

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. J. WERTENSTEIN. Krwiak poporodowy w jamie kulszowo-odbytniczej. Str. 465. II. ERBRICH. O tracheo- i bronchoskopii, oraz klinicznem znaczeniu tej metody. Str. 469. (C. d.). *Dział sprawozdawczy.* 91. OTTO v. HERFF. Dezynfekcyja bez wody i mydła w przypadkach ginekologicznych. Str. 474.—92. J. SCHOEMAKER. Sprawozdanie z 3000 przypadków nasypania zapomocą chloroformu i eteru w połączeniu z uprzedniem wstrzyknięciem skopolaminy z morfiną. Str. 475.—93. A. DOEDERLEIN. O cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem. Str. 476. 94. W. LATZKO. O cięciu cesarskiem pozaotrzewnem. Str. 477.—95. CYRILLE JEANNIN. Wartość porównawcza różnych sposobów cięcia przyłonowego (hebotomii). Str. 478.—96. G. PIQUAND i RENAUD HUE. Dźwigacz łonowo-pochwowy i wypadnięcie pochwy i macicy. Str. 479. 97. M. J. L. FAURE. Wskazania do operowania włókniaków macicy. Str. 480. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 5-go kwietnia 1909 r. Str. 481. *Wiadomości bieżące.*—*Ogłoszenia.*

I. Krwiak poporodowy w jamie kulszowo-odbytniczej.

(*Haematoma post partum in fossa ischioirectali*).

Napisał

Dr J. Wertenstein.

(Odczyt wygłoszony dnia 30-go kwietnia r. b. w sekcji ginekologicznej Warsz. Tow. Lek.).

Krwiaki sromu i pochwy nie należą do częstych powikłań porodowych *resp.* poporodowych. Pod tym względem różni autorowie różne podają cyfry. I tak np., gdy SPIEGELBERG oblicza 1 przypadek krwaka na 1000 porodów, to według v. WINCKEL'a krwiak zdarza się znacznie rzadziej, mianowicie raz na 16000 ¹⁾ porodów. Obliczywszy średnią z cyfr, przez 10-u autorów podanych, wypada mi 1 *haematoma vulvae et vaginae* na 4063 porody. Jednak nie z powodu rzadkości tego powikłania pozwałam sobie zająć uwagę Szan. kolegów

¹⁾ Prof. K. SCHROEDER (Lehrbuch der Geburtshilfe 1886) i prof. F. SCHAUTA (Lehrbuch der gesammten Gynäkologie 1896 r.) cytują v. WINCKEL'a z cyfrą 1600, ponieważ jednak w Handbuch der Geburtshilfe v. WINCKEL'a z 1906 r. i w artykule LIEPMANN'a (Deutsche medizinische Woch. Nr. 11 b. r.) wymieniona jest cyfra 16000, więc podaję tę ostatnią.

opisem spostrzeganego prze mnie krwiaka, lecz z powodu jego niezwykłego umiejscowienia, oraz dlatego, że w dostępnej mi literaturze podobnego przypadku nie znalazłem.

Przypadek ten jest następujący: 8-go lutego b. r. około godz. 8-ej wiecz. wezwany zostałem do rodzącej po raz 10-y p. P. G., żony kupca, 44 lat liczącej. Znałem ją od dawna, a od lat 7-u zasięgała od czasu do czasu mej porady z powodu żylaków kończyn dolnych i sromu, które przy każdej w tym okresie czasu ciąży mocno obrzmiewały i silnie jej dawały się we znaki. Wszystkie dotychczas porody [9] były prawidłowe, tylko przy przedostatnim była potrzebna pomoc lekarska z powodu pośladowego położenia płodu. Obecny poród trwa od południa, wody odeszły nagle zrana, gdy G. była zajęta w sklepie. Przy badaniu zewnętrznem stwierdziłem: podłużne ułożenie płodu, główka nad spojeniem miednicy, tony serca płodu z prawej strony. Badanie wewnętrzne dało wynik taki: ujście maciczne otwarte na 3 palce, szyjka wygładzona, główka we wchodzie nieruchoma, szew strzałkowy w wymiarze prostym, ciemię małe zwrócone ku tyłowi. Prawa warga sromna gęsto usiana twardymi żylakami i w trójnásób większa niż lewa. Bole bardzo częste i silne, ciepłota normalna, tętno około 100, tony serca bez szmerów, ale z odcieniem metalicznym. Rodząca jest mocno zbudowana i dobrze odżywiona, wskutek wysiłków ma twarz zaczerwienią i tak jest pobudzona, że zalicilem morfinę, która jej zresztą niewiele pomogła.

Po kilku godzinach [około 12-ej w nocy] zbadałem chorą powtórnie. Ujście maciczne otwarte na 5 palców, główka opuściła się nieco niżej do próżni miednicy, szew strzałkowy tak samo w wymiarze prostym z ciemieniem małym ku kości krzyżowej zwróconem. Bole w dalszym ciągu częste i mocne. Wobec przeciągającego się porodu, niepomyślnego ustawienia się główki i silnie bardzo obrzmiałych żylaków, uważałem sztuczne ukończenie porodu za ze wszech miar wskazane i niezwłocznie też nałożyłem kleszcze. Zabieg ten okazał się ku memu zdziwieniu nadzwyczaj łatwym. Prawie jednym mocnem pociągnięciem udało mi się sprowadzić główkę do otworu sromnego. Następnie unosząc kleszcze ku górze, ostrożnie wytaczałem potylicę po kroczu, gdy czoło i nasada nosa opierały się o łuk łonowy. Wydobyto żywe dziecko płci żeńskiej, około 8½ f. wążące. Łożysko odeszło w jakie pół godziny za naciśnięciem na dno macicy.

Nazajutrz zostałem powtórnie wezwany do chorej. Przez całą noc skarżyła się na bole i nie spała. Zastałem ją na wpół siedzącą na lewym pośladku, bardzo zbolalą. Skarżyła się na uczucie pełności w pochwie, co podkreślam [gdyż tego objawu w żadnym ze znanych mi podręczników nie znalazłem]. Macica dobrze skurczona, z otworu sromnego sączy się nieznaczna wydzielina krwawa, wargi sromne i krocz nieobrzmięte, prawa warga nawet trochę mniejsza niż podczas porodu. Ponieważ po porodzie wstrzyknąłem ergotinę w prawy pośladek, szukałem więc, czy w tem miejscu nie utworzył się naciek; tego nie było, ale zwróciło moją uwagę, że lewy pośladek jest większy od prawego, a przy palpacji okazało się, że jest twardy i bolesny. Od razu przyszło mi na myśl przypuszczenie, że utworzył się krwiak,

zastanowiło mię tylko niezwykle jego umiejscowienie. Pośladek puchł coraz bardziej, stał się ciemno-sinym i wkrótce przybrał rozmiary małego bochenka chleba. Przy badaniu przez pochwę okazało się, że jej ściana lewa jest mocno wypuklona w stronę prawą w miejscu odległym od wejścia na jakie 2 do 3-ch centymetrów. Wobec powiększającego się ciągle guza i w obawie by nie przerwał pochwy, postanowiliśmy na naradzie z kolegami GOTARDEM, POZNAŃSKIM i SOŁOWIEJCZYKIEM krwiak otworzyć. Po przecięciu skóry na pośladku wypuszczono dużą ilość krwi ciemnej, wygarnięto masę skrzepów i jamę, sięgającą głęboko do lewej ściany pochwy, wytamponowano gazą sterylizowaną. Przebieg pogoju i pooperacyjny był bezgorączkowy, ale zagojenie się utworzonej jamy zajęło około dwu miesięcy czasu i sprawiło chorej wiele cierpień.

Jest to więc powikłanie poważne i tem przykrzejsze, że mu dotychczas zapobiedz prawie nie możemy; z punktu jednak biologicznego następcza sporo uwag, którym chciałbym nieco słów poświęcić. Jako warunki sprzyjające jego powstaniu w zajmującym nas przypadku uważałbym: 1) utrudniony poród, wskutek wstawienia się w położeniu tylnopotylicowem główki, pomimo pomyślnych dla porodu warunków [szeroka miednica, nie zbyt duże dziecko, dobre bole]; 2) obszerne żyłaki, tworzące istne *varicocele muliebris* i 3) *arteriosclerosis modica*. Pierwszy czynnik etyologiczny jest ogólnie uznany i dlatego rozszerzać się nad nim nie będę, chociaż w pewnym z tem przeciwieństwie są zaobserwowane przypadki krwiaków przy małych główkach.

Ważność etyologiczna żyłaków jest przez różnych obserwatorów rozmaicie oceniona. Faktem jest, że *haematomata vulvae et vaginae* zjawiają się u kobiet, które żadnych żyłaków nie mają, według niektórych nawet [SPIEGELBERG, LIEPMANN] przeważnie u pierwiastek [kandydatka medycyny panna CZERNIAKÓW w doktorskiej swej rozprawie ¹⁾ podaje takie statystyczne dane: *primiparae* 54,5%, *pluriparae* 32,5%]. Z drugiej znów strony, kobiety, dotknięte bardzo dużymi i rozgałęzionymi żyłakami, odbywając porody, nie ulegają w mowie będącemu powikłaniu. Zachodzą tu więc bardzo zawile stosunki, wymagające dla objaśnienia jeszcze szczegółowych i licznych studyów. Pewną próbę tłómaczenia podaje LIEPMANN ²⁾ i zwraca uwagę na następujące stosunki anatomiczne. *Locum praedilectionis* krwiaków są gałęzie *v. pudendae externae (labia majora)*, które niosą fale krwi żyłnej w dwu kierunkach, z jednej strony na zewnątrz małej miednicy *ad v. saphenam magnam et femoralem*, z drugiej zaś wewnątrz kanału rodnego przez liczne *collateralia ad v. hypogastricam*. Otóż te *collateralia* są prawdopodobnie mniej rozwinięte u pierwiastek niż u wieloródek i dlatego wieloródki łatwiej opierają się zgubnym skutkom przepełnienia naczyń podczas porodu niż pierwsze. Jeżeli tak jest istotnie, to to tłómaczyłoby nam, dlaczego ektazye żyłne warg sromnych tak rzadko stają się powodem powstawania *haematomatum vulvae et vaginae*. Przypuszczalnie dzieje się to dlatego, że wieloródki pomimo obecności żyłaków, dzie-

¹⁾ Szczegóły udzielone mi łaskawie w liście przez prof. LIEPMANN'a.

²⁾ Deutsche med. Woch. 1909, Nr. 11.

ki znakomitemu rozwojowi kollateraliiów, mają zapewniony dostateczny odpływ krwi z zagrożonych miejsc i w ten sposób uchodzą nieszczeni, na które są wy-
stawione. Mielibyemy w ten sposób nowy przyczynek do kwestyi samoobrony
organizmu, wielce znamienity. Byloby jednak bledem, gdybyemy na zasadzie
powyzszych danych negowac chcieli znaczenie zylakw w etyologii, zajmuj-
cej nas sprawy, jak to czyni np. LIEPMANN, przypisując jedynie win nadmier-
nemu wypeelnieniu zyl, spowodowanemu uciskiem rodzącej się z trudem gw-
ki. Sd przeciwnie, że znaczenie zylakw dostatecznie ilustruje spostrzega-
ny przeze mnie przypadek, gdzie obawa krwika wcale pnn nie byla, cho-
ciz wystąpił on w miejscu zgoła nieprzewidzianem. Okazuje się przytem, że
nie tylko wargi sromne są miejscem uprzywilejowanem dla krwikaw, ale
i inne, mające budow analogiczną. Do takich należy *fossa ischio-rectalis*.
Jest ona tak samo, jak tamte wypeelniona luźną tkank tłuszczową, mały
przedstawiającą opór naczyiniom i ustępującą pod naciskiem napierającej gw-
ki, chroniąc ją od grubych kości wychodu miednicy, a przebiegające w niej
v. v. haemorrhoidales infer., w obrębie których prawdopodobnie nastąpiło pk-
nięcie, przedstawiają jeszcze t analogi z *v. pudenda ext.*, że nie tylko mają
odpływ do *v. hypogastrica*, ale także do *v. saphena magna* i do *v. obturatoria*. Być
tez bardzo może, że teto stosunki anatomiczne sprawiają, że krwika w tem
miejscu należą do nadzwyczajnych rzadkości. W końcu par słów o momen-
cie mechanicznym. Jako *causa proxima* i *efficiens* możnaby uwaac kleszcze,
ale wiadomo, że te wtedy są powodem krwikaw, gdy się ześlizgaj i rani
bon suzow, w przeciwnym razie przy użyciu nawet grubej siły fizycznej
krwika nie wywołamy, a o tem, jak juz nadmienilem w moim przypadku,
mowy być nie mogło wobec łatwości całego zabiegu. Co innego gwka, ta
i bez kleszczy naciskając na chorobliwie do tego usposobione naczynie, może
wywołać jego pęknięcie.

Co się tyczy terapii, to chociaz w danym przypadku trzeba było się
ucieć do noża, to jednak jako ogólną zasad postawiłbym leczenie zachowa-
wcze, licząc na wzmożoną tendencj rezorbcyjn organizmu w okresie po-
łogowym.

L I T E R A T U R A.

- 1) F. von WINCKEL. Handbuch d. Geburtshilfe 1906.
- 2) Podręczniki akuszerji: SCHROEDER 1886 r.; SCHAUTA 1896, AHLFELD 1898 i BUMM
1905.
- 3) Prof. GEGENBAUER. Lehrbuch der Anatomie d. Menschen 1883.
- 4) HYRTL Anatomia.
- 4) JOESSEL-WALDEYER. Topographische Anatomie 18 9.
- 5) Prof. BARDELEBEN. Handbuch d. Anatomie d. Menschen, 1896.
- 6) Prof. HEITZMAN. Anatomischer Atlas 1875.

II. O tracheo- i bronchoskopii, oraz klinicznem znaczeniu tej metody.

Podał

F. Erbrich,

kierownik ambulatorium chorób gardła i nosa w szpitalu Św. Ducha w Warszawie.

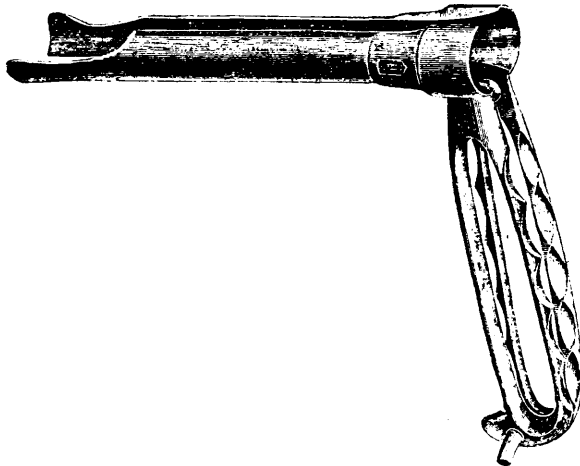
Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem 2-go marca 1909.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 20].

Zanim przystąpimy do wykonania tracheoskopii, należy dokładnie znieczulić 20%-wym roztworem kokainy nasadę języka, tylną ścianę gardzieli, nagłośnie, wejście do krtani i górną część tchawicy. Staranne znieczulenie błony śluzowej, zniesienie zupełne odruchów, to bardzo ważny czynnik, który stanowi o powodzeniu i łatwości wprowadzenia tracheoskopu. Tracheoskopię, względnie bronchoskopię wykonywamy w pozycji siedzącej, albo w leżącej. W pierwszym przypadku sadzamy badanego na niskim stołku; jeden z pomocników staje z tyłu badanego, podtrzymuje głowę w odpowiedniej pozycji, kieruje nią w miarę potrzeby w jedną lub drugą stronę. Badany powinien być na czczo, albo też w kilka godzin po spożyciu pokarmów. Rury tracheoskopowe, zawczasu wysterylizowane, nagrzewamy nieco i smarujemy oliwą. Następnie wprowadzamy odpowiedni tracheoskop do jamy ustnej, uciśkamy nasadę języka, nagłośnia podnosi się i wewnątrz krtani, przynajmniej struny są już widoczne. Wtedy zewnętrzny koniec tracheoskopu podnosimy ku górze do górnej wargi, wsuwamy tracheoskop poza nagłośnie, każemy badanemu głęboko oddychać i ostrożnie posuwamy rurę w przestrzeń międzystrunową. Ten akt jest najtrudniejszy. Z chwilą przejścia między strunami, tracheoskopia nie przedstawia już trudności. Powoli posuwając tracheoskop, dochodzimy do podziału tchawicy. Podział tchawicy na oskrzela widzimy przez tracheoskop zaraz po przejściu przestrzeni głośniowej. Bardzo wyraźnie uwidatnia się wejście do prawego oskrzela, mniej wyraźnie do lewego. Prawego oskrzela widać całe wewnątrz prawie do jego podziału na drugorzędne oskrzela, lewego zaś tylko wewnętrzną ściankę.

Aby wejść do oskrzela prawego lub lewego, nie wystarcza zwykła rura tracheoskopowa, jako zbyt krótka. To też o ile z góry jesteśmy przygotowani do wykonania bronchoskopii, musimy wybrać rurę dłuższą, t. zw. bronchoskop. Do wprowadzenia bronchoskopu posługujemy się t. zw. szpatlęm składanym [rys. 3]. Zapomocą tego szpatla odchylamy nagłośnie ku przodowi. Kiedy przez odchylenie nagłośni staje się już widoczną przestrzeń między strunami, pomocnik podaje odpowiedniej długości rurę bronchoskopową.

wą, którą, stale oświetlając, przez szpateł staramy się wprowadzić do tchawicy. Z chwilą wprowadzenia bronchoskopu niżej strun głosowych, rozkładamy szpateł, usuwamy go, powoli posuwamy rurę bronchoskopową głębiej aż do bifurkacji. Aby wejść do oskrzela, musimy uprzednio zapomocą tamponika z kokainą, umocowanego na odpowiedniej długości sondzie, znieczulić błonę śluzową podziału tchawicy, bez tego zbyt żywe odruchy kaszlu i krztuszenia nie pozwoliłyby wejść do oskrzela. Wejście do prawego oskrzela daje się wykonać łatwiej, aniżeli do lewego. Załamanie prawego oskrzela z tchawicą jest mniejsze, t. j. kąt, jaki tworzy prawe oskrzele z tchawicą, jest bardziej rozwarty, gdy tymczasem lewe stanowi z tchawicą prawie kąt prosty. W miarę tego jak chcemy posuwać się głębiej do drugorzędnego oskrzela, musimy znowu znieczulać błonę śluzową głównego oskrzela i i jego podziału na drugorzędne i t. d. O ile tracheoskopię górną prawie zawsze udaje się wykonać przy znieczuleniu kokainą, o tyle bronchoskopia nie-

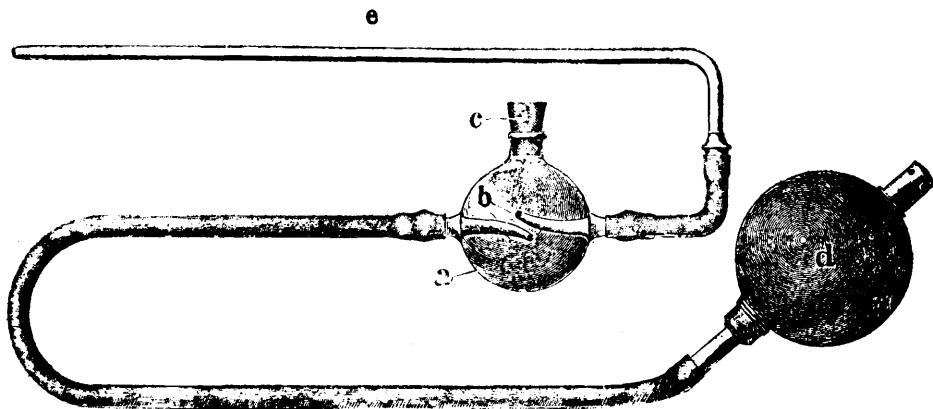


Rys. 3. Szpateł składany.

zawsze daje się skutecznie bez uśpienia chloroformem, szczególnie u dzieci. W tych razach wykonywamy bronchoskopię w pozycji leżącej na wznak z opuszczoną głową. Zaleca się wprowadzanie bronchoskopu podczas głębokiego snu, gdyż odruch kaszlowy krtani, szczególnie tylnej jej ściany ginie najpóźniej; to też oprócz ogólnego uśpienia w każdym przypadku znieczulamy błonę śluzową krtani kokainą. W razie obfitego wydzielania się śluzu lub nieraz ropy, zasłaniającej pole widzenia, usuwamy go zapomocą odpowiedniej pompki ssącej, [rys. 4] przez długą płaską rurę, wprowadzoną do rury bronchoskopowej. Po wprowadzeniu bronchoskopu do oskrzela, długość jego może okazać się niewystarczającą. Wtedy możemy go przedłużyć zapomocą rury dodatkowej. Wykonanie tracheoskopii i bronchoskopii górnej natrafia nieraz na znaczne trudności. Do nich należy przedewszystkiem obecność do-

brze rozwiniętych zębów, przeszkadzających ustawieniu bronchoskopu w prostej linii, co jest niezbędne, aby go wprowadzić do otworu krtani. Nieraz znowu ucisk, spowodowany przez rurę tracheoskopową na zepsuty ząb, sprawia badanemu ból dokuczliwy. Również należy mieć na uwadze przypadki, w których mamy do czynienia z zębami ruchomymi i wystrzegać się, aby przez zbyt gwałtowny ucisk nie wywołać wypadnięcia zęba. Mogą przytrafić się przypadki skrzywienia, właściwie wypuklenia kręgów szyjnych, spraw zapalnych na szyi, uniemożliwiających nadanie szyi potrzebnych przy wprowadzaniu tracheoskopu ruchów.

Z dostępnej mi literatury kazuistycznej, jako też z własnego doświadczenia powziąłem przekonanie, że wszystkie te trudności przez nabranie dostatecznej wprawy dadzą się ominąć i że wogóle przeciwwskazania związane z mniejszą lub większą trudnością wprowadzania tracheo-bronchoskopu są



Rys. 4.

Pompka do usuwania wydzieliny z oskrzeli: a. balon szklany, w którym wytwarza się próżnia przez naciskanie gumowego balonu; d. e. rurka metalowa, którą wkładamy do bronchoskopu.

bardzo nieliczne, właściwe przeciwwskazania mają ogólniejszą przyczynę; wspomnę choćby o znacznie rozwiniętych wadach serca, rozmaitych niedowładach, znacznego stopnia rozszerzeniach aorty i innych jeszcze cierpieniach, doprowadzających do ogólnego upadku sił, znacznego wyniszczenia i t. p.

Co się tyczy wskazań do stosowania tracheo- i bronchoskopii, to są one dość liczne, a więc usuwanie ciał obcych z oskrzeli, wszelkiego rodzaju zwężeń tchawicy i oskrzeli, spowodowanych rozmaitego rodzaju sprawami chorobnymi jak oto: syfilisem, twardzielą, gruźlicą, nowotworami. W ostatnich czasach bronchoskopia znalazła zastosowanie w astmie oskrzelowej. Najbardziej jednak doniosłe znaczenie kliniczne ma bronchoskopia w wydobywaniu ciał obcych z tchawicy i oskrzeli oraz w usuwaniu rozrostów twardzielowych, zwężających nieraz w znacznym stopniu światło tchawicy, a nawet i oskrzeli.

Do wydobywania ciał obcych z oskrzeli oraz usuwania rozrostów oprócz rur tracheoskopowych i bronchoskopowych potrzebne są inne jeszcze narzędzia jak oto: haczyki, rozmaitego rodzaju pincety, skrobaczki i t. p.

Zajmując się od trzech lat bronchoskopią, nieraz miałem możność z dodatnim skutkiem stosować tę metodę, szczególnie w celu wydobycia obcych ciał z oskrzeli, jako też rozrostów twardzieliowych.

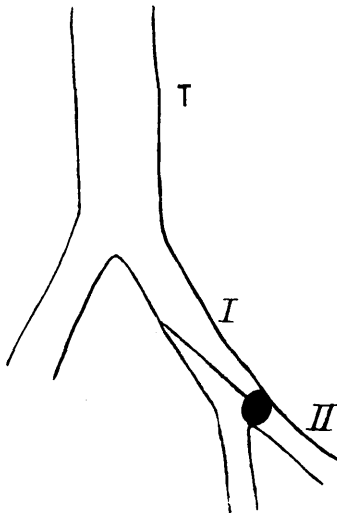
Ciała obce z oskrzeli wydobyłem u dzieci w dwu przypadkach. Pierwszy przypadek dotyczył dziecka, znajdującego się w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kol. KARCZEWSKIEGO. Według łaskawie podanego mi przez niego opisu wywiadów, podaję przebieg choroby danego przypadku. W dniu 31-m stycznia 1909 r. włościanin zamieszkały w pobliżu Warszawy, przywiózł do szpitala swoją 6-letnią córkę, która przed 7-u miesiącami połknęła dużą szpilkę. Wnet po tym wypadku dziecko dostało napadu kaszlu i duszności, trwającego około 3-ch minut, przyczem wykrztusiło sporo śluzu z nieznaczną domieszką krwi. Nazajutrz zawieziono dziecko do lekarza, który zalecił karmić je kartoflami i zwracać uwagę na wypróżnienie. Dziecko połykało zarówno stałe jak i płynne pokarmy bez trudności i sypiało stale w położeniu półsiedzącem. Co 2—3-ch dni, a w ostatnich czasach niemal codziennie miało napady duszącego kaszlu, trwającego od 1—5-u minut. W ciągu ostatnich kilku tygodni dziecko straciło apetyt i szybko zaczęło chudnąć.

Dziewczynka blada, nędznie odżywiona, onieśmielona, żadnych wskazówek udzielić nie chce; swem zachowaniem niesforem uniemożliwia zamierzone badanie laryngoskopowe. Zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność szpilki, ułożonej ukośnie w stosunku do pośrodkowej linii ciała w kierunku z prawej strony od góry na lewo ku dołowi. Ostry koniec szpilki zwrócony ku górze, odpowiadał pierwszemu, główka szpilki piątemu kręgowi szyjnemu.

Wobec wspomnianych wyżej wywiadów oraz danych promieni ROENTGEN'a nie było wątpliwości, że szpilka tkwi w drogach oddechowych. W dniu 3-m lutego zostałem wezwany przez kol. KARCZEWSKIEGO na naradę, na której uradziliśmy wykonać tracheoskopię dolną i w ten sposób przez tracheoskop wydobyć szpilkę. 4-go lutego kol. KARCZEWSKI wykonał tracheotomię dolną, sądził bowiem, że tym sposobem zdoła może dosięgnąć końca szpilki, która, jak to wykazało zdjęcie rentgenowskie, tkwiła niewątpliwie w tchawicy. Naciąwszy skórę i rozdzieliwszy mięśnie, pokrywające tchawicę, kol. KARCZEWSKI spostrzegł, że z poza mostka wydostają się pęcherzyki powietrza, a jednocześnie powstaje odma podskórna, która w ciągu kilku minut zajęła szyję, twarz i górne części klatki piersiowej. Z chwilą otwarcia tchawicy dalsze szerzenie się odmy piersiowej ustało. Badanie tchawicy zgłębnikiem metalowym obecności szpilki nie wykryło. Po tracheotomii dziecko gorączkowało. W ciągu dni siedmiu [ciepłota wieczorem 38°—39.8°] odma podskórna zmniejszała się stopniowo. Przedsięwzięte w dniu 12-ym lutego prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a wykazało, że szpilka opuściła się znacznie ku dołowi, posunęła się całkowicie na lewo i przybrała położenie prawie prostopadłe do pośrodkowej linii ciała.

W dniu 13-ym lutego po uprzednim zachloroformowaniu i znieczuleniu

tchawicy 10%-wym roztworem kokainy, przystąpiłem do bronchoskopii. Tracheoskop 7 mm. grubości wprowadziłem do tchawicy. Błona śluzowa tchawicy pomimo kilkomiesięcznego pozostawania w niej szpilki, żadnych zmian patologicznych nie wykazywała, natomiast widoczny był dość znaczny obrzęk błony śluzowej u wejścia do lewego oskrzela. W chwili wprowadzenia tracheoskopu do oskrzela powstał odruch kaszlowy, podczas którego chora wyksztusiła kawałek odłamanego końca szpilki. Powoli posuwając tracheoskop do oskrzela ujrzałem w nim szpilkę, której ostry koniec opierał się na ściance oskrzela wewnętrznej, a główka na podziale głównego oskrzela na drugorzędne [rys. 5]. Kiedy tracheoskop znajdował się tuż nad końcem górnym szpilki, zapomocą odpowiedniego haczyka odsunąłem koniec szpilki od ścianki



Rys. 5.

Rysunek przedstawia położenie szpilki w lewym głównym oskrzelu.

oskrzela i w miarę tego posuwałem głębiej tracheoskop, wtedy szpilka znalazła się w świetle tracheoskopu. Pozostało mi teraz zapomocą odpowiednich szczypczyków schwycić szpilkę i wydostać na zewnątrz. Z chwilą kiedy miałem wprowadzić szczypczyki, powstał dość mocny napad kaszlu i szpilka przez tracheoskop została wykrztuszoną na zewnątrz. Szpilka z porcelanową główką zieloną, miała długości $4\frac{1}{2}$ ctm., poprzeczny wymiar główki pół ctm. Bezpośrednio po tym zabiegu wystąpiły objawy lekkiego zatrucia kokainą [zużyto pół grama kokainy] w postaci szybkiego tętna, sinicy kończyn i potów. Na drugi dzień objawy te ustąpiły i odtąd stan chorej szybko zaczął się poprawiać. W dniu 27-go lutego 1909 r. chora wypisała się ze szpitala z zagojoną raną tracheotomijną.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



91. Otto v. Herff [Bazylea]. Dezynfekcja bez wody i mydła w przypadkach ginekologicznych [Sprawozdanie roczne].

Zasada dezynfekcyi, stosowanej już przeszło od roku przez HERFF'a na klinice w Bazylei, polega na unikaniu zbytecznego rozmiękczenia skóry myciem jej wodą z mydłem przy pomocy szczotki, gdyż przez takie jej macerowanie zarodniki, głęboko w skórze się gnieźdzące, zostają jakoby niepotrzebnie poruszone i wydostają się na powierzchnię skóry. Im się skórę uczyni twardszą, im się ją lepiej „wygarbuje“, tem trudniej będzie zarodnikom wydostać się z głębi na powierzchnię. A więc, według HERFF'a, zadaniem dezynfekowania skóry ma być usuwanie, ale gruntowne, tych tylko zarodników, które spoczywają na jej powierzchni, a utrudnienie wyjścia na powierzchnię tym, które spoczywają w głębi skóry, przez co liczba zarodników tak się zmniejszy, że nastąpi prawie wyjałowienie skóry.

Środkiem takim, znacznie zmniejszającym liczbę zarodników, jest alkohol; ponieważ jednak działanie alkoholu trwa krótko, więc, aby działanie to przedłużyć, dodać trzeba do alkoholu mocne środki tłuszcz rozpuszczające, jak: eter, benzyna, benzinoform, benzol lub wreszcie a c e t o n. H. uważa aceton pod tym względem za najlepszy, a to tem bardziej, że aceton posiada największą zdolność odciągania z tkanek wody, a więc garbowania skóry, co też podnosi trwałość działania dezynfekcyi. Prócz tego aceton jest bezpieczniejszy niż eter.

Dezynfekcja skóry, według metody HERFF'a, tak się przedstawia:

Przygotowanie w dniu poprzedzającym operację ogranicza się jedynie do kąpieli i usunięcia włosów z pola operacyjnego przy pomocy brzytwy lub jeszcze lepiej—proszku BEIERSDORF'a. Poza tem nie potrzeba żadnej dezynfekcyi lub przykrycia na noc pola operacyjnego. Bezpośrednio przed operacją po uśpieniu chorej pole operacyjne wyciera się dobrze, lecz nie za mocno przez 4—5 minut 50%-owym lub w równych częściach roztworem acetonu w alkoholu zapomocą szmatki flanelowej. Następnie w ciągu 1-ej minuty zbiera się alkohol czystym acetonem i skórę się osusza. Na zakończenie pole operacyjne oszprycowuje się chirosoterem¹⁾ lub dermagummitem [zabarwionymi czerwienią sudańską—*Sudanrot*). Po operacji rany się nie obmywa, lecz na sucho wyciera. Aby uniknąć przyklejania się opatrunku, szew penzluje się nalewką benzoesową. Opatrunek składa się z gazy, waty i plastra lepkiego. Na tem polega HERFF'a „sposób obostrzony“ zabezpieczenia rany od zakażenia.

Na sromie i wejściu do pochwy zamiast chirosoteru lub dermagummitu posługiwać się lepiej nalewką benzoesową, gdyż chirosoter i dermagummit wskutek zawartego w nich czterechlorku węgla działają drażniąco na skórę i błonę śluzową sromu. Użycie nalewki benzoesowej upraszcza całą dezynfekcję.

¹⁾ Chirosoter jest to roztwór wosku w oczyszczonym czterechlorku węgla. Jest to płyn żywiczny lepki i wskutek tego na długo do skóry przystający. Środek silnie antyseptyczny. Wadą, dla rąk zwłaszcza, jest jego lepkość nadzwyczajna, a także wywoływanie palenia i okamoty skóry.

(Przyp. spraw.)

Skórę nacieramy przez 4—5 minut aceton-alkoholem aa, albo 1 na 2, a następnie zapomocą wacika zwilżamy ją nalewką benzoesową, lekko na różowo zabarwioną. Na zakończenie operacji osusza się ranę suchymi wacikami i raz jeszcze penzluje linię szwów i krocze nalewką benzoesową. Na powierzchni w ten sposób zdezynfekowanej liczba zarodników sromu i u wejścia do pochwy ulega znacznemu zmniejszeniu.

Tylko do oczyszczenia błony śluzowej pochwy używa się środka dezynfekcyjnego, a mianowicie przemywania 100-ma gramami 3‰-go roztworu jodu w alkoholu [50%].

Metoda alkoholowo-acetonowa, jak to wykazały badania bakteriologiczne, zmniejsza liczbę zarodników nawet na powierzchni pokrytej włosem tak znacznie, że to graniczy z zupełnem jej wyjałowieniem. Metoda ta nadaje się do szybkiej dezynfekcji skóry wogóle, i ma tę zaletę, że jej nie niszczy. Działanie alkohol-acetonu jest dłuższe, aniżeli innych środków dezynfekcyjnych, nawet alkoholowych. Z powodu swej prostoty nadaje się do użytku akuszerki, sanitaryszów i w czasie wojny.

Co do wyników, to HERFF, oceniając je jak najsurowiej, w 300 większych i mniejszych operacjach brzusznych i pochwowych otrzymał ogólnie dobrych wygojeń 95%, a w operacjach, wykonanych cięciem PFANNENSTIEL'a, a więc cięciem, leżącym tuż w okolicy owłosionej, najtrudniejszej, jak wiadomo, do zdezynfekowania—wygojeń bez zarzutu 77%. W żadnym z tych przypadków, powiada HERFF, nie wydarzyło się nawet lekkie, a tem bardziej ciężkie lub śmiertelne zakażenie wskutek zaniechania mycia wodą i mydłem i wyszczotkowania. Acetonowi przypisuje autor jedną tylko wadę, mianowicie, że cuchnie, a metodzie całej, że jest jeszcze zbyt kosztowna.

[Artykuł HERFF'a jest chaotyczny, zawiera sporo niedomówień i niekonsekwencji, np. nazywając swoją metodę oczyszczeniem mechanicznem, odmawia autor tej nazwy obmywaniu wodą z mydłem i szczotkowaniu. Nie wspomina też wcale, czy metoda jego służy również do dezynfekowania rąk personelu lekarskiego, wszędzie jest tylko mowa o polu operacyjnem i jego dezynfekcji. Statystyka autora jest dość chwiejna i nieprzekonywająca. Pomimo tych braków podajemy w streszczeniu artykuł HERFF'a ze względu na ważność poruszonego w nim tematu].

[P r z y p. s p r a w.].

(*Deutsch. med. Woch. 1909. Nr 10*).

M. Zweiggbaum.

92. J. Schoemaker [Haga]. Sprawozdanie z 3000 przypadków usypiania zapomocą chloroformu i eteru w połączeniu z uprzedniem wstrzyknięciem skopolaminy z morfiną.

Na 3000 uspień tą metodą autor miał 3 przypadki zejścia śmiertelnego, które stawia w związku z użyciem skopolaminy.

W 1-m przypadku pannie 21-letniej chorej na *salpingitis tuberculosa* wstrzyknięto przed operacją 0,0015 gr. skopolaminy i 0,0025 g. morfiny; zaczęto ją usypiać chloroformem, ale wkrótce wystąpiła sinica i chora przestała oddychać. Zapomocą sztucznego oddychania oddech powrócił, ale był dość powierzchowny, pomimo że chloroform zastąpiono eterem. Po półgodzinnej operacji stan chorej był zadowalający, ale w 3 godziny potem chora przestała oddychać i pomimo natychmiastowej pomocy zmarła. Sekcja nie wykryła żadnych zmian szczególnych, tłumaczących śmierć chorej.

W 2-m przypadku kobiecie 46-letniej, chorej na rozedmę płuc, przed operacją wycięcia 2-u żeber wstrzyknięto 0,001 gr. skopolaminy i 0,0015 gr. morfiny. Chora potem tak spała, że bez chloroformu i eteru wykonano całą

operację. Po operacji spała cały dzień, oddychając powierzchownie, mając sinawe zabarwienie, i zmarła wieczorem.

W 3-m przypadku mężczyźnie 59-letniemu z *carcinoma laryngis* wstrzyknięto przed operacją tylko 0,00025 gr. skopolaminy i 0,0075 gr. morfiny. W zupełnym uspieniu bez chloroformu i eteru zrobiono operację; chory po operacji spał prawie 2½ doby, oddychając powierzchownie, przy pogorszającym się tętnie zmarł po 56-u godzinach. Sekcja nie stwierdziła żadnych zmian szczególnych, któreby spowodowały śmierć. Te 3 przypadki, stanowiące pokąźną odsetkę śmiertelności [1‰], dowodzą, że dawka skopolaminy nawet tak mała, jak ¼ mg. może uśmiercić człowieka, dlatego SCHOEMAKER radzi zaczynać wstrzykiwanie skopolaminy od dawki ¼ mg. Szczególniej u ludzi osłabionych, tylko wtedy przechodzi do większych, jeżeli po tych dawkach chory nie jest śpiący, bledy lub sinawy. SCHOEMAKER uznaje wszystkie strony dodatnie stosowań skopolaminy i zaznacza, że chory po zastrzyknięciu obojętniej, nie boi się operacji, nie odczuwa przygotowań przedoperacyjnych, nie sypia pod chloroformem lub eterem łatwiej, nie miewa okresu pobudzeń i rzadko wymiotuje. Po operacji śpi niekiedy 4 do 5-u godzin.

(Deut. med. Woch. 1909. Nr 7).

Grzankowski.

93. A. Döderlein [Monachium]. O cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem.

Jama macicy ciężarnej przedstawia zawsze niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, a brzegi macicy zakażonej nie goją się doraźnie; nawet najdokładniejsze zeszytanie macicy nie usuwa możliwości zrostów zeszytania ze ścianą brzuszną, siecią lub z sąsiednimi кишkami, a zrosty te mogą spowodować niedrożność кишek. Przyczyny powyższe nie dają wyników zadowolających po operacji cięcia cesarskiego wewnątrzotrzewnego i były powodem projektów, mających na celu omijanie jamy otrzewnej. FRANK proponował takie postępowanie: cięcie brzuszne poprzeczne nad spojeniem, przecięcie poprzeczne mięśni ściany brzusznej na ich przebiegu, przecięcie otrzewnej ściennej i dalej pod kontrolą wzroku odseparowanie ku górze fałdy przejściowej z macicy na pęcherz i zeszytanie dokładne obu listków otrzewnych; dopiero po otwarciu macicy pozaotrzewnem—usunięcie płodu. Sposób ten dał pomyślne wyniki pomimo trudności technicznych. SELLHEIM wybrał cięcie PFANNENSTIEL'a, lecz mięśnie przecinał podłużnie, otrzewną i tkankę łączną odseparowywał na tępo od mięśni prostych i z boku od pęcherza moczowego, a pośrodku oddzielał od pęcherza nożyczkami aż do szyjki macicznej i w ten sposób już zupełnie bez otwarcia otrzewnej dostawał się do macicy. Takie obnażanie pęcherza niezawsze się jednak udaje, a przytem pęcherz jest nadzwyczaj czuły na pozbawienie go pokrycia otrzewnego, więc łatwo występują ciężkie zaburzenia w odżywianiu ściany i zapalenie pęcherza; oprócz tego zdarzają się również łatwo naderwania otrzewnej i wtedy trzeba przejść do metody wewnątrzotrzewnej. DOEDERLEIN podaje swój sposób, który zapewnia zabieg zupełnie pozaotrzewny i nie naraża żadnych trudności. Poprzeczne cięcie PFANNENSTIEL'a, rozdzielenie mięśni prostych brzucha i odseparowanie prawego mięśnia prostego od tyłu; wtedy napełnia się pęcherz tak, aby zarysy jego były widoczne, i rozdziela się na tępo ręką luźną tkankę łączną pomiędzy przednią a prawą boczną ścianą miednicy, co nie spowoduje żadnego krwawienia i obnaża dużą część kanału porodowego. Pęcherz odsuwa się ku środkowi, a widzialną mocną białawą smugą (*plica vesico-uterina*), idącą ku prawej bocznej ścianie miednicy, ku górze. Wtedy dopiero dostęp do macicy jest zupełnie wolny, cięcie robi się podłużne na wypukłej przez główkę części, ostrożnie jednak, aby nie zranic główki, jak również naczyń i prawe-

go moczowodu. Autor moczowodu nie napotkał, wrzaski gdyby go spostrzegł, odpreparowałby go na dłuższej przestrzeni i odsunął; naczynia ulegają przemieszczeniu ku tyłowi. Cięcie na dolnym odcinku macicy prawie nie krwawi i może być tej wielkości, aby przez wytworzony otwór można było na główkę nałożyć kleszcze, a w razie położenia pośladowego usunąć ręką za nóżkę. Łożysko wygnięta się metodą CREDE'go lub usuwa ręcznie. Ranę macicy zaszyci autor szwem ciągłym katgutowym, drugi szew ciągły nakłada na tkankę łączną i później zszyci zupełnie skórę. Wrazie podejrzenia na zakażenie albo z obawy, aby wydzielina nie zatrzymywała się w luźnej tkance łącznej, wyprowadza się dren do pochwy. Podobny zabieg wykonał uprzednio trzy razy LATZKO. Autor wykonywał swój zabieg dwa razy zupełnie pomyślnie dla matek i dzieci. Nie drenował. Cięcie cesarskie przedotrzewne D. uważa za wskazane w tych przypadkach wąskiej miednicy, w których hebstotomia czyto wskutek znacznego zwężenia, czy też niepodatnych i wąskich części miękkich u pierwiastek, wydaje się niewykonalną. Przy rzucawce, łożysku przodującym, gdzie KRÖNIG i SELLHEIM dają pierwszeństwo cięciu cesarskiemu, autor zaleca *hysterotomiam vaginalem*. Co do nomenklatury, autor ze względów dydaktycznych zgadza się z HOFMEIER'em, aby nazwę „cięcie cesarskie” pozostawić dla zabiegu położniczego wykonywanego ponad miednicą z podziałem na „wewnątrz- i zewnątrzotrzewne”; Nazwę zaś „cięcie cesarskie pochwowe” zamienia na *hysterotomia vaginalis* [Bumm].

(Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr 9).

Wł. Staniszewski.

94. W. Latzko [Wiedeń]. O cięciu cesarskim pozaotrzewnem.

Podajemy streszczenie tej pracy, jako dopełnienie artykułu DOEDERLEIN'a. Autor dopomina się pierwszeństwa podanej metody i dowodzi swych praw faktem, że metodę swoją opublikował jeszcze w roku ubiegłym, a więc o wiele wcześniej od DOEDERLEIN'a. Zabieg odbywa się zupełnie pozaotrzewnie; łatwy jest przy porodzie zaawansowanym: im silniejsze jest rozciągnięcie szyjki, tem więcej odsunięta jest fałda otrzewna (*plica*), tem mniejsze jest krwawienie i tem większa powierzchnia dla cięcia. Przy tym więc zabiegu możemy najdłużej wyczekiwać skutku działania sił natury, dłużej nawet niż przy hebstotomii albo symphyseotomii, oczywiście z zastrzeżeniem, że życiu dziecka nie grozi niebezpieczeństwo. Przed zabiegiem pęcherz moczowy wypełnia się 120—200 ctm. sz. płynu i unosi się wtedy na szerokość dłoni nad spojeniem. Ponieważ pod koniec ciąży pęcherz razem z macicą skręca na prawo [E. MARTIN], to łatwiej jest oddzielać pęcherz z lewej strony, a nawet po rozsunięciu mięśni prostych brzucha lewy brzeg pęcherza wystaje do rany. Cięcie brzucha prowadzi L. w smudze białej. Poprzeczne oddzielenie pęcherza od szyjki odbywa się łatwo, prawie bez krwawienia, duże naczynia i moczowód odsunięte daleko na zewnątrz. Pęcherz po oddzieleniu odsuwa się wraz z prawym mięśniem prostym na prawo zapomocą płaskiego szpadla, wrzaski gdyby przeszkadzała *plica vesicouterina*, autor radzi ją przeciąć pomiędzy podwiązkami. Cięcie szyjki pośrodkowe podłużne; wrzaski niedostatecznego otworu cięcia można przedłużyć na dolny odcinek macicy, czemu towarzyszy przemijające silniejsze krwawienie. Płód wydobywa się zapomocą jednej łyżki lub też prawidłowo nałożonych kleszczy, w tym celu lepiej wyczekać skurczu macicy i wysokie ułożenie miednicy zamienić na poziome. W przypadku czystym doszczętne zeszyicie macicy i skóry, w podejrzanym—drenowanie do pochwy. L. jest zdania, że metoda jego wyprze klasyczne cięcie cesarskie.

(Zentralblatt f. Gynäkologie. 1909. Nr 8).

Wł. Staniszewski.

95. Cyrille Jeannin [Paryż]. Wartość porównawcza różnych sposobów cięcia przyłonowego [hebotomi].

JEANNIN robi przegląd krytyczny wszystkich trzech metod cięcia przyłonowego: całkowicie podskórnej, częściowo podskórnej i z raną zewnętrzną.

Autor uważa, że najniżej pod względem swojej pewności i doskonałości z punktu widzenia czysto chirurgicznego stoi metoda pierwsza—całkowicie podskórna [BUMM, WALCHER, STOECKEL], która, chociaż zaleca się zewnętrzną elegancją, chociaż cieszy się wielkiem wzięciem wśród chirurgów niemieckich, jest jednak wielce ryzykowną ze względu na niezmiernie wielką łatwość uszkodzenia igłą pęcherza moczowego. Autor przypomina, że według ROSSIER'a odsetka uszkodzeń pęcherza przy sposobie BUMM'a dochodzi do 18%.

Metoda druga—częściowo podskórna [DOEDERLEIN, SELIGMAN, HENKEL] opiera się wprawdzie na podstawie o wiele racjonalniejszej, aniżeli poprzednia, ma jednak tę złą stronę, że sprzyja formowaniu się zakrzepów, które wobec trudności dostatecznego oczyszczenia rany, bardzo łatwo ulegają zakażeniu. To samo zresztą wydarza się i przy metodzie całkowicie podskórnej, o czem świadczą doskonale dane, przytoczone przez autora. HOCHSEISEN na przykład miał 7 przypadków zakrzepów na 16 operacji sposobem BUMM'a i STOECKEL'a; tyleż przypadków zakrzepów miał TANDLER na ogólną liczbę 19-u.

Przechodząc do metody trzeciej—z raną zewnętrzną [GIGLI, CALDERINI, Van de VELDE] JEANNIN zwraca przede wszystkim uwagę na to, że wskutek przecięcia mięśni doprowadzających biodro, można przy tej metodzie osiągnąć znaczniejsze rozszerzenie miednicy, aniżeli przy pierwszych dwu, co zresztą zostało stwierdzone doświadczalnie przez samego autora, zarówno jak i przez REIFFERSCHIED'a. Wtedy kiedy przy wyłącznem przecięciu skóry i tkanki podskórnej obydwie kawałki przeciętej kości łonowej rozchodzą się zaledwie na pół centymetra, przy jednoczesnem przecięciu mięśni otrzymujemy rozejście się kości, sięgające 4 centymetrów.

Co się tyczy krwawienia, to jednakowo często wydarza się ono przy wszystkich trzech metodach. Pomimo to jednak metoda z raną zewnętrzną przewyższa pod tym względem inne dwie z tej prostej przyczyny, że przy niej hemostaza może być uskuteczniejsza łatwiej i pewniej. Oprócz tego za metodą z raną zewnętrzną przemawia jeszcze i to, że ona nie usposabia do przepuklin pachwinowych, nie sprowadza pęknięć pochwy i nie sprzyja formowaniu się zakrzepów. A powikłania te, niestety, spotykają się tak często przy pierwszych dwu metodach. Odsetka uszkodzeń pęcherza lub jego więzów, która przy innych metodach dochodzi do 18%, przy metodzie trzeciej nie przewyższa 2%.

Jedyny argument, który zdaje się przemawiać przeciw metodzie z raną zewnętrzną, jest wysoki stopień śmiertelności. Kiedy metoda całkowicie podskórna daje tylko 4,2%, a częściowo podskórna 6%, metoda z raną zewnętrzną daje 10% śmiertelności. Autor jednak nie uważa tych danych za wystarczające i przekonujący, a jest pewien, że przy zwiększonej liczbie spostrzeżeń sąd napewno wypadnie na korzyść omawianej metody.

Następnie autor przechodzi do katagorycznego rozbioru różnych sposobów operowania przy metodzie z raną zewnętrzną.

Sposobów tych jest trzy: GIGLI, CALDERINI i Van de VELDE. GIGLI zaczyna cięcie od kąta kości łonowej, prowadzi je na dół i na zewnątrz w kierunku *tuberculum subpubicum* w odległości 3-ch centymetrów od wierzchołka *lig. arcuati*; długość cięcia dochodzi od 8 u do 10-u centymetrów. CALDERINI robi cięcie prostopadłe i równoległe do *sulcus genito-cruralis*, zaczynając

od punktu, leżącego na 1 centymetr ku środkowej linii ciała od *tuberculum pubicum* i prowadzi je do *tuberculum subpubicum*. Według sposobu Van de VELDE cięcie idzie prosto od *tuberculum pubicum* do *tuberculum subpubicum*. Sposób GIGLI'ego jest niepraktyczny z tego względu, że przy nim cięcie przechodzi zbyt blisko środkowej linii ciała i nie zabezpiecza od uszkodzeń *plexus Santorini* i *ligamentorum pubo-vesicalium*. Sposób Van de VELDE'go z powodu przesunięcia cięcia zbyt nazewnątrż od środkowej linii usposabia do przepuklin pachwinowych. Sposób CALDERINI'ego jako nie leżący bardzo blisko środkowej linii ciała, ani też nie odsunięty zbyt na zewnątrz, ma tę przewagę nad sposobem GIGLI'ego, że daje znacznie większe rozszerzenie miednicy; z drugiej zaś strony nie usposabia tak do przepuklin, jak sposób Van de VELDE'ego.

JEANNIN w konkluzji swojej oświadcza się stanowczo za metodą z raną zewnętrzną wogólności i za sposobem CALDERINI'ego w szczególności, jako za zabiegiem chirurgicznym najracjonalniejszym, najpewniejszym i odpowiadającym wszystkim wymaganiom nowoczesnej chirurgii.

(*La Presse Médicale* 1909, Nr. 7).

K. Ostrzycki.

96. G. Piquand i Renaud Hue. Dzwigacz łonowo-pochwowy i wypadnięcie pochwy i macicy.

Pęczki wewnętrzne mięśnia dzwigacza odbytu, które przyczepiają się na obu kościach łonowych, przebiegają po obu stronach pochwy i okrążają ją w postaci pętlicy, noszą nazwę mięśnia dzwigacza łonowo-pochwowego (*m. levator pubo-vaginales*). Skurcze tego mięśnia, unosząc pochwę ku górze, zbliżają tylną ścianę jej ku przedniej i zmniejszają światło pochwy w wymiarze przednio-tylnym o 2,5 do 3,7 cm.; w tych warunkach tłocznia brzuszna wywiera ucisk na tylną ścianę macicy pochylonej ku przodowi i powiększa przodopochylenie. Rozdarcia mięśnia dzwigacza łonowo-pochwowego najczęstsze przy porodzie, wytwarzają kanał pochwowy obszerny, zięjący, przez co ułatwiają opuszczanie się przedniej ściany pochwy (*cystocele*) i opuszczanie się macicy ku dółowi pod wpływem tłoczni brzusznej.

Siła mięśnia-dzwigacza łonowo-pochwowego, obliczona dynamometrem umieszczonym w pochwie, wynosi 12—15 kilogramów. Ta siła powoduje niekiedy nieprzeparty opór dla wyjścia główki pokazującej się w szparze sromowej, szczególnie u starszych pierwiastek przy osłabieniu skurczów macicznych i zmusza do nakładania kleszczy. Prawidłowe skurcze tego mięśnia odgrywają ważną rolę przy stosunkach płciowych, uciskając prącie, ułatwiając wytrysnięcie nasienia i przedostanie się jego do szyjki macicznej. Chorobliwe skurcze tego mięśnia wywołują pochwicę (*vaginismus*), dochodzącą niekiedy do tego stopnia, że stosunki płciowe stają się niemożliwe wskutek skurczowego zamknięcia się pochwy, lub powodują *penis captivus*. Wskutek rozdarcia mięśnia dzwigacza łonowo-pochwowego zmieniają się nieraz stosunki anatomiczne pochwy do odbytnicy; ściana pochwy przylega bezpośrednio do ściany odbytnicy, nie mając przegrody wytworzonej przez ten mięsień; niekiedy zaś pochwa opuszcza się na stronę, gdzie leży rozdarcie mięśnia, a odbytnica, pociągnięta przez przeciwniegi dzwigacz odbytu, układa się obok prawie w jednej linii.

Z tych kilku uwag o ważności mięśnia dzwigacza łonowo-pochwowego wynika znaczenie zeszywania jego przy operacjach plastycznych na kroczu, szczególnie przy wypadnięciu macicy. Znaczenie tej metody operacyjnej RICHELOT porównywa z doniosłością metody BASINI'ego przy przepuklinach pachwinowych: kanał pachwinowy otwieramy szeroko aż do otworu wewnętrzne-
go i stwarzamy na nowo tylną ścianę kanału.

Konieczność zeszywania mięśnia dźwigacza łonowo-pochwowego wykazywali GUBBAROFF [Dorpat] w r. 1896, i jednocześnie NOBLE [Filadelfia], ZIEGEN-SPECK [Monachium] w r. 1899, KUESTNER w r. 1901 i DUVAL w r. 1902.

Operacja zeszywania krocza tą metodą składa się z następujących momentów:

1. Cięcie skórne takie, jakie robimy przy operacji LAWSON-TAIT-DOLEBIS, tylko sięgające poza wędzidełko głębiej na tylnej ścianie pochwy.

2. Rozszczepienie przegrody pochwowo-kiszkowej palcem lub nożyczkami z tępymi końcami [bez wprowadzania palca do odbytnicy, co zalecali DOYEN i POZZI] na znaczną głębokość, aż do zatoki DOUGLAS'a, którą łatwo rozpoznać na dnie rany, jako pasmo białawe.

3. Wynalezienie mięśnia dźwigacza łonowo-pochwowego przy unoszeniu pochwy ku górze, a odsuwaniu odbytnicy ku dołowi. Te mięśnie leżą przy ścianie miednicy w postaci 2-u pasm niekiedy bardzo oddalonych od linii środkowej. Po wynalezieniu ich nakładamy na każde pasmo jedną podwiązkę jedwabną, którą używamy jako lejce dla zbliżenia i wysunięcia owych mięśni przy zszywaniu ich.

4. Wycięcie trójkątnego płata z tylnej ściany pochwy i zeszywanie okrwawionej powierzchni.

5. Szew mięśnia dźwigacza łonowo-pochwowego 2-u piętrowy węzełkowy:

a) szew głęboki, obejmujący powieź wewnętrzną i głęboką warstwę mięsną,

b) szew powierzchowny, łączący części powierzchowne mięśnia.

6. Szew skórny węzełkowy.

Autorowie stwierdzają pomyślne wyniki operacji 6-ma przypadkami wypadnięcia macicy, operowynymi tą metodą.

(*Revue de Gynecologie et de Chir. abdom. 1908. Nr 1*). Grzankowski.

97. M. J. L. Faure. Wskazania do operowania włókniaków macicy.

Autor uważa każdy rozpoznany włókniak macicy za cierpienie poważne.

Z punktu widzenia czysto klinicznego dzieli on wszystkie guzy tego rodzaju na trzy główne kategorie. Do pierwszej zalicza włókniaki zupełnie nie rozpoznane, które dzięki swojej małej objętości i swemu położeniu na zewnątrz macicy pod otrzewną nie wywołują ani bólów, ani ucisku, ani krwotoków i nie bywają zauważone przez chore. W takich warunkach nie może być oczywiście żadnej mowy o ich usunięciu lub pozostawieniu.

Do drugiej kategorii należą guzy, które dzięki swojej znacznej objętości, uciskowi, bólowi i krwotokom, jakie wywołują, niepokoją chore i zmuszają je do szukania pomocy lekarskiej. Zazwyczaj przypadłości bywają tutaj ciężkie: nasilenia i częstość krwotoków stopniowo wzrastają i grożą życiu chorej; ucisk na moczowody sprowadza następne zaburzenia nerek. Do tej również kategorii autor zalicza i te rozpoznane i zauważone przez chore guzy, które wprawdzie na razie nie wywołują bezpośrednio takich ostrych i groźnych objawów, ale które wskutek szybkiego rozrostu i zwyrodnienia mięsakerowego mogą się stać wkrótce niebezpiecznymi. W takich warunkach wskazane jest możliwie prędkie usunięcie guza.

Do trzeciej—pośredniej kategorii zalicza FAURE guzy małe, rozpoznane wypadkowo, które nie wywołują bólów, krwotoków i innych zaburzeń, ani też żadnej obawy o ogólny stan zdrowia chorej, zarówno jak i obfitość małych guzów, dających lekkie objawy ucisku, niewielkie krwawienia, nieokreślone bole brzucha, uczucie ciężaru w miednicy i częste urynowanie. Tutaj przy wy-

borze postępowania musimy mieć na względzie przede wszystkim wiek chorej i jej stanowisko społeczne. U kobiet młodych włókniaki mogą zwolna, ustawicznie rosnąć. Jeśli warunki pozwalają co pewien czas na obserwację lekarską, to niema najmniejszej potrzeby śpieszenia się z operacją, zwłaszcza jeśli zaburzenia na razie są nieznaczne i nie zatrważające. Przeciwnie zaś, jeśli chora z powodu warunków materialnych i społecznych nie może pozostawać pod ścisłą i sumienną obserwacją, to lepiej guz usunąć. W okresie zaś pokwitania, włókniaki nieraz się zmniejszają, zdradzając naturalną tendencję do stopniowego, a nawet zupełnego zaniku. W takich razach operacja jest zupełnie zbędna i wystarcza ograniczyć się na obserwowaniu chorej. Lecz zdarza się, że przeciwnie guzy zaczynają jakby ujawniać wzmożoną czynność, wywołując krwotoki, bole i t. p. objawy i ulegając jednocześnie wyrodnieniu złośliwemu. Tutaj operacja staje się nieuniknioną.

(*La Presse médicale* 1909, Nr. 13).

K. Ostrzycki.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 5-go kwietnia 1909 r.

1) W. STANKIEWICZ przedstawił nowotwór muszli usznej [prawdopodobnie brodawczak], pochodzący od chorego 60-letniego. Guz, o powierzchni nierównej, owrzodzonej, łatwo krwawiący, zajmował całą muszlę; na przewód uszny zewnętrzny nie przechodził. Gruczoły szyjne niepowiększone. Usunięto nowotwór wraz z muszlą; brzegi przewodu słuchowego przyszyto do brzegów rany skórnej.

2) Z. DMOCHOWSKI przedstawił preparaty z dwu przypadków nabłoniaka kosmkowego.

3) M. EIGER przedstawił preparat dwunastnicy, przedziurawionej kamieniem, drążącym z przewodu żółciowego. Wskutek spraw zapalnych i zrostów powstało zwężenie dwunastnicy oraz następcza rozstrzeń żołądka.

SKŁODOWSKI przytacza obraz kliniczny przypadku. Chora 38-letnia przybyła do szpitala w sierpniu z. r. ze skargami na odbijanie i zgagę, trapiące ją od kilkunastu miesięcy, oraz na wymioty, zjawiające się od tygodnia po każdym jedzeniu i niezależnie od niego. Przy badaniu stwierdzono objawy rozstrzeni żołądka bez przerostu jego muskulatury. Bolesności żadnej. Przy płukaniach żołądka i dyecie mlecznej—szybka poprawa podmiotowa i przedmiotowa, znaczny przyrost wagi. Po upływie kilku tygodni w domu, ponowne pogorszenie: wymioty, kurcze w kończynach; w żołądku na czczo około dwu litrów zawartości płynnej, barwy zielonawej; brak w niej wolnego HCl, a obfitość czworniaków w osadzie. Chora w odurzeniu; niektóre mięśnie [zwłaszcza i ściana brzuszną] w stanie wzmożonego napięcia. Objawów ciężkiej, poza jednorazowym, chwilowym ustawieniem charakterystycznym rąk, nie stwierdzano. Jak okazało badanie pośmiertne, rozpoznano za życia tylko uboczne następstwa cierpienia, właściwej zaś istoty jego spostrzeganie kliniczne nie wysłuchiło. Przyczyną śmierci stanowiło niewątpliwie samozatrucie [z objawami, zbliżonymi do ciężkich]. Operacji nie wykonano ze względu na ciężki stan chorej przy powrocie do szpitala.

4) CILCHOMSKI przedstawił guz, wydobyty z odbytnicy, rozpoznany przez DUNIN-KARWICKĄ jako czerniak (*melanosarcoma*). Czerniak odbytu i odbytnicy, zdarzający się częściej u koni, u ludzi stanowi rzadkość. Sadowi się zazwyczaj nisko, zaraz nad odbytem lub w odległości kilku ctm. od niego, najczęściej na szypule, jako polip złośliwy, o powierzchni nierównej, zrazikowej, często owrzodziałej, barwy na przekroju zwykle czarnej. Przerzuty w gruczołach chłonnych są pospolite; pozatem zdarzają się w płucach i w opłucnej, chrząstkach żebrowych, otrzewnej, wątrobie. Objawy kliniczne, jak zwykle przy guzach odbytnicy.

Preparat przedstawiony pochodzi od chorej 73-letniej, od dawna cierpiącej na bole w odbycie z powodu żylaków. Od listopada większe bole i utrudnione oddawania stolca. W grudniu stwierdzono guz wielkości gruszki, w kształcie polipa, wypełniający światło kiszki w odległości 3—4-ch ctm. od odbytu. Obok dużego guza w ścianie kiszki parę twardych guzików drobniejszych. Po rozszerzeniu odbytu na tępo, guz zepchnięto ku dołowi, nacięto podłużnie tylną ścianę pochwy i odłuszczono ścianę kiszki jak najdalej od guza; w celu ułatwienia dostępu do guzików—przecięto krocze i odbył, poczem wycięcie rozległe kiszki wraz z nowotworem i guzikami było nietrudne. Szew 2-piętrowy na kiszkę, 3-piętrowy na ścianę pochwy, wreszcie zaszyte [niepełne] krocza oraz odbytu. Do kiszki wprowadzono rurkę gumową. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

5) DUNIN-KARWICKA rozbiera obraz mikroskopowy guza w powyższym przypadku i podaje ogólną charakterystykę czerniaków. Guz składał się z licznych komórek łącznotkankowych oraz ze skąpej substancji międzytkankowej. Wielkość komórek — różnorodna: od zupełnie drobnych do olbrzymich o paru jądrach. W wielu z nich—brunatny barwik [melanina]. Rozmieszczenie komórek barwikowych [chromatoforów] nierównomierne; gdzie-niegdzie całe zwarte ich pola. Pojedyncze komórki nowotworowe rozrzucone i w tkance międzygruczołowej śluzówki.

6) Taż sama przedstawia preparaty gruczolaka włóknistego macicy. Preparaty pochodzą od młodej dziewczyny, której usunięto macicę z powodu krwotoków. Macica ogromna; na przekroju trzon jej i szyjka wypełnione guzami w kształcie polipów różnorodnej wielkości. Powierzchnia wielu z tych guzów pokryta pęcherzykami. Mikroskopowo zbadano budowę jednego polipa i tkanki śluzowej między polipami. W obu preparatach rozrost tkanki gruczołowej pośród twardej tkanki łącznej włóknistej. Nabłonek jednowarstwowy; niektóre gruczolaki rozszerzone torbielowato. Cierpienie uznać należy za nowotwór; zwraca jednak uwagę wielkie podobieństwo obrazu mikroskopowego do zmian, znajdujących w przewlekłych stanach zapalnych macicy (*endometritis glandul. hypertr.* w kombinacji z *endometritis interstit.*, inaczej *endometritis diffusa, fungosa*).

J. CZARKOWSKI do powyższego opisu dodaje, że przypadek powyższy dotyczył 22-letniej *virgo intacta*. Badanie przedoperacyjne okazało powiększenie macicy na trzy palce poniżej pępka, ruchomość jej, ściany gładkie. Otwór zewnętrzny macicy rozszerzony, w nim sterczący miękki guz łatwo krwawiący. Rozpoznawano *myoma uteri submucosum*. Przy operacji, po nacięciu macicy, znaleziono ją wypełnioną całym szeregiem guzów o kształcie polipów, ściśle spojonych z mięszem narządu. Z tego powodu zastosowano zupełne wycięcie macicy. Wyzdrowienie po dwu tygodniach.

7) J. PASZKIEWICZ przedstawił kilkanaście preparatów patologo-anatomicznych, utrwalonych, z zastosowaniem barwy naturalnej, według metod MELNIKOWA-RAZWEDENKOWA, KAISERLING'a, PICK'a. Podnosi potrzebę przy szpitalach instytutów anatomo-patologicznych.

Omawia szczegółowiej preparat guza przysadki mózgu, pochodzący z przypadku, przebiegającego pod postacią kliniczną akromegalii. U chorej, w oddziale E. ZIELIŃSKIEGO stwierdzono: przerost kości i części miękkich na czaszce, na twarzy, kiściach i stopach, skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi, głos niski i szorstki; nadmierne pocenie się; wyłysienie pod pachami; zupełną ślepotę. Z objawów podmiotowych—przygnębiecie umysłowe, bole i zawroty głowy, bezsenność. Obok tego stwierdzono raka szyjki macicy, znaczny przerost ośrodkowego i lewego płata gruczołu tarczowego, przewlekłe zapalenie nerek mięszone. Guz przysadki mózgu stwierdzono rentgenograficznie. Jak okazało badanie pośmiertne, guz ten, usadowiony na podstawie czaszki, od góry i z boków był szczelnie okryty oponą twardą, od dołu stykał się bezpośrednio z kością klinową, której zatoka zredukowana była do *minimum*. Granica między guzem a kością zatarta. Miejsce grzbietu siodła tureckiego, zajmował guz w postaci cieniutkiej blaszki; powierzchnia jego wyboista, rozszerzona znacznie na boki i ku tyłowi. Guz wielkości jaja kurzego, owalny, rósł głównie ku górze i ku przodowi, powodując ucisk spoidła wielkiego mózgu i zrazów czołowych. Spoistość guza miękka, powierzchnia przekroju lśniąca, szaroróżowa, z licznymi wyciętymi. Skrzyżowanie nerwów wzrokowych znacznie ścięczało. W miejscu ciała szyszkowatego torbiel o cienkiej, gładkiej ścianie. Mikroskopowo guz składa się w części z komórek okrągłych z jądrem—jakby mięsakowych, w części z komórek trójkątnych z wypustkami—jakby korowych, rozsianych w ogniskach tkanki łącznej, w części—z mas koloidalnych, okolonych gdzieśniedzie nabłonkiem jednowarstwowym. Różnorodność obrazu mikroskopowego guzów przysadki tłumaczy się według STRUEPPELL'a i BENDY tem, że zazwyczaj początkowo powstaje tu tylko przerost i rozrost gruczolowej części przysadki, a w następstwie dopiero mięsakowej jej zwyrodnienie. Za tłumaczeniem takim przemawia i długotrwały przebieg tych guzów, brak przerzutów i brak objawów ogólnych, właściwych guzom złośliwym.

8) F. MALINOWSKI przedstawił przypadek *epidermolysis bullosa congenita*. Dziecko 2½-letnie dobrze odżywione, lecz anemiczne. Na całej powierzchni skóry, zwłaszcza na dłoniach i stopach, oraz na błonie śluzowej jamy ustnej występują od urodzenia pęcherze, dosięgające wielkości orzecha włoskiego i większej. Zawartość pęcherzy, w początku przezroczystych, niekiedy po kilku dniach mętnieje lub różowieje wskutek domieszk krwi. Po pewnym czasie [do paru tygodni] pęcherze pękają, odsłaniając przytem przykrytą naskórkiem skórę, na której poczynają się tworzyć nowe pęcherze. W następstwie cierpienia skóra stopniowo cieńszeje, marszczy się; paznogi ulegają zwyrodnieniu i zanikowi. Obwódki czerwonej dookoła pęcherzyków brak. Świeże pęcherze zjawiają się bez żadnej widocznej przyczyny, czasami tylko skutkiem miejscowego podrażnienia. Przebieg bezgorączkowy. Obarczenia dziedzicznego nie stwierdzono. Badanie bakteriologiczne zawartości pęcherzy—ujemne. Badanie krwi okazało: hemoglobiny 65%, czerwonych krążków 2.500.000 w 1 mm. sz., białych ciałek 18.500, wśród nich 45% neutrofilów wielojądrowych, 5% myelocytów, reszta—postaci przejściowe i eozynofile. Liczne krążki czerwone jądrowe.

Badanie anatomiczne wykazało: 1) nieznanne objawy zapalne w brodawkach; nieznaczne rozszerzenie naczyń; pomnożenie jąder dookoła naczyń, obrzęk brodawek; 2) płyn; w miejscach zdala od pęcherzy, zbiera się w komórkach warstwy podstawowej naskórka, oraz w komórkach i między komórkami warstw powyżej leżących; 3) pęcherzyk powstaje pomiędzy naskórkiem a warstwą brodawkową skóry; tylko resztki sopli nabłonkowych pozostają na dnie pęcherza. Na mocy powyższych danych M. w cierpieniu omawianem odrzuca przypuszczenia różnych autorów o *displasie vasorum*, o nekrozie pier-

wotnej części naskórka, wreszcie o luźnym związku naskórka z tkanką łączną. Przypuszcza sprawę zapalną na tle być może wrodzonej wrażliwości naczyń na bodźce zewnętrzne.

9) A. LANDAU przedstawił preparaty mikroskopowe wątroby i nerek królików, u których wywołano zatrucie kwaśne zapomocą głodzenia lub wlewania kwasu solnego do żołądka. Droga poprzednich badań nad acydazą do świadczalną L. ustalił, że mniej więcej połowa kwasów, wprowadzonych do ustroju lub wytworzonych w nich samoistnie, łączy się z białkiem komórek. Obecnie badaniami anatomicznymi stwierdził fakt, zauważony po raz pierwszy przez Mosse'go, że w zatruciu kwaśnym, zarówno endo jak ekzogennym, zaródź komórek wątroby i nerek traktowana obojętną mieszaniną eozyny i błękitu metylowego, barwi się nie na różowo, a na kolor fioletowy i zawiera liczne ziarenka mocno niebieskie [bazofilowe]. Świadczy to niewątpliwie o zmianie odczynu komórek wskutek nagromadzenia w nich produktów kwaśnych.

10) TRYJARSKI przedstawił preparat naczyńniaka chłonnego gardzieli, pochodzący od chłopca 16-letniego. Guz, grubości palca, usadowiony na lewej ścianie gardzieli, przechodził do jamy nosowo-gardzielowej; drugi taki sam guz wypełniał całkowicie lewy przewód nosowy.

11) ROSENBERG przedstawił preparaty mikroskopowe z przypadków choroby PAGET'a. W przypadku 1-ym u chorej 67-letniej powstało na sutce ognisko formy owalnej, pergaminowo stwardniałe, ściśle odgraniczone od zdrowej skóry, o brzegach nieco wzniesionych. Powierzchnia tworzy czerwona, po części moksująca, miejscami łatwo krwawi, gdzieś pokryta świeżym srebrzystym naskórkiem. W miejscu brodawki sutkowej — owrzodzenie.

W przypadku drugim podobne ognisko, wielkości dłoni, powstało na organach płciowych u kobiety 70-letniej.

Przy badaniu mikroskopowym, w miejscu nieco oddalonym od owrzodzenia stwierdzono nieznaczne nacieczenie warstwy rogowej, brodawek, *corii*; naczynia rozszerzone. Bliżej owrzodzenia komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych mocno zwyrodniałe, skóra [zwłaszcza *pars papillaris*] mocno nacieczona. W miejscu owrzodzenia *corium* nacieczone, w tkance podskórnej i w *corium* liczne ogniska nabłonkowo-rakowate. Przypuszczać należy, że początek choroby stanowi stan zapalny skóry, w następstwie którego komórki warstwy kolczastej i sopli nabłonkowych tracą swój układ i ulegają zwyrodnieniu. Część ich zostaje przytem oddzielona od ogólnej masy i w obcym otoczeniu, w tkance podskórnej zaczynają bujać, dając początek tworom rakowatym. Chorobę spostrz gano dotąd głównie w Anglii i Ameryce, rzadziej w innych krajach; najczęściej u kobiet po 40-u latach, wyjątkowo tylko u mężczyzn [na sutce, mosznie, prąciu, nosie].

12) MORACZEWSKI ze Lwowa wygłosił odczyt o związkach indolu w ustroju ludzkim. Prelegent stoi na stanowisku, że źródłem tych ciał nie jest wyłącznie guście białka w przewodzie pokarmowym, lecz utrzymuje wraz z BLUMENTHAL'em i innymi, że indol powstaje również endogenicznie z rozpadu białka. Na poparcie tego twierdzenia podaje wyniki swoich doświadczeń z tyreoidyną, która z jednej strony wzmacnia rozpad N, z drugiej zaś — wydalenie indoksyłu z moczem i indolu z kałem. M. usiłował dalej wyjaśnić wpływ diety na ilość wydzielanego indolu. Okazało się, że człowiek wydziela go najwięcej przy pożywieniu, obfitującym w tłuszcz, a najmniej przy diecie węglowodanowej; środek zajmuje dieta białkowa. M. zaznacza wreszcie, że ilość indolu, oznaczonego w kale i moczu, nie daje nam pojęcia o całkowitej jego produkcji, ponieważ związki te w znacznym stopniu ulegają wessaniu i następnie spalają się. Wybitną rolę w tym względzie odgrywa zapewne wątroba, która spala indol prawdopodobnie tak samo, jak ciała acetonowe.

W dyskusyi A. LANDAU zaznacza, że spalanie się ciał acetonowych w wątrobie obecnie nie jest uważane za fakt bezsporny. Badania bowiem EMBDEN'a i in. wykazały, że wątroba jest środowiskiem, w którym ciała acetonowe nie spalają się, lecz przeciwnie zostają wytworzone. Z doświadczeń HALPERNA i LANDAU wynika, że o spalaniu ciał acetonowych w ustroju stanowią przede wszystkim mięśnie. Liczby przedstawione przez prelegenta, zdaniem L., nie są w stanie obalić panującego niemal powszechnie poglądu o wyłącznem wewnątrzkiшковem powstawaniu indolu, mimowoli bowiem nasuwa się myśl, iż rodzaj pożywienia może wpływać na florę kishkową, a więc i na stopień guicia białka w kishkach.

W. Starkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 2-go do 8-go maja r. b. do szpitali warszawskich przybyło 81 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 2, odrą 1, płonicą 5, różą 3, tyfusem plamistym 43, tyfusem brzuszny 7, gorączką powrotną 8, błonicą i krupem 7, zimnicą 1 i grypą 4.

W tymże czasie zmarło 7 chorych, mianowicie: na ospę 1, na tyfus plamisty 3 i na tyfus brzuszny 3.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie otrzymało 52,000 rubli, z których odsetki od 50,000 mają być używane na cele pracowni naukowej przy Tow. Lek., a 2,000 rubli mają być jednorazowo na tenże cel użyte. Fundusz ten ma być podwaliną pod instytut medycyny doświadczalnej, który winien powstać w Warszawie.

— Redakcja „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“, zamierzając uzupełnić „Słownik Lekarzy Polskich“, uprasza autorów o nadsyłanie krótkiego *curriculum vitae* i spisu prac ogłoszonych pod adresem wydawcy—Nowo-Jasna 6.

— Agencja Petersburska donosi o zapadłem pozwoleniu na Zjazd w Warszawie neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Zjazd odbyć się ma we wrześniu lub październiku r. b. Pozwolenie uzyskali kol. L. BREGMAN, E. FLATAU, W. MĄCZKOWSKI i R. RADZIWIŁŁOWICZ.

— Minister komunikacyi pozwolił na zwołanie odkładanego z różnych powodów Zjazdu lekarzy kolejowych.

— Międzynarodowy Zjazd lekarski ogólny odbędzie się w Peszcie od 29-go sierpnia do 4-go września. Cel Zjazdu jest wyłącznie naukowy. Zapisy uczestników przyjmuje skarbnik prof. J. de ELISCHER [Buda-Pest VIII—Esterhazy-utcza 7], któremu przesłać należy 25 koron i bilet wizytowy z wyszczególnieniem imienia, nazwiska, adresu i działu, w którym zamierza się brać udział; składka dla żon i córek wynosi 12.5 koron. Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie: 1) przed Zjazdem—referaty z obranego działu, 2) różne wydawnictwa podczas otwarcia i podczas trwania Zjazdu i 3) po Zjeździe zbiór prac danego działu i protokoły posiedzeń. Uczestnicy kilku działów otrzymają prace tego, który wymienią na pierwszym miejscu; za każdy dział dodatkowy dopłaca się 10 koron. Wszystkie prace Zjazdu można otrzymać za 150 koron. Komitet węgierski poczynił starania, aby otrzymać ulgi na kolejach austriackich i węgierskich oraz na statkach parowych.

Komitet polski stanowią: prezes prof. WICHERRIEWICZ, wiceprezes KWAŚNICKI, sekretarz CIECHANOWSKI, skarbnik BORZĘCKI, oraz GLUZIŃSKI, SIERADZKI, PISEK, ZIEMBIŃSKI, DZIECHCIŃSKI, GNATKOWSKI, ŁAZAREWICZ, JAWORSKI, KRYŃSKI i LUBLINER.

Po kongresie odbędą się wycieczki do Kolosvaru, w Tatry i do Piszczan, do jeziora Belaton, do ujścia Dunaju, do Konstantynopola, Aten, Korfu, Tryestu i do Bośni i Hercegowiny. Zapisy na wycieczki przyjmuje: *Le bureau central de voyages*—Budapest.

— 6-ty Zjazd ginekologiczny, akuszerski i pediatryczny odbędzie się w Tuluzie pomiędzy 22-gim a 27-ym września 1910 r. pod przewodnictwem prof. KIRMIS-son'a. Wiadomości dotyczących Zjazdu udziela sekretarz główny prof. AUDEBERT [Toulouse, place Matabiau 1].

— Dnia 28-go sierpnia otwarta będzie w Wilnie wystawa pod nazwą „Urządzenie mieszkań”; niektóre działy wystawy obejmują przedmioty, dotyczące higieny mieszkań.

O G Ł O S Z E N I E.

Akademia Umiejętności w Krakowie podaje do wiadomości publicznej, że w początku roku 1910 [o ile możności 1-go lutego 1910] zapadnie postanowienie co do użycia odsetek, nagromadzonych w ciągu trzechlecia 1907—1909 z Funduszu imienia Księżąt Jerzego Romana z Rozwadowa i Adama z Międzyńca Lubomirskich. Z nagromadzonych w przeciągu trzechlecia odsetek 90% obraca się, według § II-go Uchwały Pełnego Zgromadzenia Akademii Umiejętności z dnia 27-go listopada 1906, na: a) udzielanie nagród pieniężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywistej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich [z wyjątkiem prac ze ścisłej matematyki], napisanych w języku polskim; b) na opędzenie kosztów wydania takich prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpowiednie. Autorowie prac, czyniących zadosyć warunkom powyższego ustępu a) i ogłoszonych drukiem w latach 1907, 1908 lub 1909, również autorowie prac rękopiśmiennych, czyniących zadosyć warunkom ustępu b), jeżeli [bądź pierwsi, bądź drudzy] życzą sobie ubiegać się o nagrodę, *resp.* o opędzenie kosztów nakładu z powołanego funduszu, zechcą prace te nadesłać przed dniem 1-ym października 1909 r. [§ VI Uchwały] do Kancelaryi Akademii Umiejętności. Prace drukowane powinny być nadsyłane w trzech egzemplarzach, rękopiśmienne mają być pisane pismem łatwo czytelnem; wszystkie mają być zaopatrzone w adnotację na karcie tytułowej „Konkurs im. Ks. Lubomirskich 1909”. Regulamin Funduszu cytowanego został ogłoszony w „Roczniku” Akademii Umiejętności, 1906/7, str. 166—171.