klatka piersiowa z obu stron dotyka do skrzydeł miednicy. Brzuch obwisły. Główkę płodu wyczuwa się nad miednicą po stronie prawej, ruchomą. Przy wtłaczaniu przez powłoki brzuszne zapomocą rąk, główka dużym wymiarem nie wchodzi do wchodu miednicy; mały jej tylko obwód wtłacza się do prawej części wchodu miednicy. Bicie serca płodu wyraźne po stronie lewej ¹⁾ [patrz fot. na str. nast.].

Kończyny dolne bez wyraźnych zmian, cienkie. Długość każdej kończyny od kolca kulszowego do kostki jest jednakowa. Już przy powierzchownem badaniu ma się wrażenie, że one o wiele więcej są zbliżone jedna ku drugiej, aniżeli u kobiet rozwiniętych prawidłowo.

Patrząc na chorą z tyłu, znajdujemy, co następuje:

Tułów do pasa prawidłowy, a na linii pasa robi on wrażenie, jak gdyby był złamany. Kręgi lędźwiowe są wciśnięte wgłąb, wskutek tego nad linią pasa i prostopadle ku niej — wzdłuż linii środkowej tułowia—dają się zauwa-

¹⁾ Zdjęć łaskawie dokonał koł. K. DĄMBROWSKI, któremu wyrażam za to serdeczną wdzięczność.

żyć dość głęboka bródza; na dnie tej bródzy leżą właśnie owe kręgi lędźwiowe.

Miednica z tyłu jest w znacznym stopniu zniekształcona.

Przedewszystkiem, bije w oczy wygórowanie prawej kości biodrowej: w porównaniu z lewą leży ona o całe 4 ctm. wyżej. Stosownie do tego, prawy staw krzyżowo-biodrowy leży również wyżej w porównaniu z lewym. Następnie, sama kość krzyżowa jest również zniekształcona: nie jest się w stanie odróżnić na niej ciała od skrzydeł. Na skórze ponad środkiem tej kości daje się zauważyć płaska blizna, obszerna i bezkształtna, która jest zrosnięta



z kością. Kość krzyżowa, równoważąc wygięcie ku przodowi kręgow lędźwiowych (*lordosis*), jest wygięta ku tyłowi (*kyphosis*), przyczem jednak łuk tego skrzywienia jest zwrócony ku prawej stronie od linii środkowej. Oprócz blizny na kości krzyżowej zauważyć się dają jeszcze cztery blizny tego samego co i poprzednia typu, ułożone w jedną poprzeczną do tułowia linię: dwie w okolicy stawów krzyżowo-biodrowych, dwie zaś inne zewnętrznie od poprzednich [nie dochodzące jednak do tylnych kolców kości biodrowych].

Przystępując teraz do zbadania miednicy i jej wymiarów, znajdziemy, co następuje:

Przedewszystkiem, przy staniu ciężarnej można określić, że kąt nachylenia miednicy, który w warunkach normalnych równa się 60-u stopniom, w naszym przypadku jest bardzo nieznaczny. Płaszczyzna wchodu do miednicy jest prawie równoległa z płaszczyzną poziomą. Spojenie łonowe jest znacznie więcej zaostrome, niż to bywa w zwykłych warunkach.

Przy badaniu wewnętrznem daje się zauważyć, że lewa linia niemianowana (*innominata*) leży wyżej od prawej, nie posiada normalnego wygięcia, i jest skierowana prawie w prostym kierunku ku kości krzyżowej. Odległość

pomiędzy obydwoma liniami niemianowanemi jest w znacznym stopniu mniejsza, niż to bywa w warunkach normalnych.

Przy zwykłym badaniu wymiaru sprężnej przekątnej (*diagonalis*) ostatniego kręgu lędźwiowego dosięga się jednak niezbyt łatwo. Przy wprowadzaniu ręki do pochwy od razu ma się wrażenie, że kanał miednicy jest w znacznym stopniu poprzecznie zwężony.

Wymiary miednicy są następujące: *dist. sp.* 22 ctm. [norm. 26 ctm.], *dist. cr.* 25 $\frac{1}{2}$ [norm. 29 ctm.], *dist. troch.* 25 $\frac{1}{2}$ [norm. 31 ctm.], *conj. diag.* [od wgłębienia lędźwiowego do górnego brzegu spojenia łonowego] 19 ctm.

Już biorąc pod uwagę wyżej wskazane dane, można było wywnioskować, że wchód do miednicy naszej ciężarnej jest zwężony w wymiarze poprzecznym i prawie prawidłowy w wymiarze prostym, i że prócz tego kanał miednicy jest stosunkowo więcej jeszcze zwężony w wymiarze poprzecznym, niż wchód do miednicy (25 $\frac{1}{2}$ ctm. *dist. troch.*).

Aby udowodnić to przypuszczenie, zebrałem wymiary poprzeczne tak wchodu, jak i wychodu miednicy.

Wymiar poprzeczny wchodu [najdalsza odległość między liniami niemianowanemi] okazał się równym 11 $\frac{1}{2}$ ctm. [norm. 13 $\frac{1}{2}$ ctm.]. Wymiar poprzeczny wychodu [odległość między kolcami kości kulszowych] 9 $\frac{1}{2}$ ctm. [norm. 11 ctm.]. Wymiar prosty wychodu [dolny brzeg spojenia łonowego z dolnym końcem kości krzyżowej] 10 ctm. [norm. 12 ctm.].

[D. c. n.].

II. O TORBIELACH TRZUSTKI.

Podał

Dr med. Fr. Kijewski,

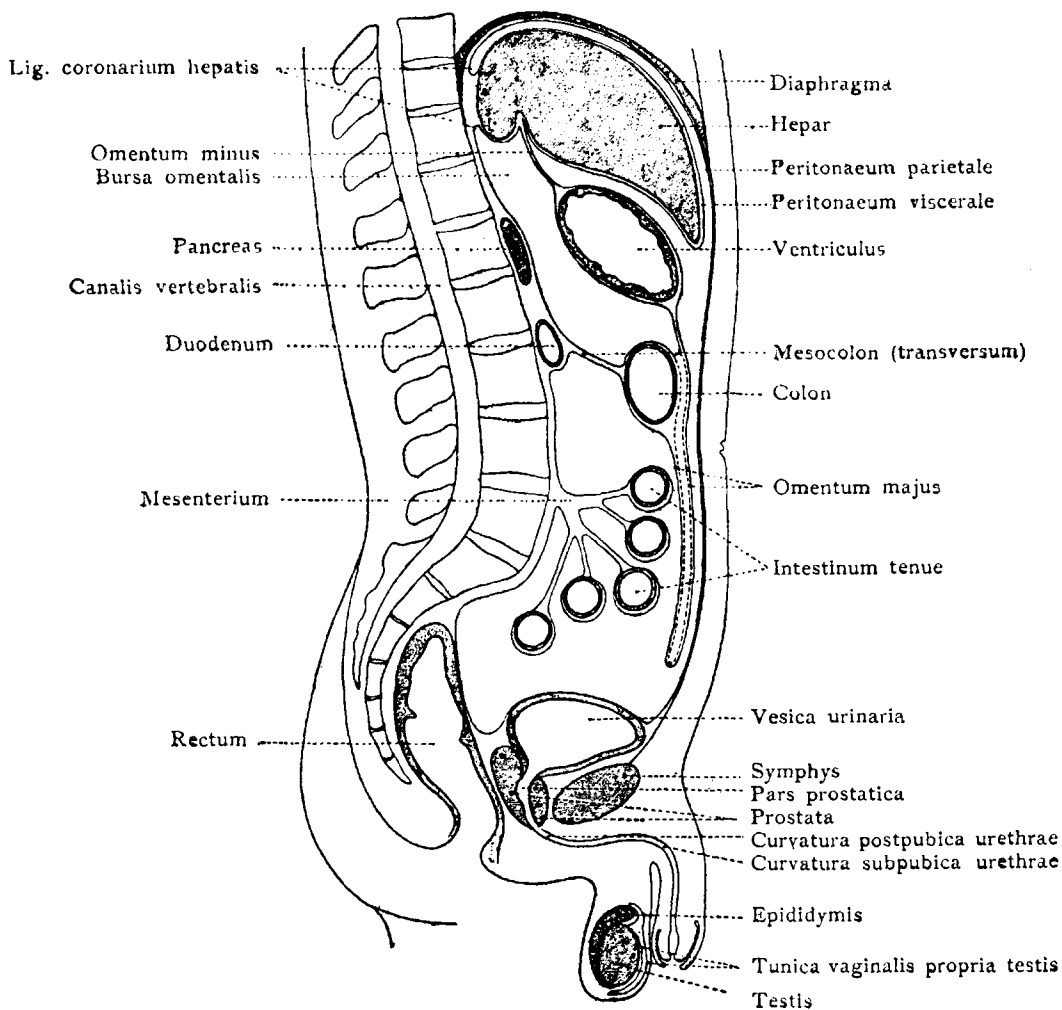
ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

Rzecz wygłoszona 3-go lutego 1908 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warszawskiego.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 12].

W celu wyświetlenia tych stosunków torbieli do żołądka, kiszek, wątroby i w ogóle części otaczających, uważam za konieczne wypełnienie żołądka i kiszek gazami. Jeżeli bolesność brzucha jest bardzo silna, to wypełnienie powietrzem należy odłożyć do zupełnego uspokojenia się bólów.

Dla lepszego zrozumienia sprawy i łatwiejszego orientowania się, pozwalam sobie na przytoczenie normalnego położenia trzustki i stosunku jej do narządów sąsiednich, oraz schematycznych rysunków KOERTE'go stosunku torbieli trzustki do części otaczających; rysunki te uważam za nader pouczające, każdy z klinicystów powinien się z nimi zaznajomić.



Rys. 1.

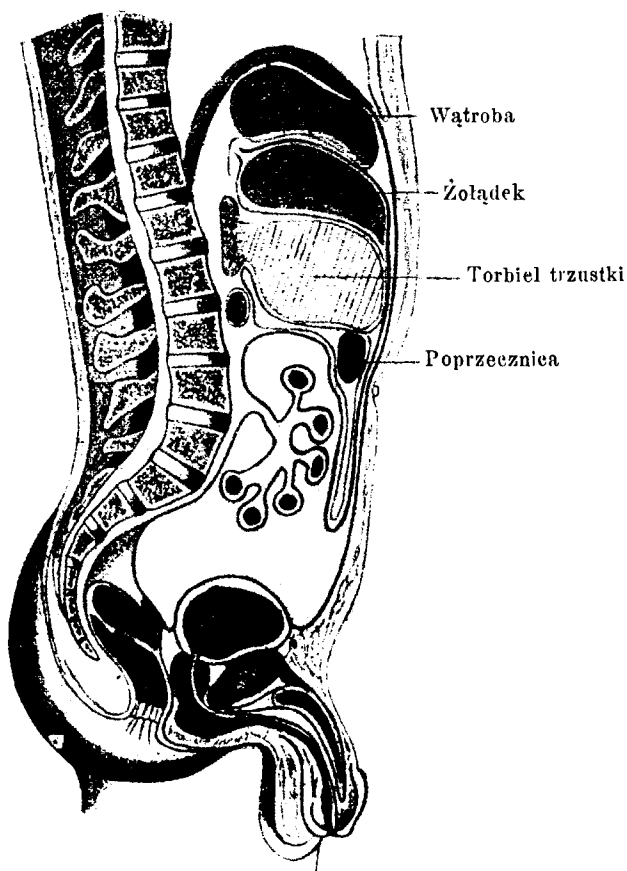
Schematyczny układ narządów wewnętrznych jamy brzusznej, oraz stosunku otrzewnej do tych narządów według OSKARA SCHULTZE'go.

LAZARUS pod względem umiejscowienia torbieni trzustki dzieli je na 5 grup:

1. *Species gastro-hepatica s. subphrenica,*
2. " *retro-ventricularis,*
3. " *gastrocolica,*
4. " *mesocolica,*
5. " *praevertebralis.*

GAZ. LEK. № 13.

1. *Species gastro-hepatica (subphrenica)*—guz znajduje się pomiędzy żołądkiem a wątrobą, nad małą krzywizną żołądka; z *bursae omentalis* torbiele mogą dostawać się do wolnej jamy otrzewnej przez *foramen Winslowii*, wypuklając otrzewną, okrywającą tylną ścianę brzucha. Stłumienie torbieli przy opukiwaniu łączy się ze stłumieniem wątroby i serca, na wewnątrz wypukać można żołądek. *Colon transversum* nie przykrywa torbieli, przy znacznych jej zaś rozmiarach może niekiedy dosięgać dolnej granicy.



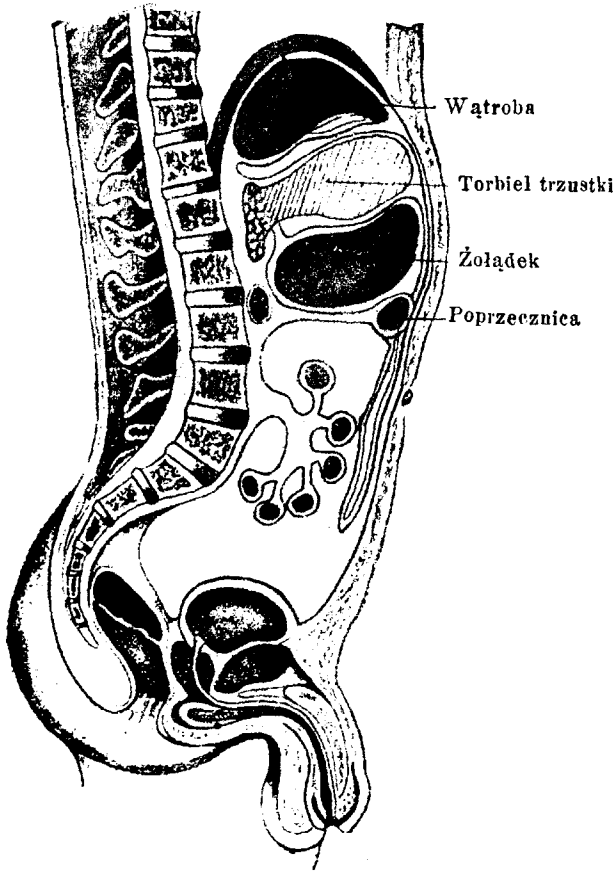
Rys. 2.

Torbiel trzustki pomiędzy żołądkiem a poprzecznicą; żołądek wyżej torbieli, poprzecznicą niżej. *Lig. gastro-colicum* leży na guzie. (KÖRTE).

2. *Species retro-ventricularis*—spotyka się rzadko, kiedy skutkiem zapalenia następują skleiny pomiędzy trzustką a tylną ścianą żołądka, przez co warunki do rozwoju torbieli są utrudnione; najczęściej powstają te skleiny skutkiem *peripancreatitis et perigastritis*. Ściana żołądka jest rozciągnięta na gu-

zie i zrosnięta z nim zupełnie. Operowanie takich torbieli jest bardzo ciężkie, gdyż dostępu do nich nie ma.

3. *Species gastro-colica* przedstawia typowe umiejscowienie torbieli, która wtedy zajmuje przestrzeń od *duodenum* z prawej strony do śledziony z lewej, od dołu dochodzi do *mesocolon transversum*, a ku górze rozwija się w jamie *bursae omentalis*. Żołądek okrywa górny odcinek torbieli, a poprze-



Rys. 3.

Torbiel trzustki pomiędzy wątroba a żołądkiem; guz wydobył się przez *foramen Winslowii*. (KÖRTE).

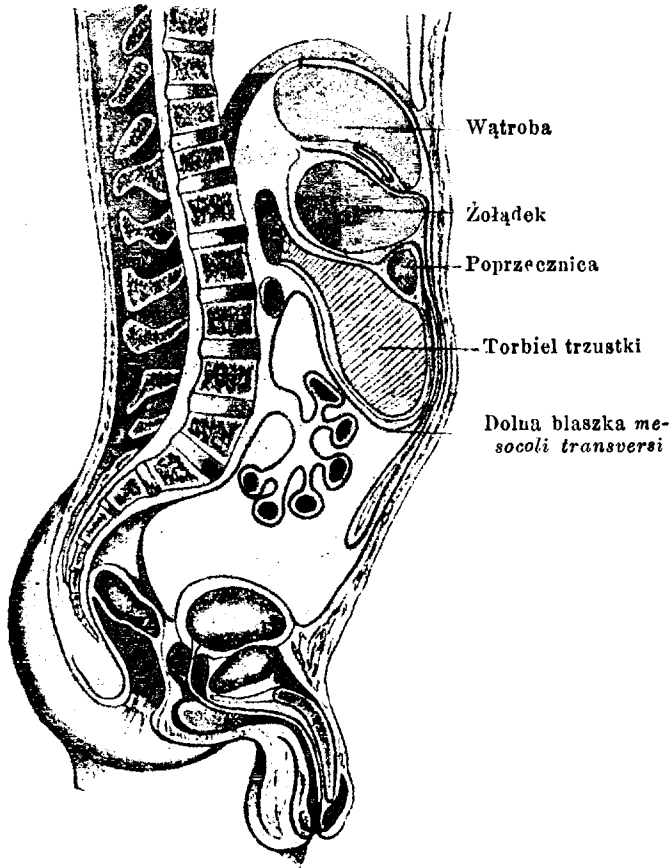
cznicą dolną, *lig. gastro-colicum* może być niezmiernie rozciągnięte, a sama torbiel przy znacznej wielkości odsunąć może *colon transversum* aż do spojenia łonowego. Torbiele mogą być pozrastane z żołądkiem, poprzecznicą i siecią.

4. *Species mesocolica* rozpada się na trzy części:

a) *sp. mesocolica intermediaris*—torbiel rozwija się równomiernie pomię-

dzy blaszkami *mesocoli transversi*; poprzecznicą wtedy leży na najwypuklejszym miejscu guza;

b) *sp. mesocolica superior*—torbiel głównie rośnie ku górze, wypuklając górną blaszkę *mesocoli transversi*; poprzecznicą znajduje się w dolnym odcinku torbieli;



Rys. 4.

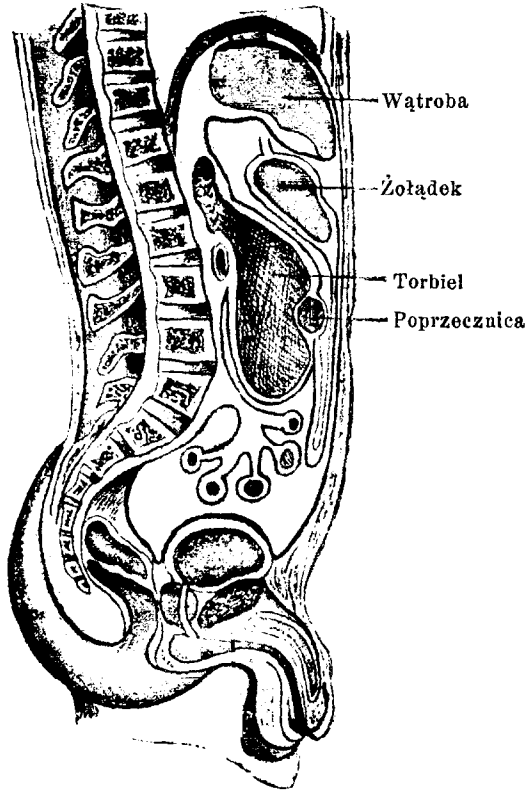
Torbiel trzustki rozwijająca się pomiędzy blaszkami *mesocoli transversi*. *Colon transversum* leży na górnym brzegu torbieli. (KÖRTE).

c) *sp. mesocolica inferior*—wzrost torbieli idzie ku dołowi, wtedy poprzecznicą przykrywa górny odcinek guza.

5. *Species praevertebralis*—torbiele biorą początek przeważnie z głowy gruczołu, rozwijają się na samym kręgosłupie, odsuwając ku górze i przodowi tylną blaszkę otrzewnej.

Stosunkom tym anatomicznym, przytoczonym powyżej, nadają doniosłe znaczenie przy rozpoznawaniu torbieli trzustki, gdyż ułatwiają one niezmiernie oryentowanie się i naprowadzają częstokroć na prawdziwą drogę.

Forma omawianych guzów bywa kulista lub półkulista, owalna. Torbiele, wychodzące z ogona trzustki, mogą być kuliste, posiadają niezbyt wielką podstawę; torbiele zaś wychodzące z innych części gruczołu mają przeważnie podstawę szeroką, tworzą rozlane wypuklenia albo wydłużone, owalne lub półkuliste guzy. Te ostatnie są zupełnie nieruchome, albo też ruchomość ich jest bardzo ograniczona. Jeżeli torbiel rozwija się w *bursa omentalis*, a podstawa jej odpowiada wielkości samej *bursae*, to o ruchomości mowy niema. Ruchomością odróżniają się tylko torbiele, biorące początek z ogona trzustki.



Rys. 5.

Torbiel trzustki, rozwijająca się pomiędzy blaszkami *mesocoli transversi*. *Colon transversum* leży poprzecznie na przedniej powierzchni guza. (KÖRTE).

W naszym spostrzeżeniu można było guz przesuwać na prawo za linię środkową ciała i ku górze pod lewy łuk żebrowy. Pod względem ruchomości guza zaskługuje na uwagę spostrzeżenie, opisane przez BATTLE'a ¹⁾. Dotyczy ono

¹⁾ BATTLE, Pancreatic cyst possessing undue mobility. Med. press. 1907. Mai 29. Ref. Zentralblatt f. Chirurg. 1907, Nr. 33, p. 1000.

27-letniej kobiety, u której przy objawach gwałtownych bólów w ciągu 3-ch tygodni rozwinęła się torbiel wielkości jaja kurzego; guz można było przesunąć na lewo ku śledzionie, na prawo aż do pęcherzyka żółciowego i ku dołowi do pępka. Torbiel ta, jak stwierdzono przy operacji, wychodziła z ogona trzustki.

Powierzchnia tych torbieli, o ile nie jest pokryta przez żołądek i kiszki, nie przedstawia guzowatości, jest niemal gładką. Guzy te wykazują mniej lub więcej wyraźne chełbotanie. Wielkość guzów bywa rozmaita, wymacać można guzy wielkości jaja, pomarańczy, pięści, głowy człowieka dorosłego, a torbiele, rozwijające się w dolnej połowie jamy brzusznej, mogą ją niemal całkowicie wypełniać, i wtedy łatwo je wymacać przy badaniu *per vaginam* i *per rectum*.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



60. A. Couvelaire [Paryż]. Wskazania do cięcia cesarskiego w przypadkach wypadnięcia sznurka pępkowego i miednic ścieśnionych.

Ze statystyki wypadnięć sznurka pępkowego podczas porodu, zebranej w klinice BAUDELOCQUE'a [PINARD] za lat 11, wypływa, że 5 razy na 7 śmierć płodu była następstwem tak niemożności doraźnego odprowadzenia sznurka, przeważnie z powodu wadliwego przyczepu jego, jak i niemożności śpiesznego ukończenia porodu z powodu niedostatecznego jeszcze otwarcia drogi porodowej. Ponieważ w takich przypadkach przed zupełnem rozszerzeniem się drogi porodowej nie można przystąpić do nałożenia kleszczy, do obrotu lub operacji rozcięcia spojenia łonowego celem szybkiego wydobycia płodu, to nasuwa się samo przez się racjonalne wskazanie do cięcia cesarskiego.

W razie wypadnięcia sznurka pępkowego w przypadkach miednicy ścieśnionej [średniego stopnia] wyczekiwanie dostatecznego rozszerzenia się drogi porodowej, nawet gdyby się udało odprowadzenie sznurka, może stać się niebezpiecznym dla życia płodu [wskutek wyczekiwania umiera 13 na 17] i dlatego w tych razach korzystnie będzie przystąpić zaraz do cięcia cesarskiego, jako do operacji w tym razie bezpieczniejszej, aniżeli spóźniona symfizotomia.

Autor przytacza dwa przypadki cięcia cesarskiego, wykonanego ze wskazań wyżej przytoczonych. Oba zakończyły się tak dla matek, jak i dla dzieci pomyślnie. W pierwszym z nich u pierwiastki 34-letniej z miednicą prawidłową z powodu niemożności odprowadzenia wypadłego sznurka pępkowego i niedostatecznego otwarcia szyjki macicznej wykonano cięcie cesarskie, możliwie jak najśpieszniej, gdyż woda płodowa, która właśnie odeszła, była już smołką zabarwiona. W drugim przypadku u 28-letniej kobiety, po raz drugi rodzącej [w pierwszym porodzie ciężka *basiotripsia* martwego płodu] wykonano cięcie cesarskie, pomimo, że wypadły sznurek pępkowy dał się odprowadzić, albowiem ścieśnienie miednicy (c. v. 9.7) nasuwało obawę, że główka niełatwo wejdzie do małej miednicy, że poród się przeciągnie i dziecko zamrze, zanim nastąpi rozwiązanie drogą naturalną.

Z pracy swej wyprowadził autor wnioski następujące:

1. Niemożność odprowadzenia wypadłego sznurka pępkowego, bez względu na stosunek główki do miednicy, stanowi wskazanie do cięcia cesarskiego.

2. Możliwość odprowadzenia wypadłego sznurka pępkowego i usunięcia go z pod ucisku znosi wskazania szczególne, zależące od istnienia ucisku długotrwałego na sznurek.

W razie istnienia niestosunku między główką a miednicą należałoby dawać pierwszeństwo wczesnemu cięciu cesarskiemu przed simfiziotomią spóźnioną tak w interesie matki, jak i dziecka.

(*Annales de Gynécologie. 1909. Styczeń.*)

M. Zvejgbaum.

61. Ernest Solms [Charlottenburg] i Dürrssen [Berlin]. Połączenie cięcia cesarskiego pochwowego z cięciem pochwowo-brzusznym podotrzewnym — jako operacja porodowa w przypadkach miednicy ścieśnionej (laparo-kolpo-hysterotomia).

Klasyczne cięcie cesarskie, pomimo wydoskonalenia jego techniki, pozostaje do dziś dnia operacją niebezpieczną, gdyż wytworzona cięciem otrzewnej macicznej komunikacja między jamą otrzewną a raną macicy bywa bardzo często drogą, po której szerzy się zakażenie otrzewnej. W obawie więc przed zapaleniem otrzewnej ograniczono nawet [VEIT] wykonywanie cięcia cesarskiego tylko do przypadków porodowych zupełnie aseptycznych [wcale wewnątrznie nie badanych ani przez akuszerkę, ani przez lekarza]; lecz i ta ostrożność nie zabezpiecza należycie od zakażenia otrzewnej rodzące, poddawane cięciu cesarskiemu.

To też, aby uniknąć otwierania jamy otrzewnej przy wydobywaniu płodu drogą brzuszną, zaproponował niedawno FRANK z Kolonii taką modyfikację cięcia cesarskiego, która pozwalałaby dotrzeć przez powłoki brzuszne do dolnego odcinka macicy bez otwierania worka otrzewnej. Miało to więc być operowanie na drodze pozaotrzewnej. Okazało się jednak, pomimo genialności pomysłu, że ani ta operacja [t. zwane przez FRANKA „rozwiązanie nadłonowe“], ani SELLEIM'a jej modyfikacja [t. zw. przez niego „cięcie cesarskie pozaotrzewne“] ¹⁾ nie dają się wykonać w całości ekstraperitonealnie; są to raczej operacje transperitonealne, a przecięta lub naderwana podczas operacji otrzewna zostaje przed przecięciem macicy szczelnie zeszyta celem wykluczenia komunikacji między raną macicy a jamą otrzewnej. Lecz pomimo zamknięcia otrzewnej szwem gęstym i szczelnym połączenie takie pozostaje nadal, bo nie ma szwu, któryby nie przepuszczał bakterii, a więc zabezpieczał należycie od ich przenikania z jamy do jamy.

Niedawno znowu LATZKO w tym samym celu podał modyfikację pozaotrzewnego otwierania macicy ciężarnej, mianowicie: po przecięciu środkowym brzucha dotarcie z boku pęcherza moczowego do dolnego odcinka macicy i przecięcie tegoż; lecz i tu wydobywanie płodu tą drogą staje się możliwe dopiero wtedy, gdy dolny odcinek macicy uległ już na tyle rozciągnięciu [przez pracę porodową], że można w nim wykonać otwór dostateczny dla przejścia płodu.

Wobec jednak zwężonej miednicy niezawsze można tak długo wyczekiwać rozciągnięcia i rozszerzenia się dolnego odcinka macicy, gdyż wczesne zazwyczaj pęknięcie pęcherza płodowego czyni wyczekiwanie to niebezpiecznym: łatwo w tych warunkach o pęknięcie macicy. Operacja więc nie okazała się praktyczną.

¹⁾ Zob. streszczenie zbiorowe w Gaz. Lek. 1908 r. p. t.: O cięciu nadłonowym szyjki macicy ciężarnej, albo t. zw. cięciu cesarskim na szyjce macicznej (*sectio caesarea cervicalis*).

To też wciąż jeszcze trwają usiłowania wynalezienia takiej operacji brzusznej akuszeryjnej dla miednic zwężonych, któraby rzeczywiście była wykonywana pozaotrzewnie i nie wymagała długiej pracy porodowej przygotowawczej.

SOLMS, asystent prof. DÜHRSEN'a w Berlinie wpadł na pomysł zastosowania w tym celu kombinacji dawno już znanej i zarzuconej gastro elytrotomii v. RITGEN'a z cięciem cesarskim pochwowem DUERSSEN'a. Wiadomo, że genialna operacja DUERSSEN'a, która już wielu matkom i dzieciom życie uratowała, może być stosowana tylko u tych ciężarnych, których miednica nie jest zwężona, gdyż w tej operacji płód wydobywa się drogą naturalną. Wskazania więc do niej z natury rzeczy ograniczyć się muszą do tych przypadków ciąży, które nie z powodu miednicy ścieśnionej, ale z powodu spraw chorobnych miejscowych [rak szyjki macicy, blizny szyjki, pochwy i t. d.], wymagają przyspieszenia porodu, lub do tych porodów, które z powodu chorób ogólnych rodzącej (*eclampsia*, wady serca, choroby nerek i t. d.), wymagają szybkiego ukończenia.

Co do operacji gastro-elytrotomii, to zaznaczyć trzeba, że już w r. 1820 ogłosił ją v. RITGEN jako metodę podotrzewną wydobywania płodu z macicy przez jamę brzuszną po wytworzeniu tą drogą otworu w sklepieniu pochwy. W tym celu R. przecinał powłoki brzuszne na boku (*Flankenschnitt*), następnie ręką obok pęcherza moczowego dostawał się pod trzewną do sklepienia pochwy, które otwierał przez rozdarcie i tą drogą wydobywał płód z macicy do pochwy i następnie do jamy brzusznej, a więc ponad miednicą, nie naruszając wcale otrzewnej. Wykonywanie tej operacji napotykało jednak na wiele trudności, gdyż trzeba było wydobywać płód przez otwór w pochwie z zamkniętej macicy. Ponieważ opór szyjki, jeśli usta maciczne nie są zupełnie rozwarłe, jest bardzo znaczny, więc bardzo często przy wydobywaniu płodu wskutek nadużycia siły następowało rozdarcie dolnego odcinka macicy, pęcherza, moczowodów i t. d. To też przedko operację RITGEN'a zarzucono, i zastąpiono ją następnie cięciem cesarskim, operacją PORRO'a i t. d.

Otóż pomysł SOLMSA polega na uzupełnieniu operacji RITGEN'a przez cięcie cesarskie pochwowe DÜHRSEN'a, które, jak wiadomo, otwiera szyjkę maciczną i pochwę cięciem tak dużym, że przez nie można bezpiecznie i łatwo płód wydobyć. Przez połączenie więc dwu tych operacji można płód wyprowadzić przez pochwę ponad małą miednicą do jamy brzusznej i tędy wydobyć go na zewnątrz; operacja będzie od początku do końca podotrzewną.

Operacji swej nadał SOLMS nazwę *laparo-kolpohysterotomia*¹⁾; wykonał zaś ją poraz pierwszy w grudniu roku ubiegłego na wieloródce z miednicą płaską o sprężnej prawdziwej = 10 ctm. Ciężarna domagała się dziecka żywego, gdyż dwoje poprzednich straciła wskutek ciężkich operacji akuszeryjnych. Do operacji przystąpiono w końcu ciąży przy całym pęcherzu płodowym i zachowanej części pochwowej wraz z kanałem szyjki, który przepuszczał tylko 2 palce; po wprowadzeniu na godzinę do macicy metreuryntera, celem pobudzenia jej do skurczów, wykonano cięcie na powłokach brzusznych tuż nad i wzdłuż lewego więzła POUPART'a. Po rozszerzeniu wziernikami brzegów rany wnet ukazała się otrzewna z przebiegającą na niej tętnicą nabrzuszną dolną, którą podwiązano i przecięto. Zaginając się otrzewną usunięto ku górze, pęcherz zaś ku środkowi, przez co wyłonił się aż do połowy dolny odci-

¹⁾ DÜHRSEN ze względu na podobieństwo takiego porodu z porodem Buddy, który, według legendy „wspaniały i promienny, wyszedł po prawej stronie z łona swej matki,” proponuje dla operacji SOLMSA łatwiejszą do spamiętania nazwę: „poród buddyjski” (*Buddhageburt*).

nek macicy, wypuklony przez główkę płodu silnie na lewo. Rozerwanie tkanki łącznej na tępo udało się bardzo łatwo. Po przygotowaniu w ten sposób drogi do dolnego odcinka macicy i do pochwy przez jamę brzuszną, przystąpiono do drugiej części zabiegu t. j. do operacji DUERSSEN'a i wykonano cięcie na przedniej ścianie szyjki i pochwy według modyfikacji BUMM'a (*kolpohysterotomia anterior*). Pęcherz płodowy, wypuklający się w przeciętym i szeroko rozwartym kanale maciczno-pochwowym, powiększonym jeszcze przez przedłużenie cięcia z góry od strony brzucha, przerwano w pochwie i dano tędy ujście wodzie płodowej. Poczem dziecko łatwo wydobyto kleszczami przez ranę brzuszną ponad zwężoną miednicą, pozostawiając otrzewną zupełnie nienaruszoną. Po kwadransie wyciśnięto łożysko przez pochwę. Rany macicy i pochwy zeszyto od strony pochwy i to zupełnie; tak samo ranę brzuszną. Krwawienie było wogóle bardzo umiarkowane. Przebieg pogołu był dla matki i dziecka zupełnie prawidłowy. Rany zagoiły się doraźnie.

SOLMS zeszył rany zupełnie, gdyż miał do czynienia z przypadkiem aseptycznym. W przypadkach co do zakażenia podejrzanych zaleca się ran pochwy i szyjki macicznej wcale nie zeszywać, aby pozostawić drogę otwartą dla drenowania jamy brzusznej przez pochwę. Dren taki wyprowadzić trzeba przez tylny kąt rany pochwowej.

Wydalanie wód płodowych i łożyska przez pochwę zabezpiecza ranę tkanki łącznej miednicowej od zanieczyszczenia.

Operacja SOLMSA nie wymaga wcale wysokiego ułożenia miednicy sposobem TRENDELENBURGA. Tym sposobem unika się niebezpieczeństwa zatoru powietrznego, na co niedawno zwrócono uwagę [KUESTNER, OPITZ]; mianowicie przekonano się, że wysokie ułożenie miednicy sprzyja wnikaniu powietrza bezpośrednio do przeciętych żył macicznych lub też do jamy macicy; jeśli więc następnie położnica zmieni położenie przyczem szyjka maciczna zostanie przypadkowo zagięta pod kątem, to powietrze nie mogąc wydostać się z macicy przez pochwę, zostanie pod zwiększonym nagle ciśnieniem śródbrzusznym wtłoczone wprost do ziejących naczyń miejsca przyczepu łożyska.

Jeszcze jedną dodatnią stroną skombinowanej operacji SOLMSA, o czem już wyżej mówiliśmy, stanowi to właśnie, że do operacji tej można przystępować w każdej porze ciąży, a więc w najodpowiedniejszej dla operacji chwili bez wyczekiwania pracy porodowej, któraby przygotowała i odpowiednio rozciągnęła dolny odcinek macicy, jak tego wymaga operacja FRANKA lub SELHEIM'a.

Widzimy więc, że coraz więcej ujawnia się w czasach ostatnich dążenie do wydoskonalenia cięcia cesarskiego na operację *par excellence* zewnątrzotrzewną. Operacja SOLMSA zdaje się znacznie zbliżyła sprawę tę do pomyselnego rozwiązania. Wskazania do tej operacji dadzą się streścić we dwu wnioskach następujących:

1) Wobec przeszkody do porodu ze strony części miękkich porodowych, jeśli innymi łagodniejszymi sposobami usunąć się nie da, wskazane będzie samo cięcie cesarskie pochwowe. Gdzie zaś przeszkoda będzie w drogach kostnych porodowych, tam wejdzie w swe prawa kombinacja cięcia cesarskiego pochwowego z gastro-elytrotomią albo t. zw. *laparo-kolpohysterotomia SOLMSA*.

2) *Laparo-kolpohysterotomia* powinna w przyszłości zastąpić sztuczny poród przedwczesny, cięcie cesarskie klasyczne, hcbosteotomię, wymóżdzenie żywego płodu, obrót zapobiegawczy i wysokie kleszcze.

(Berlin. klin. Wochenschrift. 1909. Nr 5).

M. Zweigbaum.

62. T. Landau. Rzadki przypadek wewnątrzmacicznego samoistnego obcięcia głowy.

9-go grudnia r. z. na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lek. autor demonstrował osobliwy płód i łożysko, otrzymane od wieloródki, roniącej w 5-m miesiącu ciąży. Poronienie miało przebieg normalny. Łożysko o średnicy 12-u ctm. i cienkiej owodni; ilość wód płodowych prawdopodobnie była w normalnych granicach; pępowina długości 18 u ctm. bez specjalnych spłaszczeń, węzłów lub przerostów; długość płodu 17 ctm., przypuszczalnie płeć żeńska [wskazówki na wargi]. Płód jest dobrze rozwinięty, ma tułów podłużny, dwie końsko-szpotałe kończyny dolne, prawa kończyna górna rozwinięta normalnie; lewa górna w stanie niedorozwoju; ramię i przedramię mają po 0,5 cmt. długości; długość dłoni 1,5 mm. Płód bez głowy: górna część tułowia zakończona kopulasto; jednym słowem—płód należy do typu *acephalus cum pedibus equino-varis, micromelia extremitatis super. sin., atresia genitalis et ani*. Na wewnętrznej powierzchni owodni tuż około przytwierdzenia pępowiny znajduje się przyrośnięta głowa, wielkości orzecha laskowego, trochę skurczona, na niej widoczne są oczy, nos i usta, szyja w lekkim zwrocie przyrośnięta do owodni. Mamy więc 5-mies. płód, którego głowa odpowiada 2-u mies. rozwojowi. Przypuszczenie, że w danym razie była ciąża bliźniacza z nierównomiernym rozwojem płodów, z których jeden uległ zwyrodnieniu i przeistoczył się w polip łożyskowy, należało odrzucić, gdyż nie było pępowiny na szyi tego płodu. Na potwierdzenie przynależności tej głowy do bezgłowego płodu autor przytacza obecność głębokich blizn na kopulastej górnej części tułowia, które, jego zdaniem, pozostały po obcięciu głowy. Na tej podstawie autor przypuszcza wewnątrzmaciczne samoistne obcięcie głowy z szyją i przypadek swój zalicza do rzędu opisanych w 1905 r. przez AHLFELD'a (*Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie*, str. 191), w których oddzielone części płodu przyrastały na innem miejscu i rozwijały się w dalszym ciągu, np. noga na pośladku, kroczu, owodni i t. p. Niniejszy przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że płód po utracie głowy rozwijał się jeszcze w ciągu 3-ch mies., tego rodzaju fakty nie były dotąd opisywane. Zastanawiając się nad sposobem dokonania się dekapitacji, autor zaznacza, że przecięcie szyi mogło być dokonane: 1) owinięta naokoło niej względnie wytrzymała pępowina, gdy w pierwszych okresach ciąży oddzielne części płodu są miękkie i podatne; HILLAIRET opisał płód 3-mies., którego szyja wskutek trzykrotnego owinięcia pępowiną była tak cienka, że jej poprzeczny wymiar równał się 1 mm.; 2) pasmami wewnątrzowodniowymi, powstającymi przy różnych sprawach chorobnych owodni; są to: a) pasma po procesach zapalnych [SIMONART]; b) uraz zewnętrzny, powodujący pęknięcie owodni, która się nie zrasta, pływa swobodnie w wodach płodowych i skręca się w pasmo [KUESTNER]; c) uraz wewnętrzny [ze strony płodu] w następujących warunkach: przy małej ilości wód płodowych owodnia nie leży na kosmówce, lecz ściśle otacza płód, wtedy płód łatwo może przerwać owodnię [OLSHAUSEN]; 3) przez wady rozwojowe owodni: jej niedorozwój [BRAUN, MARCHAND, v. BARDELEBEN] lub przerost; v. WINKEL znalazł przerost owodni, która utworzyła na płodzie pętlę, prawie zupełnie obcinając mu ramię; HOLZAPFEL opisał wrodzony otwór w owodni, przez który płód przesunął kończynę w przestrzeń pomiędzy owodnią i kosmówką, wskutek tego nastąpiła amputacja kończyny. Dla wyjaśnienia swego przypadku autor skłania się do teorii hr. SPER, który głosi, że wskutek zaburzeń rozwojowych owodnia może być zbyt mała [ciasna] i może posiadać wewnątrz pasma; pasma przyczołowały do powierzchni owodni kark, ściśle przylegająca owodnia ucisnęła lewą górną i obie dolne kończyny, wywołując mikromelię i ich wygięcie do

wewnątrz; podczas dalszego rozwoju płodu w mocno uciśniętej szyi nie mogły rozrastać się naczynia, niezbędne dla rozwoju głowy; rosnący w dalszym ciągu mocny tułów własnym ciężarem i pociąganiem rozluźniał połączenie tułowia z głową, szyja stawała się coraz cieńsza, w rezultacie uległa zupełnemu przecięciu; głowa odżywiała się na miejscu swego nowego przyczepa i osiągnęła zaledwie dwumiesięczny rozwój, gdy tymczasem tułów, nie mając żadnych przeszkód, doszedł do 5-miesięcznego rozwoju.

(Berlin. klin. Woch. 1909. Nr 2).

St. Zdanowicz.

63. Erich Opitz [Düsseldorf]. Praktyka nowej metody pielęgnowania położnic.

Autor jest zwolennikiem wczesnego wstawania położnic. Ta nowa metoda prowadzenia okresu połogowego powstała dzięki KUESTNER'owi na zasadzie jego dokładnych badań nad położeniem macicy u położnic i innych kobiet. Jako przykład nieszkodliwości wczesnego wstawania, możnaby wskazać na kobiety z ludu. Autor jest zdania, że przetrzymywanie w łóżku zdrowych ludzi, a za takich uważa położnice, jest ciężką dla nich karą, że wygląd bladej, osłabienie, zawroty głowy przy wstawaniu, uczucie bólu w nogach i inne objawy, a nawet zakrzepy żyłne powstają jedynie przez długie leżenie w łóżku.

Na korzyść wczesnego wstawania przemawia ułatwione oddawanie moczu i kału, podmiotowe uczucie zdrowia, świeżość umysłu i wyborny wygląd położnic. Jeżeli niema jakichkolwiek przeciwwskazań [zaszyte krocze, zabiegi nałożysku, wydzieliny cuchnące, gorączka stała lub tylko podczas porodu, duże osłabienie, wada serca, zapalenie nerek, gruczołu mlecznego, przymacicza i innych], autor pozwala kobietom wstać po porodzie zaraz po wypoczynku, to jest po pierwszej nocy poporodowej; przymusu nie stosuje. Oprócz jednej położnicy, która po poprzednich porodach długo trzymalna była w łóżku, wszystkie inne nawet ze sfery zamożnej z prywatnej praktyki nie ociążały się ze wstaniem. Położnice dowolnie siedziały i chodziły, tylko po południu musiały na kilka godzin iść do łóżka. Zuraz po porodzie otrzymuje każda położnica mocny pas brzuszny, zapinany na sprzączki, pomiędzy nogami przechodzi napięta podpaska z podkładką. Pas usuwa rozdęcie kiszki po porodzie i przyspiesza przemianę wsteczną tłoczni brzusznej. Oprócz tego położnice zależnie od sił wykonywają ćwiczenia gimnastyczne: siadają bez pomocy rąk i robią tak zwane *knipping garna* według THURE BRANDT'a, co wpływa na wzmocnienie muskulatury krocza; rozpoczyna się to od 2-go dnia, później zlewa się krocze sitkiem od dołu letnią i zimną wodą. Praktykę swoją O. opiera na materiale 275 u położnic. Przeciwnicy wczesnego wstawania położnic upatrują w tej metodzie: niebezpieczeństwo zatorów (*embolia*), zmian w położeniu macicy i przeszkodę w powrocie do sił

Dane statystyczne nie wykazują zatorów w przeszłości opuszczeniu łóżka przez położnice. Zakrzepy żyłne powstają na tle zakażenia i występują dopiero w czasie późniejszym. Zakrzepów żylnych łożyskowych w macicy niema się co obawiać, one nie wchodzą do krążenia krwi, lecz odpadają do jamy macicy. Tylko zakrzepy żył miedniczych i dolnych kończyn są groźne, powstają one z powodu zakażenia, zmian w ścianach żylnych i zwolnienia krążenia krwi; to zwolnienie krążenia krwi usuwa wczesne wstanie, co się zaś tyczy zdecydowanych zakrzepów lub podniesienia gorączki, to są one okolicznością, zatrzymującą położnice w łóżku. Zapadanie macicy do tyłu w pierwszych dniach połogu jest nieszkodliwe; przodozgięcie macicy połogowej

przez wstawanie położnicy zwiększa się jeszcze. Przemiana wsteczna aparatu więzadłowego macicy, upośledzonego przez gwałtowne rozciągnięcie podczas ciąży, może uleść zaburzeniu wskutek wczesnego wstawania położnicy; również i rozerwania i zanik mięśni dna miednicy mogą spowodować wypadnięcie macicy.

Otóż, jak już wspomniano, położnica nie może wstawać wraz zeszycia kroczka; wtedy wskazane są ćwiczenia gimnastyczne, wraz z wstawaniem, wszelkie wysiłki fizyczne są wykluczone. Przemiana wsteczna u położnic, które wcześniej wstały, po zastosowaniu wspomnianych zaleceń odbywała się prawidłowo; matki karmiły własne dzieci.

Powrót do zdrowia odbywał się również pomyślniej przy wczesnym wstawaniu, na co wskazywały nawet położnice ze sfer zamożnych, które wtedy nie zajmowały się gospodarstwem i nie przyjmowały wizyt. Wypoczynek po porodzie, niezbędny po wstrząsie psychicznym, usprawiedliwia skierowywanie odpowiednich chorych do zakładów położniczych.

Na podniesienie ciepłoty wczesne wstawanie nie wpływało. Kobiety z pewnym usposobieniem do możliwego zakażenia, szczególnie po łożysku przodującym lub ręcznym usunięciu tegoż, muszą leżeć kilka dni, aż minie obawa zażenienia.

Autor zwraca uwagę na przyspieszenie tętna u położnic, które wcześniej wstały, nie wyjaśnia jednak bliżej przyczyny tego objawu. O. nie jest pochopny do stosowania wczesnego wstawania w praktyce prywatnej ze względu na ściśle indywidualizowanie i dozór, czego przeprowadzić poza kliniką dokładnie się nie da.

Aby zapobiedz zapaleniu piersi, O. zgodnie z zaleceniem AHLFELD'a stosuje już na 6 tygodni przed porodem dokładne obmywanie brodawek piersiowych ciepłą wodą z mydłem co drugi wieczór, wysuszenie ich i posmarowanie 10% ym roztworem taniny w spirytusie; po każdym karmieniu wyciera brodawki maścią lanoliwą (*Lanolini, Ol. olivarium aa 50. Acid borici 4*) i przed karmieniem zmywa się maść wodą borową lub przegotowaną; pęknięcia brodawek zdarzają się rzadziej i prędzej się goją. Wrazie znacznych pęknięć brodawek, stosuje kapturki; gaudanina nie dała dobrych wyników. Wrazie zapalenia piersi zaleca okład rozgrzewający z wody BUROWA z wysokim uniesieniem piersi. Karmienie dziecka z początku odbywa się 6 razy, najwyżej po $\frac{1}{4}$ godziny i zwykle możliwie z jednej piersi.

O. podkreśla stosowanie metody WASSERMANN'a do wykrycia syfilisu przy wyborze mamki; robił również doświadczenia z odczynem ocznym na tuberkulozę u matek, nie zabraniał jednak karmienia, o ile internista nie wykrył zmian właściwych. Według WALCHERA wzmożone żywienie karmicielek nawet pomyślnie wpływa na przebieg ich cierpienia. Co do żywienia położnic, to nie różni się ono od pożywienia innych kobiet, unikać jednak należy potraw rozdymających: owoców strączkowych, kapusty. Pokarm matek w zupełności wystarczał dzieciom. Po raz pierwszy dziecko przystawiono do piersi pod koniec doby, później 6 razy: o 6-ej, 9-ej, 12 $\frac{1}{2}$ -ej, 4-ej, 7-ej i 10-ej godzinie, w nocy nie dostawały piersi. Co do ilości pożywienia, zachodziła duża rozmaitość w granicach fizjologicznych. Wszystkim dzieciom wkraplano 1%-owy roztwór lapisu do worka spojówkowego z dobrym wynikiem. O. jednakże ma za radą v. HERFF'a przejść do safolu (*Saphol*). Sznurek pępkowy przewiązywano jałową wstążeczką na 2 ctm. nad skórą i przecinano. Po kąpieli wycierano pępek alkoholem i opatrywano wyjałowioną gazą i muslinowym bandażykiem; aż do odpadnięcia pępownicy dziecko, zamiast kąpieli, obmywano tylko; opatrunek na pępku zmieniano wraz z zamaczaniem go moczem i ewentualnie po

obmyciu pępka alkoholem posypywano go kseroformem. Pępownina odpada pomiędzy 5-y a 9-y dniem.

(*Medizinische Klinik* 1909, Nr. 1 i 2).

Wł. Staniszewski.

64. Otto Kuestner. Jaka metoda przodoustalenia (*antefixatio*) jest najstosowniejsza przy nieruchomem tyłożęciu - tyłopocholeniu (*retroflexio-versio*)?

Autor jest zwolennikiem metody ALEXANDER-ADAMSA z otwarciem *conus peritonealis*. Metoda w zupełności zapewnia prawidłowe położenie, lecz bezwarunkowo wymaga zupełnej ruchomości macicy, co zdarza się u dziewczyci szczególnie w takich kobiet, u których przez długi czas stosowano z powodzeniem krążek, lecz po usunięciu jego macica zapadała do tyłu. Stosowanie tej metody przy jakichkolwiek zrostach nie prowadzi do celu. Propozycję GOLDSPOHN'a, aby przez otwarty *conus peritonealis* oddzielić zrosty palcem, autor stanowczo odrzuca, jako metodę niepewną i niebezpieczną; podobnie ma się rzecz z metodą BOISLEUX—oddzielenie zrostów przez cięcie w tylnym sklepieniu—, która nie daje gwarancyi pewnego operowania. Wrazie zrostów konieczne jest otwarcie brzucha z góry cięciem niewielkiem—kilka centymetrów w *linea alba*—, co wystarcza dla dokładnego objęcia pola operacji; możnaby wtedy zastosować i *ventrifixuram*, która daje bardzo dobre wyniki, a mianowicie: jeżeli wykluczona jest na przyszłość możliwość ciąży, to metodą CZERNY-LEOPOLDA z szerokiem umocowaniem lub wrazie przypuszczalnej ciąży—nie szerokiem lub metodą OLSHAUSEN'a, która nie ogranicza wzrostu macicy ciężarnej. Autor nie zaleca wewnątrztrzewnego skracania więzadeł ze względu na zwykle powstające rozciąganie się tego rodzaju zrostów otrzewnych. Choć rzadko się zdarza, aby kiszki zabłąkały się do wytworzonej przez *ventrifixuram* w jamie brzusznej bramy, lepiej jednakże tego uniknąć i w tym celu nawet po oddzieleniu zrostów i uporządkowaniu przydatków zaleca autor stosowanie metody ALEXANDER-ADAMSA. Dla zaoszczędzenia chorej drugiej bliźny, stosował autor zabieg ten tylko na jednej stronie, z wyniku był zadowolony nawet i w tem znaczeniu, że macica przy następczej ciąży mogła się lepiej rozwijać. Autor uważa za postęp propozycję RUMFPA i PALMA, którzy zalecają cięcie nadłonowe krzyżowe według KUESTNER'a. Cięcie skóry dochodzi do obydwu kanałów pachwinowych ponad spojeniem łonowem; po odsunięciu ku górze płatów skórno-tłuszczowych aż do powięzi—podłużne cięcie w *linea alba*; po dokonaniu rewizyi narządów płciowych—zamiast *ventrifixatio* zabieg ALEXANDER-ADAMSA. Autor zwraca jeszcze uwagę na jeden szczegół, mianowicie: wrazie wycięcia przydatków nie radzi nakładania masowych podwiązek na wiąz szeroki, ponieważ występuje takie przykucie więzadła szerokiego, że wiąz obły z tej strony nie daje się dokładnie dociągnąć do kanału pachwinowego, lecz zaleca podwiązanie poszczególnych krwawiących naczyń i peritonizację.

(*Zentralblatt f. Gynäk.* 1909, Nr. 2).

Wł. Staniszewski.

65. Hugo Sellheim [Tybinga]. O tamowaniu krwotoku okresu poporodowego w przypadkach łożyska przodującego i niskiego przyczepu łożyska.

W macicy podczas porodu uwydatniają się dwie jej części: jedna czynna, kurcząca się i wypychająca—to trzon, druga nie kurcząca się wcale, a natomiast dająca się rozciągać—to przewód wyprowadzający albo szyjka maciczna. Granica między temi dwiema częściami niezawsze jest wyraźna. Wielu też badaczy przyjmuje i część trzecią, przejściową, po części z szyjki i trzonu utworzoną. Jeśli łożysko osiadło w przewodzie wyprowadzającym—to wytworzy się łożysko przodujące. Podczas prze-

suwania się płodu przez kanał porodowy miejsce przyczepu łożyska przodującego ulega rozciągnięciu. Przez rozciągnięcie się i powiększenie powierzchni łożyska wzmagają się krwawienia podczas porodu i po porodzie.

SELLHEIM zastosowawszy w przypadku łożyska przodującego cięcia cesarskie podotrzewne na szyjce macicznej i tą drogą wydobywszy za dzieckiem łożysko, przekonał się, że krwawienie podczas operacji i po porodzie było bardzo nieznaczne. To go pobudziło do dalszych prób z tym sposobem operowania w przypadkach łożyska przodującego zamiast pozostawienia porodu biegowi naturalnemu, przy którym, jak wiemy, miejsce przyczepu łożyska przodującego ulega rozciągnięciu. Przy cięciu cesarskim podotrzewnym tego rozciągnięcia niema, a więc unika się też i powodu do silnego krwotoku. Krwawienie umiarkowane, które zjawiało się po wydobyciu łożyska, dawało się bardzo łatwo oponować, a następnie przez wytamponowanie miejsca przyczepu łożyska można się było od krwawień dalszych zabezpieczyć.

Pomimo to, rozwiązywanie ciężarnych i rodzących cięciem cesarskim podotrzewnym w przypadkach łożyska przodującego pozostanie jeszcze na długo operacją wyjątkową, dostępną tylko dla bardzo wprawnych specjalistów ginekologów i dla zakładów klinicznych. Z doświadczenia jednak, jakie zdobył S., operując w ten sposób 11 przypadków łożyska przodującego, można już wyprowadzić pewne wnioski o sposobach skutecznego postępowania w okresie poporodowym nawet i dla tych przypadków łożyska przodującego, które przez poród naturalny ukończone zostały.

Niedokładnemu rozpoznaniu źródła krwotoku czyli miejsca, gdzie łożysko było przyczepione, nierzadko przypisać trzeba winę nadmiernych krwawień w okresie poporodowym.

Aby określić w jakim stosunku pozostaje trzon i szyjka maciczna do miejsca, w którym łożysko spoczywało, należy przed odejściem łożyska przekonać się, w jakim oddaleniu znajduje się brzeg jego od ust macicznych, a po odejściu łożyska oznaczyć wielkość samego łożyska, poznać w błonach płodowych miejsce, gdzie nastąpiło ich rozdarcie, niekiedy zaś pożytecznym nawet będzie wprost wymacanie palcem miejsca przyczepu łożyska.

Zdolnym do skurczów jest trzon macicy, niezdolną do skurczów jest rozciągnięta szyjka maciczna, a więc i te miejsca szyjki i części przejściowej, do których przyczepione było łożysko. Stosownie do tego jeśli łożysko spoczywało w trzonie macicy, to w razie krwotoku należy pobudzać do skurczów macicę; natomiast trzeba starać się o wywołanie zakrzepów (*thrombosis*), jeśli łożysko było przyczepione w szyjce macicy; nareszcie jeśli łożysko miało siedlisko częścią w trzonie, częścią zaś w szyjce macicznej (*isthmus*) — co zdarza się najczęściej z łożyskiem przodującym — to trzeba działać w dwu kierunkach celem powstrzymania krwotoku, a mianowicie: pobudzać trzon macicy do skurczów, a w szyjce wywołać trombozę naczyń.

Do skurczów pobudzają macicę środki drażniące: mechaniczne, jak nacieranie i gnecenie mięśnia macicy lub oboręczne uciskanie macicy; termiczne, jak gorące i zimne przemywania macicy; wreszcie chemiczne, jak woda chlorowa zastosowana miejscowo i ergotyna, wstrzyknięta pod skórę lub wewnętrznie podawana. Do wytwarzania sprawy zakrzepowej najlepiej postęgiwać się wytamponowaniem gazą macicy i szyjki macicznej. Aby tamponowanie było skuteczne, trzeba zawsze pamiętać o tem, że trzon macicy powinien być, wypchany luźno, szyjka umiarkowanie mocno, tak, aby jej nie rozciągnąć nadmiernie, w sklepieniach zaś pochwy gaza powinna być ubita bardzo szczelnie, aby mocno od zewnątrz naciskała na szyjkę.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA

Posiedzenie dnia 29-go stycznia 1909 r.

1. KASPEROWICZOWA przedstawiła chorą *cum utero rudimentario*; 34 lata, miesiączkowała raz jeden w 18-m roku życia w ciągu jednego dnia, odtąd *molimina menstrualia*—ogólne niedomaganie, bole krzyża, krwotoki z nosa. Zamaż wyszła w 20-m roku życia, *coitus* prawidłowy i z zadowoleniem. Wygląd zewnętrzny chorej zupełnie prawidłowy, gruczoły mleczne dobrze rozwinięte. Narządy płciowe normalne, pochwa krótka, kończy się ślepo; macica szczątkowa w kształcie litery T. Prawy jajnik wielkości migdała, lewy znacznie mniejszy.

2. BORSUK przedstawił preparat wyciętej macicy zmienionej przez obrzymie włókniaki. Guz dosiagał wielkości macicy w 9-m miesiącu ciąży, jama macicy przechodzi przez całą długość guza w kierunku falistym, włókniaki śródmiąższowe zajmują trzon macicy i nadpochwową część szyjki. Trudności technicznych operacja nie nastęrczała. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

3. SOLOMONOWICZÓWNA przedstawiła chorą z rakiem sromu i powiększonymi gruczołami pachwinowymi, zakwalifikowaną do operacji. W dyskusji STANKIEWICZ zaznacza, iż ze względu na powiększone gruczoły, chora właściwie do operacji doszczętniej nie nadaje się i uważa za pożyteczne poddać ją fulguracyi, która obecnie na Zachodzie znajduje szerokie zastosowanie.

KARCZEWSKI w powiększonych gruczołach nie widzi przeszkody do zabiegu; operował przypadek raka sromu z usunięciem gruczołów w pachwinach przed 3-ma laty i nawrotu niema dotąd. Fulguracyi CZERNY odmawia wszelkiej wartości, ma ona raczej przyspieszać powstawanie licznych przerzutów.

4. S. ZABOROWSKI przytacza 2 przypadki ciąży, powikłane włókniakami macicy. Pierwszy przypadek dotyczył 32-letniej kobiety, która zaszła w ciążę po 10-u latach małżeństwa pomimo włókniaków; chora na operację nie zgadzała się z obawy na nieuniknioną niepłodność. Największy włókniak [przed ciążą wielkości pomarańczy] rozrósł się do wielkości głowy płodu donoszonego; od porodu, który odbył się przed 3¹/₂ miesiącami pomyślnie, guz ten począł się zmniejszać i dziś nie przekracza wielkości pięści; w tym samym stosunku zmniejszyła się i reszta nowotworów. Chora miesiączkowała prawidłowo już dwukrotnie. W drugim przypadku włókniaki nierównie mniejsze wychodziły z części pochwowej i zamykały zupełnie wejście do miednicy małej; dały one powód do rozwiązania chorej na drodze cięcia cesarskiego, po którym Z., wobec niemożności zeszycia zwyrodniałej i usianej włókniakami ściany macicy, usunął ją doszczętnie. Na przedstawionym preparacie widać w szyjce poniżej ujścia wewnętrznego dwa włókniaki, które stały się przyczyną powikłań. Z. podkreśla ostrożność co do rokowania w podobnych przypadkach.

W dyskusyi KARCZEWSKI zaznacza brak kryterium w traktowaniu przypadków ciąży i porodu, powikłanych włókniakami macicy. K. spostrzegł przypadek ciąży, w którym włókniak, zamykający miejsce do małej miednicy, odsunął się wbrew wszelkim oczekiwaniom ku górze i umożliwił poród

przez pochwę. CYKOWSKI za jedyne kryterium w postępowaniu lekarskiem uważa li: tylko przebieg ciąży i porodu i wyprowadza wniosek, iż w omawianej kategorii przypadków ciąży należy być bardzo ostrożnym w wypowiedzianiu zdania zarówno o potrzebie przerwania ciąży, jak i nieodzowności rozwiązania chorej przez powłoki brzuszne. Powyższy pogląd popierają ZABOROWSKI i ENDELMAN.

Z wyborów na członków prezydium sekcji na rok 1909 wyszli: na prezesa NEUGEBAUER [po raz trzeci], na wiceprezesów: ZWEJGBAUM [po raz drugi] i STANKIEWICZ, na sekretarza CYKOWSKI [po raz trzeci].

Wł. Staniszewski.

Wiadomości bieżące.

— Pogrzeb ś. p. DUNINA. Śmierć ś. p. DUNINA wywarła głębokie wrażenie nie tylko wśród lekarzy i ciał naukowych, lecz i szerokiego ogółu, który licznie oddał ostatnią posługę przy przeniesieniu zwłok jego na cmentarz Powązkowski dnia 20-go marca r. b.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i Redakcja Gazety Lekarskiej otrzymały liczne listy i telegramy kondolacyjne, pomiędzy innymi: od prof. GLUZIŃSKIEGO w imieniu kliniki lekarskiej Uniwersytetu Lwowskiego, od prof. RYDYGIERA, od prof. WICHERKIEWICZA, od wydziału lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego [dziekan prof. W. SIERADZKI], od wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego [dziekan prof. WACHBOLZ], od Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego [prezes prof. RENCKI], od Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego [prezes prof. DOBROWOLSKI], od Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego.

Delegatem Wydziału lek. Uniw. Lwowskiego oraz Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego na pogrzebie DUNINA był doc. dr JAN PRUSZYŃSKI, delegatem Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego był dr PIENIĄŻEK.

Przybyło też umyślnie wielu kolegów z różnych stron kraju celem oddania ostatniej usługi zwłokom niepospolitego pracownika na niwie wiedzy lekarskiej i jednego z najwybitniejszych obywateli.

Na cmentarzu Powązkowskim przed złożeniem zwłok do grobu, po zakończeniu obrzędów religijnych wygłoszono 8 mów, które w streszczeniu podajemy.

Pierwszy przemówił prof. SAMUEL DICKSTEIN, wiceprezes Towarzystwa Naukowego, w imieniu tegoż Towarzystwa, czcząc ś. p. DUNINA, jako człowieka o szerokich poglądach naukowych, który doniosłość społeczną nauki czystej doskonale oceniał. Tym swoim poglądom dał wyraz w nakreślonych przez siebie zadaniach i celach Towarzystwa.

Ś. p. DUNIN pragnął, aby Towarzystwo Naukowe stało się żywą organizacją pracowników, oddanych nie przygodnie tylko, lecz wyłącznie badaniom, oraz szczepieniu w kraju samodzielnej myśli naukowej. „Odcieśli od świata, mówił ś. p. DUNIN, skazani zostaniemy na wieczne przeżuwanie i powtarzanie obcych myśli, na banalność, powierzchowność sądów, co musi się odbić na całym społeczeństwie. Na tak ubogim naukowym gruncie nie zakwitnie żadna donioślejsza myśl społeczna, gdy natomiast niedorzeczne poglądy plenić się będą, nie napotkawszy naukowej krytyki; nie zabłyśnie żadna nowa myśl, żadne odkrycia, któreby mogły czytać na-uce, czytać przemysłowi otworzyć nowe horyzonty“.

„Trzeba aby ludzie pracowali nad nauką czystą tu u nas, aby około nich gromadziła się młodzież, któraby uczyła się myśleć samodzielnie, a co więcej my-

śleć po polsku". Na tem tle ś. p. DUNIN rzucił myśl założenia siłami społeczeństwa przy Towarzystwie Naukowym Instytutu do prac teoretycznych i doświadczalnych. Choć chwila ziszczenia tej spuścizny ś. p. DUNINA nie prędko nadejdzie, jego słowa mądre i namaszczenia pełne—zakończył prof. D.—dźwięcząc będą w sercach naszych, jakby pobudka bojowa.

W imieniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego żegnał ś. p. DUNINA wiceprezes Towarzystwa, dr OTTON HEWELKE, uwypatniając działalność zmarłego najpierw jako długoletniego członka, a następnie prezesa, który łączył w sobie zalety uczonego lekarza, zarówno tak teoretyka, jak i praktyka, wraz z szerokim wykształceniem ogólnym, a stojąc na wysokości i odgadując kierunek i przejawy nowych prądów, brać mógł szerszy udział w rozprawach.

Jako delegat wydziału lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego i Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego przemawiał doc. dr JAN PRUSZYŃSKI. Mówca wyraził żal, że nad grobem ś. p. DUNINA, niestety, nie wypowie ostatniego pożegnania przedstawiciel polskiego uniwersytetu w Warszawie, którego ozdobą i niewygasłą chlubą byłby niewątpliwie przedwcześnie zgasły wytrawny badacz, znakomity lekarz, nieoceniony kierownik pracy naukowej. Zaznaczając wysokie uznanie, jakie żywił zawsze wydział lekarski U. L. dla prac naukowych ś. p. DUNINA i jego uczniów, zaliczył zmarłego do szeregu takich mistrzów jak DITTL, CHALUBIŃSKI i KOROZYŃSKI, uwypatnił jego udział ożywczy w zjazdach lekarzy i przyrodników polskich oraz w założeniu sanatorium w Zakopanem. Wreszcie wyraził głęboki a serdeczny żal od wydziału lekarskiego U. L. i od Tow. Lek. Lwowskiego i głębokie współczucie braciom w stolicy Polski dla tej niepowetowanej straty, jaką najbezpośredniej poniosła Warszawa, ale niemniej bolesnie wszystkie ziemie polskie od północnych krańców aż do Tatr podnurza.

Dr ANASTAZY LANDAU w imieniu uczniów uczcił pamięć DUNINA jako kierownika oddziału i przewodnika młodzieży lekarskiej. Ś. p. DUNIN stworzył wzorową pracownię kliniczną, z której wyszły liczne prace naukowe. Ś. p. DUNIN z właściwym sobie zapalem poświęcał się nauczaniu klinicznemu; cechą jego była jasność, ścisłość i prostota w rozumowaniu i postępowaniu przy łóżku chorego. Przenosił nadto skwapliwie na nasz grunt owoce postępu zachodniego, pragnąc aby nauka polska stała na równi z europejską. Dla uczniów, którzy, jako najbliżsi świadkowie działalności zmarłego, najbardziej odczuli doniosłość niepowetowanej straty, hołdem pożegnalnym jest pragnienie, aby pozostał dla nich zawsze, jak za życia, gwiazdą przewodnią ich czynów i dążeń.

Dr HENRYK NUSBAUM, wiceprezes Stowarzyszenia lekarzy polskich w imieniu tegoż Stowarzyszenia uczcił zasługi zmarłego, który obrany prezesem od założenia instytucji żywo poruszał mnóstwo kwestyi, dotyczących użyteczności publicznej, pilnie czuwał nad przeprowadzeniem ich w życie, nie szczędził wysiłku myśli i energii czynu, mając na celu pożytek cierpiących, udoskonalenie publicznych instytucji zdrowotnych i prawidłowy rozwój stanu lekarskiego w Polsce. Żegnał dr N. ś. p. DUNINA nie tylko jako prezesa Stowarzyszenia, ale jako drogiego sercu przyjaciela.

Dr WITOLD SZUMLAŃSKI przemawiał w imieniu Komitetu Sanatorium dla chorych piersiowych, podnosił zasługi ś. p. DUNINA jako inicjatora i głównego twórcy tej instytucji, zaznaczył jego szeroką ofiarność i podczas budowy i po jej ukończeniu na spłatę należności, aby tem pręcej zdobyć możność przystąpienia do budowy drugiej połowy gmachu.

Mówiąc w zakończeniu o wielkiej stracie, jaką przez śmierć DUNINA poniosło całe społeczeństwo, wzywał do uczczenia jego pamięci w ten sposób, aby zebrać fundusz na wybudowanie drugiego skrzydła i doprowadzenie do końca tego, co tak szlachetnie DUNIN rozpoczął,—i aby od tej chwili fundacya ta nosiła nazwę „Sanatorium imienia dra TRODORA DUNINA“.

W imieniu Towarzystwa Hygienicznego dr WACŁAW MŁOZKOWSKI uczcił pamięć ś. p. DUNINA jako pracownika na polu higieny, a zwłaszcza szpitalnictwa.

Ś. p. DUNIN jeszcze przed laty 30-u nawoływał do uporządkowania u nas spraw szpitalnych, a przed laty 10-u wypowiedział żywą krytykę ustroju dotychczasowego i wskazał środki zaradcze, uderzające śmiałością, oryginalnością i trafnością myśli. Jakk przewodniczący wydziału szpitalnego Tow. Hyg., ś. p. DUNIN rzucił myśl założenia sanatorium dla piersiowo chorych, którą z niezmordowaną energią doprowadził do skutku; mając na sercu sprawę higieny ludu, dał wiele cennych wskazówek w sprawie pomocy lekarskiej dla ludu naszego. Tak jak zawsze w życiu swem szczerzy, otwarty, wróg frazesu, wypowiadał śmiało swe poglądy, licząc się z własnym przekonaniem.

Na ostatku przemówił dr WINCENY LISOWSKI z Humania, jako przedstawiciel kresów, gdzie imię ś. p. DUNINA było znane i cenione, a imię wielkie stworzyły mu nie godności lub zaszczyty i piastowane urzędy wysokie, lecz inteligencja niepospolita, praca żelazna a umiejętna i miłość narodu z ludzkością całą. Mówca przedstawił cechy ś. p. DUNINA jako lekarza i starszego kolegi, i jako umiejętnego kierownika całych pokoleń lekarzy.

— XVI Zjazd chirurgów polskich odbędzie się d. 15-go, 16-go i 17-go lipca r. b. bezpośrednio przed I Zjazdem internistów polskich w Krakowie. Uprasza się o wczesne zgłaszanie wykładów.

L. Rydygier, Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 7-go do 13-go marca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 78-u chorych zakaźnych, mianowicie: z ospą 4, odrą 2, szkarlatyną 4, różą 7, tyfusem plamistym 34, tyfusem brzusznym 11, gorączką powrotną 7, błonicą i krupem 3, grypą 6.

W tymże okresie czasu zmarło: na tyfus plamisty 3, tyfus brzuszny 4 i na błonicę 1.

— Drugi międzynarodowy Zjazd sądowo-psychologiczny i psychiatryczny odbędzie się w Giessen od 13-go do 18-go kwietnia 1909 r.

— 12 y międzynarodowy Zjazd antyalkoholyczny odbędzie się w Londynie między 18-m a 24-m lipca r. b.

— Towarzystwo akuszerów francuskich zorganizowało komitet nacjonalny do walki z wywoływaniem poronień. Stwierdzono bowiem, że liczba poronień występujących wynosi we Francyi $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków ciąży (?!), przyczem śmiertelność dosięga do 6% (*Allg. med. Centr. Ztg. Nr. 9*).

— W Maryenbadzie powstało Towarzystwo celem urządzenia sanatorium dla lekarzy, które ma na celu dostarczanie lekarzom bezpłatnego pomieszczenia i leczenia, uwolnienie od taksy, ustępstwo w restauracyach, teatrze i t. p. Członkowie Towarzystwa płacą składki 5 koron rocznie.

SPROSTOWANIE. W N-rze 12-ym na str. 265 w wierszu 1-szym zamiast: lutego, powinno być: marca.

Do N-ru bieżącego dołącza się dla miejscowych i zamiejscowych prenumeratorów prospekt pisma p. t. „Gruźlica“.
