

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TRESĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową. Podał L. Guranowski. Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryotomii. Podał Dr. K. Zagórski. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 16. O całkowitem wycinaniu macicy. — Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 8 Marca r. b.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

PRZYSZYNEK DO KAZUISTYKI szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową. Podał L. Guranowski.

Przewlekłe ropne zapalenia jamy bębenkowej pozostawiają najczęściej stałe przedziurawienia błony bębenkowej, nie dające się zagoić zapomocą używanych dotąd sposobów. Takie przedziurawienia nie zawsze wprowadzie szkodliwie oddziałują na słuch chorego, lecz są przyczyną powrotów ropienia a tem samem wywierają ujemny wpływ na zdrowie chorego. Dopóki więc przedziurawienie błony bębenkowej nie będzie zagojone, nie możemy chorego uważać za zupełnie wyleczonego. Z tego wynika, że interwencja nasza bynajmniej się nie kończy z chwilą, kiedy przy przewlekłym ropnem zapaleniu jamy bębenkowej ropienie ustało, ale starać się powinniśmy doprowadzić otwór w błonie bębenkowej do zabliznienia lub też innym sposobem zabezpieczyć błonę słuzową jamy bębenkowej od szkodliwego działania wpływów zewnętrznych, wywołujących powroty ropienia. Zapomocą sztucznej błony bębenkowej (rozmaitych form i modyfikacji) wprowadzie w niektórych przypadkach cel ten daje się osiągnąć, ale jak słusznie twierdzi SCHWARTZE wskazania do jej stosowania są bardzo ograniczone. SCHWARTZE ¹⁾ utrzymuje, że sztuczna błona bębenkowa może być używana tylko w przypadkach obustronnej i znacznej głuchoty, t. j. jeżeli chory głośną mowę słyszy blisko ucha, przy dużych przedziurawieniach błony bębenkowej i przy minimalnej lub żadnej wydzielinie z błony słuzowej ucha środkowego. Chorzy z przytępieniem słuchu po jednej stronie nie chcą nosić sztucznej błony bębenkowej, dobry słuch po jednej stronie zupełnie im wystarcza, a potem nieznaczna poprawa, jaką zyskują przez sztuczną błonę dość uciążliwego użycia błony nie wynagradza.

Zastosowanie sztucznej błony bębenkowej u dzieci, jest rzeczą prawie niemożliwą. Oprócz tego wiele jest chorych, którzy jej nie znoszą, ponieważ każdorazowe jej zastosowanie wywołuje podrażnienie błony słuzowej ucha środkowego i powrót ropienia. U innych znów powstają bóle głowy i szum się po-

¹⁾ *Lehrbuch der chir. Krankh. des Ohres* str. 207, 1885 r.

tęguje, a ucisk na strunę bębenkową wywołuje nieprzyjemne uczucie w języku. W końcu, użycie błony bębenkowej nawet i u takich chorych, u których sprowadza widoczną poprawę słuchu jest na dłuższy czas niemożliwe, gdyż chorzy nie mają cierpliwości, aby co kilka godzin błonę zmieniać, oczyszczać, tak że w końcu porzucają ją zupełnie.

Metody lecznicze stosowane dotychczas przy stałych przedziurawieniach błony bębenkowej, w większości przypadków nie dawały zadawalających wyników. Najdawniejszy sposób polega na przyżeganiu brzegów przedziurawienia saletrzanem srebra, który niszczy naskórek brzegów przedziurawienia, wywołuje podrażnienie i tym sposobem prowadzi do wytworzenia tkanki bliznowatej. Metoda ta rzadko prowadzi do celu, i najczęściej wywołuje odczynowe zapalenie i powrót ropienia i w końcu wytwarza się daleko większe przedziurawienie niż przed przyżeganiem. Lepszym już ma być sposób SCHWARZEGO, t. j. przyżeganie brzegów żegadłem galwanokaustycznym. Sposób GRUBERA polega na licznych nacięciach brzegów przedziurawienia, przez co występuje zapalenie odczynowe z następczem zabliznieniem. Zarówno nacięcia jak i zupełne wycięcie brzegów (*circumcisio*), nie tylko że nie prowadzą do celu i pozostawiają w następstwie jeszcze większe przedziurawienie, lecz są oprócz tego bardzo bolesne. Wszystkie inne dotąd używane sposoby jak BLAK'A, TRIQUET'A i innych mogą być bardzo dobrze zastąpione kawałkiem waty, przylegającym do brzegów przedziurawienia i służą tylko do zabezpieczenia czasowego jamy bębenkowej od szkodliwych wpływów zewnętrznych.

Sposób BERTHOLD'A ²⁾ ogłoszony w 1878 roku i nazwany przez niego Myringoplastyką, stanowi bardzo racjonalną próbę w tym kierunku. Metoda BERTHOLD'A polega na przyszczepieniu kawałka skóry wyciętego z ramienia chorego na brzegi przedziurawienia błony bębenkowej, w podobny sposób jak to ma miejsce przy transplantacji REVERDIN'A. BERTHOLD brzegów przedziurawienia nie odświeża nożem, ani też przyżeganiem, lecz nakłada na nie kawałki angielskiego plastru i pozostawia je przez 1—2 dni. Następnie odrywając plaster, zrywa razem z nim i naskórek pokrywający brzegi przedziurawienia. Metodą swą BERTHOLD wyleczył w roku 1878 dwóch chorych i od tego czasu cyfra wyleczonych znacznie wzrosła.

EDWARD T. ELY ³⁾ rozszerzył wskazania do tej metody i stosował ją nie tylko w celu zabliznienia brzegów przedziurawienia, lecz także w celu zagojenia przewlekłego ropienia z ucha środkowego. E. leczył myringoplastyką 9 chorych; u sześciu z nich błona bębenkowa była zupełnie zniszczona, odpływu nie było, a błona śluzowa jamy była zgrubiała i pokryta ziarniną. Wycięte kawałki skóry z przedramienia szczepił wprost na błonę śluzową. U innych chorych, u których część błony bębenkowej była zachowana, zeszkrobywał brzegi przedziurawienia i następnie szczepił kawałki skóry. Chociaż rezultaty, jakie otrzymał ELY w swych przypadkach nie były bardzo świetne, to jednak sądzi,

²⁾ *Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher u. Aertze in Cassel 1878.*

³⁾ *Zeitschrift für Ohrenheilk. X Bd. 2 Heft.*

że przeszczepienie skóry, powinno nam oddać znakomite usługi przy leczeniu przewlekłego ropienia z ucha średniego.

C. W. TANGEMANN ⁴⁾ w przypadku przez siebie leczonym, w którym było bardzo duże przedziurawienie i trwały bardzo długo, odświeżył brzegi nożem, wyciął następnie z ramienia chorego kawałek skóry, cokolwiek większy od otworu w błonie bębenkowej. Dclną powierzchnię wyciętego kawałka skóry przyłożył do odświeżonych brzegów i górną posmarował kleiną (*collodium*). Po 3 dniach wszystko odleciało i zostało usunięte, a przedziurawienie błony bębenkowej było większe, aniżeli przed operacją. TANGEMANN przy drugim szczepieniu nie użył już dużego kawałka skóry, lecz pociął go na mniejsze części i następnie przyłożył na właściwe miejsce. Po upływie 48 godzin wytworzył się mostek, który otwór przegrodził na dwie połowy, z tych dolno-tylna w 72 godziny po operacji zupełnie się zamknęła. Górna zaś powoli się zmniejszała. W taki sam sposób TANGEMANN leczył drugie ucho. Chory odzyskał zupełnie słuch, w błonach bębenkowych pozostały dwa małe otwory.

BERTHOLD ⁵⁾ utrzymuje że szczepienie skóry powinno być stosowane przy małych przedziurawieniach, gdyż jak to słusznie POLITZER zauważył, przy dużych niemożliwe jest dokładne przystosowanie płatu do brzegów przedziurawienia. Jakkolwiek wyniki otrzymane przez BERTHOLD'A, ELY'EGO i TANGEMANN'A były bardzo zachęcające, jednak metoda leczenia przedziurawień błony zapomocą Myringoplastyki nie zyskała szerokiego zastosowania. Zdaje się, że przyczyny szukać należy w niechęci chorych do poddawania się operacyom w ogóle. Ażeby właśnie uniknąć tej przykrej dla wielu chorych operacji starał się BERTHOLD o wynalezienie odpowiedniej błony, któraby w danym razie mogła zastąpić skórę. W tym celu wykonał próby z powieką dodatkową (*membrana tertia*) oka królika, z błoną z katgutu, z cienkimi blaszkami odwie-trzonej gąbki. W końcu użył błony z jaja kurzego i otrzymał przytem doskonałe rezultaty.

Błona jaja kurzego jest dość grubą i składa się z tkanki włóknistej i podług H. MECKEL'A musi być uważaną za oddzieloną część błony śluzowej jajo-wodów. W włóknistej tkance widział MECKEL ślady naczyń i liczne pory jako ślady gruczołów białko wydzielających. Podług v. WITTICHA, który używał błony z jaja do badań dyfuzyjnych włókna jej są bardzo odporne na działanie czynników chemicznych „w stężonych roztworach ługowych, w kwasie octowym, solnym, siarczanym i saletrzanym, są prawie nierozpuszczalne i nie wykazują żadnych zmian pod drobnowidzem nawet po kilkodniowem działaniu tych czynników.“ Nie podlegają również gniciu. Przytem błonka taka jest bardzo miękka i w świeżym stanie bardzo łatwo przykleja się wewnętrzną powierzchnią do suchych przedmiotów. Sposób szczepienia podany przez BERTHOLD'A jest następujący: Szklanna pipetka zgięta pod kątem (mniej więcej 135°) dość wązka, aby

⁴⁾ Tangemann—„Ersatz des Trommelfells durch Haut-Transplantation“ *Zeitsch. für Ohrenh.* XIII Bd. 2 u. 3 Heft.

⁵⁾ Berthold „Das künstliche Trommelfell und die Verwendbarkeit der Schalenhaut des Hühneries zur Myringoplastik“ Wiesbaden 1886 r.

z łatwością przechodziła przez przewód słuchowy, zwilża się na końcu białkiem z jajka. Z błony jaja kurzego wycina się za pomocą nożyczek kawałek cokolwiek większy od otworu w błonie bębenkowej i stronę zewnętrzną przykłada się do otworu rurki szklanej. Uciskając rurkę gumową pipetki i następnie znosząc prędko ucisk przyciąga się w ten sposób kawałek błonki do otworu rurki. Błonka wtedy przylega tak mocno, że z łatwością się daje odpowiednio przykroić. Następnie wprowadza się pipetkę z błonką przez przewód słuchowy do miejsca przedziurawienia i wydmuchuje się ją przez ucisk na gumkę pipetki i wtedy błonka wewnętrzną lepką swą stronę przylegać powinna do brzegów przedziurawienia. Jeżeli błonka skierowaną została na właściwe miejsce, to operację uważać można za skończoną. Jeżeli zaś błonka pokrywa otwór tylko częściowo, to można jej nadać żądane położenie za pomocą zgłębnika. Natychmiast po przyklepieniu błonki następuje poprawa słuchu, pogorszenia BERTHOLD ani razu nie widział. Oglądając na drugi dzień błonę zaszczerpioną zauważyć można, że nie we wszystkich przypadkach ma ona jednakowy wygląd. Przylegający brzeg wprawdzie zawsze posiada kolor błony bębenkowej, środek jednak jest w niektórych przypadkach biały jak kreda, w innych zaś ciemno-szary. W pierwszym razie błonka uległa w środku wyschnięciu, w drugim przypuszczając musimy iż jest przesiąknięta wilgocią. Kolory te pozostają niezmienione, przez dłuższy czas i mogą się zmieniać, zależnie od stopnia wilgotności. Jeżeli po zasklepieniu otworu zbierze się w jamie bębenkowej znaczna ilość płynu, to zagojenie nastąpić nie może i błonka odpadnie. Wtedy nie pozostaje nic innego, jak leczyć ropienie i następnie przystąpić do powtórnego szczepienia. Jeżeli tak zaszczerpiona błona przez tygodnie i miesiące pozostaje w nadanem jej położeniu, i najsilniejszy prąd powietrza przedmuchiwany przez kateter jak również silne wyszprycowanie ucha nie jest w stanie jej oderwać, to chyba nie ulega najmniejszej wątpliwości że błonka ta przyrosła do brzegów przedziurawienia. Co do samego sposobu wgajania się błonki przyszczerpionej, to BERTHOLD nie daje stanowczego objaśnienia, lecz wyraża tylko przypuszczenie, że występują tu podobne sprawy, jak to ma miejsce przy wgajaniu się innych martwych tkanek, jak to wykazały doświadczenia ZIEGLER'a i TILLMANNS'a.

Od miesiąca Lipca 1886 roku miałem sposobność stosowania metody BERTHOLD'a w 8 przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia jamy bębenkowej i rezultaty otrzymane tą metodą leczniczą podaję tu w streszczeniu.

S p o s t z e ż e n i e I-sze. Ewelina P. panna l. 28 zgłosiła się do mnie w dniu 24 Lipca 1886 r. Chora cierpi na prawe ucho już od roku, skarży się na ból, szum i wyciek ropny z ucha, czasami z domieszką krwi. Słuch po stronie prawej stale się pogorszał i chora po tej stronie prawie nic nie słyszy i musi przy rozmowie nastawiać ucho lewe.

B a d a n i e u c h a p r a w e g o. Przewód słuchowy zewnętrzny normalny, w głębi ropa. Po wyszprycowaniu i osuszeniu przewodu słuchowego widać w tylnym dolnym odcinku błony bębenkowej przedziurawienie okrągłe. Reszta błony bębenkowej obrzmiała, zaczerwieniona, kontury niewyraźne, widać tylko krótki wyrostek młotka w przednim górnym odcinku. Błona śluzowa jamy bębenkowej rozpulchniona, robi wrażenie polipa i wystaje cokolwiek ponad brze-

gi przedziurawienia. Przy osuszeniu watą i przy badaniu zgłębnikiem łatwo krwawi. Sposób POLITZER'A nie wykazuje obrzmienia błony śluzowej trąbki Eustachjusza, powietrze przechodzi z głośnym szmerem przedziurawienia. Jama noso-gardzielowa zdrowa.

B a d a n i e s ł u c h u. Lewe ucho normalne. Po stronie prawej chora słyszy mój zegarek na odległości 2 ctm. od ucha. Szept przy samem uchu. Mowę głośną na odległości stopy. Słuchomierz Politzer'a na odległości 20 ctm. Duży kamerton C. ze wszystkich punktów czaszki i postawiony na lewym wyrostku sutkowym po stronie prawej. Mieliśmy więc w danym przypadku do czynienia z przewlekłym ropieniem jamy bębenkowej, z obrzmieniem błony śluzowej i przedziurawieniem błony bębenkowej. Leczenie polegało na codziennem przedmuchiowaniu jamy bębenkowej sposobem GRUBER'A, który w danym przypadku łatwiej się udawał i był dla chorej mniej przykry od sposobu POLITZER'A. Oprócz tego przestrzykiwano ucho kilka razy dziennie roztworem kwasu borowego i wkraplano 2 razy dziennie ogrzany wyskok. Z początku wyskok wywoływał u chorej silne bóle, lecz powoli się do niego przyzwyczaiła. Wdmuchiwań proszku kwasu borowego chora nie znosiła. Po każdorazowej próbie występowały silne bóle głowy i bóle w okolicy wyrostka sutkowego.

Pod wpływem takiego leczenia ropienie zupełnie ustało i słuch się cokolwiek poprawił. Przedziurawienie błony bębenkowej pozostało, nie zmniejszyło się i prawdopodobnie mielibyśmy w danym przypadku do czynienia ze stałym przedziurawieniem.

3 Września 1886 roku przystąpiłem do zaszczepienia sztucznej błony z jaja kurzego. Sposób, jakiego używam przy tej operacji różni się cokolwiek od metody podanej przez BERTHOLD'A. Nie używam bowiem rurki szklanej, lecz wycinam wprost odpowiedni kawałek błonki z jaja i ujmuję go w szczypczyki kolankowo zgięte POLITZER'A. Błonkę tak ujętą wprowadzam przez wziernik uszny, przy odpowiednim oświetleniu ucha do miejsca przedziurawionego. Powierzchnię wewnętrzną zwilżoną białkiem kieruję przytęm ku wewnątrz, to jest ku jamie bębenkowej. Wprowadziwszy w taki sposób błonkę, pozostawiam ją w miejscu i za pomocą zgłębnika przystosowuję ją do brzegów przedziurawienia. Przekonawszy się, że błonka dobrze przylega, zatykam ucho watą karbolową.

Po tygodniu widziałem chorą i przekonałem się, że błonka znajdowała się na właściwem miejscu i dokładnie przylegała do brzegów przedziurawienia. Kolor przyszczepionej błonki był ciemno-szary, co podług BERTHOLDA ma oznaczać przeziąknięcie wilgocią. Słuch się poprawił. Chora słyszy zegarek na odległości dwóch stóp. Szept na odległości 4 łokci, mowę zaś głośną tak samo dobrze jak po stronie zdrowej. Chorą ostatni raz widziałem dnia 13 Lutego 1887 r. Przyszczepiona błona nie różni się prawie co do koloru od normalnej błony bębenkowej, jest cokolwiek wciągnięta ku jamie bębenkowej, a w samym środku przyszczepionego kawałka widać mały punkcik świetlany. Mowę głośną i szept chora również dobrze po tej stronie słyszy jak po stronie zdrowej.

Ponieważ od chwili przyszczepienia upłynęło prawie 5 miesięcy, mogłem się więc spodziewać, że błonka już mocno przyrosła. Przedmuchiwałem więc ja-

mę bębenkową za pomocą kateteru i przekonałem się, że błonka mocno przylega i nie zmienia swego położenia. Tak samo mocne przostrzyknięcie ucha ciepłą wodą, nie oderwało przyszczepionego kawałka. Wynik więc w danym przypadku był bardzo dobry, przedziurawienie można uważać za zupełnie zagojone i słuch znakomicie się poprawił. (d. n.)

Z kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego.

Przyczynek do kazuistyki nietypowych owarjotomji.

Podał Karol Zagórski, ordynator tejże kliniki.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 11).

I. Operacja ALEXANDRA-ADAMSA, przedstawia niekiedy bardzo poważne techniczne trudności, co do odnalezienia więzów okrągłych. Okoliczność tę uznają nawet najgorętsi jej propagatorowie. Tak ALEXANDER powiada: „Więzy okrągłe mają czasem budowę nadzwyczaj delikatną i wówczas są trudne do odnalezienia. Okoliczność ta może spowodować nieudanie się operacji.“ ADAMS jeszcze większy nacisk na to kładzie: „Odszukanie więzów okrągłych na osobie żywej, powiada on, gdy te są rozluźnione, rozstrzępione i przyczepiają się w okolicy bogatej w podskórną tkankę tłuszczową, jest zadaniem ciężkiem, nawet dla ludzi doświadczonych, których wiedza anatomiczna i zręczność operacyjna, dawno po nad poziom nowicjusów w chirurgii wyniosły. Zdarzało mi się nawet niejednokrotnie w amfiteatrze anatomicznym napotkać pewne trudności przy odnajdywaniu na trupie więzów okrągłych, dla zdemonstrowania ich poczynającym.“ Zdania te, tak świadomymi rzeczy usta wypowiedziane, a poparte przykładem opisanego wyżej przypadku DENEFFE'A, zasługują na bliższą rozprawę chirurgów, którzy tę operację przedsięwzięją.

II. Że operacja ALEXANDRA, nieodpowiada w zupełności wygórowanym nadziejom pokładanym w niej początkowo, za tem przemawia ta okoliczność że w ostatnich czasach, chirurgowie którzy częściej z nią mieli do czynienia, jak POLK, który wykonał ją 10 razy, GARDNER (9 razy), a co najważniejsza w ostatnich trzech operowanych przez się przypadkach i sam ALEXANDER, celem utrwalenia jej skutku, łączą ją z jedną z poprzednio wykonywanych w tym celu operacji plastycznych t. j. elytro-colpo, lub perineorrhaphią. Tak ALEXANDER powiada że jedno z najczęstszych powikłań wypadnięcia macicy cystocele, bardzo często powraca pomimo poprawionego przez skrócenie więzów okrągłych położenia macicy. Dla zapobieżenia powrotowi tej dolegliwości, ALEXANDER po zagojeniu zupełnem pooperacyjnych ran pachwinowych, a więc w 12—15 dni po „shortening“ wykonywa *elytrorrhaphiam anteriorem*. GARDNER operację plastyczną wykonywa w 2 doby po operacji ALEXANDRA, POLK zaś uzupełnia ją przez perineorrhaphię, którą wykonywa bezpośrednio po pierwszej operacji. Nakoniec DOLÉRIS ¹⁴⁾ idzie jeszcze dalej: utrzymuje on że elytro-colpo,

¹⁴⁾ Nouvelle méthode de traiter les déplacements de l'utérus, par le raccourcissement des ligaments ronds, et la colpoperinéorrhaphie combinées. Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie 1886. Nr. 6.

lub perineorrhaphia, są i pozostaną podstawą chirurgicznego leczenia wypadnięcia macicy, ile że same przez się, niejednokrotnie stale je usuwały, operację zaś ALEXANDRA uważa tylko za ważny czynnik pomocniczy i radzi ją wykonywać jednocześnie z operacją plastyczną, ale bezpośrednio po niej, nie zaś przed nią. Ten ostatni взгляд jest teoretycznie bardzo racjonalnym, bo po uniesieniu macicy ku górze i przytwierdzeniu jej tam, elytrorrhaphia jest daleko trudniejsza do wykonania, a co ważniejsza nieuchronnie niemal przytem pociąganie macicy ku dołowi, może przyczynić się do unicestwienia skutków świeżo dokonanego podniesienia macicy, przez rozciąganie świeżej blizny. Nakoniec DOLÉRIS radzi wykonywać operację ALEXANDRA tylko jednostronnie, ale skracać wiąz okrągły o ile można najwięcej t. j. o 8—10 centymetrów. Takie jednostronne skrócenie więzu okrągłego ma w zupełności wystarczać, a nadto pozostawia możność wykonania kiedyś tej samej operacji z drugiej strony, gdyby z jakichkolwiek bądź względów, pierwsza nie dała pożądanego rezultatu.

Tyle co do kwestji leczenia zboczeń położenia macicy przez skręcanie więzów okrągłych. Przechodzę teraz do przytwierdzania samej macicy do ściany brzusznej. Operacja ta poraz pierwszy wykonaną została przez KOEBERLEGO w 1869 r. ¹⁵⁾ Przypadek ten dotyczył 22-letniej kobiety, w wysokim stopniu histerycznej, dotkniętej tyło-pochyleniem macicy, powodującym ciągle zaparcie stolca. To ostatnie doszło do tego stopnia że nakoniec chora, w ciągu 4-ch miesięcy nie miała ani jednego wypróżnienia. Chora przez cały ten czas przyjmowała tylko płynne pokarmy, a od dwóch miesięcy żywiła się wyłącznie mlekiem. Wielokrotnie stosowane przeróżne czyszczące leki żadnego nie odnosiły skutku, a w ostatnich tygodniach pojawiły się kałowe wymioty. Chora, w najwyższym stopniu wyniszczona; przez wychudłą i zwiotezłą jej ścianę brzuszną, wyczuć było można ogromne ilości zbitego kału zalegające całe kiszki grube. Macica silnie przechylona ku tyłowi i na lewo, zatyka całe światło esowatego zgięcia i leżącemi nad nią massami kałowemi tak jest zaklinowana, że przy badaniu *per rectum*, kędy się wyraźnie wyczuwa, absolutnie z miejsca poruszyć się nie daje. KOEBERLE wykonał laparatomję celem usunięcia przeszkody w drożności jelit. Cięcie 12 centymetrów długie poprowadzono równoległe do linii białej, o 5 centymetrów na lewo, poczynając na wysokości pępka prostopadle ku dołowi. Po otworzeniu jamy brzusznej z wielką trudnością, po mozolnych usiłowaniach udało się wklinać macicę z wgłębionej ściany kiszki wydobyć i unieść ku górze. Celem usunięcia na przyszłość możliwości powrotu tego rodzaju zaburzenia, KÖBERLE ujął w kleszcze lewy jajnik i jajowód, wyciął je, a powstałą ztąd szypułę wżył w ranę brzuszną. Chora wyzdrowiała, a po sześciu latach KÖBERLE miał sposobność przekonania się że macica znajdowała się niezmiennie w miejscu nowego przytwierdzenia. Opisuując swój przypadek KÖBERLE powiada że operacji tej nie śmie wogóle polecić przeciw tyłoboczeniom i wypadnięciu macicy, ze względu na połączone z laparotomią niebezpieczeństwo, to też przez długi stosunkowo czas nieznalazła ona naśladowców. W ostatnich jednak latach przy zmniejszeniu niebezpie-

¹⁵⁾ Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung. Nr. 38 z 1876 r.

czeństwa samej laparotomji, wskutek ścisłego przestrzegania przeciwnilnych ostrożności, wzięto znowu pod rozwagę pomysł KÖEBERLEGO, a piękny odczyt OLSHAUSENA miany na ostatnim zjeździe przyrodników w Berlinie ¹⁶⁾ streszcza nowsze usiłowania w tym kierunku. OLSHAUSEN zwraca uwagę na często przy laparotomji napotymane tyłozboczenia macicy, które nieraz po operacji same przez się ustępują, ale nieraz też trwają dalej, mianowicie, w tych przypadkach gdzie są one samodzielną chorobą, a nie jedynie następstwem ucisku wywartego przez torbiel. W tych przypadkach OLSHAUSEN przyszywa rogi macicy do ściany brzusznej. Pierwiastkowo robił on tę operację tylko przy jednoczesnej owarjotomii, ale później przedsiębrał ją dwukrotnie celem poprawienia, raz tyłozgięcia i raz wypadnięcia macicy. W tym celu robi on laparotomię i następnie przyszywa z każdej strony jednym szwem do ściany brzusznej, po nad więzłem Pouparta, to miejsce gdzie więzy okrągłe przechodzą w rogi maciczne. Celem szerszego przytwierdzenia macicy do ściany brzusznej, można też przyszyć i jajowody, tam gdzie one są już niepotrzebne, to jest jeśli się robi operację po ustaniu regularności. Co się tyczy ciąży, to przy takim przytwierdzeniu macicy do ściany brzusznej bardzo łatwo może nastąpić poronienie, jakkolwiek nie jest to absolutnie nieuniknionem, bo podczas ciąży zrosty będące skutkiem przyszywania macicy do ściany brzusznej mogą się znacznie rozciągnąć i rozluźnić; w przypadkach jednak gdzie ciąża jest jeszcze możliwą OLSHAUSEN nie radzi robić tej operacji. Wogóle nie zamierza nadać jej zbyt szerokiego zastosowania ograniczając jej potrzebę do wyjątkowych przypadków, tak jak np. wycięcie jajników przy macinnicy. Jako materiał do szwów OLSHAUSEN używał z kolei catgut, jedwabiu i silkwormgut, obecnie jednak poleca szew z grubego srebrnego drutu. Kończąc zaznacza że operacja, ta przy wypadnięciu macicy jest w ogóle łatwiejsza i prostsza niż typowa owarjotomia. Odczyt ten wywołał ożywioną dyskusję świadomość której zawdzięczam stenograficznej notatce przez kol. F. NEUGEBAUERA na miejscu sporządzonej i uprzejmie mi przekazanej. W dyskusji tej przeciwnikami nowej operacji okazali się FRANK i KALTENBACH. FRANK zaznaczył że widział parę takich przypadków operowanych przez BARDENHEUERA zupełnie bezskutecznie, pomimo iż przyszyte były do ściany brzusznej i więzy okrągłe i jajowody. W jednym z takich przypadków znalazł po dwóch latach tyłozgięcie takie same jak i przed operacją, w drugim macica była wprawdzie *in anteversione*, ale tak silnie naciskała na szyjkę pęcherza, że chora w ciągu siedmiu lat po operacji ani razu nie mogła oddać moczu bez wprowadzenia cewnika, tak że zmuszona była trzymać osobną służącą do kateteryzowania. FRANK zrobił jej *extirpatio uteri vaginalis* i chora wyzdrowiała. W konkluzji zdaniem FRANKA ponieważ dla zezyszcia tyło-pochylonej lub tyło-zgiętej macicy ze ścianą brzuszną, potrzeba nieraz przedewszystkiem pooddzielać i porozrywać zrosty macicy z sąsiednimi narządami, jak np. z kışką prostą, przyczem niezawsze udaje się pokryć otrzewną świeżo od siebie pooddzielane, a zrosnięte poprzednio powierzchnie, okolicz-

¹⁶⁾ OLSHAUSEN. Über ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio Uteri. Centralblatt für Gynäkologie 23 X. 1886.

ność ta zaś znakomicie pomyslnie widoki operacyi zmniejsza, więc lepiej jest uciec się od razu do wycięcia macicy, niż narażać chorą na nie pewne koleje operacyi ciężkiej, a często po szczęśliwym nawet *quo ad vitam* zejściu bezskutecznej.

Widzimy z tego że FRANK jest zwolennikiem najradykałniejszego ze sposobów chirurgicznego leczenia zboczeń macicy t. j. wycięcia jej, który to sposób przy wypadnięciu macicy jeszcze przez CHOPPIN'A proponowany, a następnie kilkakrotnie między innymi przez LANGENBECKA stosowany, szerszego jednak rozpowszechnienia nie znalazł.

Co do KALTENBACHA, to utrzymuje on że przy tyłoboczeniach macicy bez zrostów udają się wszystkie sposoby leczenia, przy powikłaniach zaś zrostami, mamy zazwyczaj do czynienia *cum pelvioperitonitide chronica*, i że wszystkie spostrzegane objawy zależne są wówczas więcej daleko od pierwotnego cierpienia jajników i jajowodów, niż od zmiany położenia macicy, że więc wówczas przysycie macicy do ściany brzusznej, bez jednoczesnej kastracyi nie może objawów chorobowych usunąć, a bardzo być może że kastracja sama przez się by im zapobiegła. Na poparcie swego zdania KALTENBACH przytacza przypadek w którym przy tyłozgięciu ze znacznymi zrostami zrobił kastrację, tyło-zgiętej macicy zaś wcale nie ruszał, a mimo to, wszystkie objawy chorobowe bezpowrotnie znikły.

Jeżeli do wyszczególnionych spostrzeżeń dotyczących przysycia macicy do ściany brzusznej dodamy jeszcze przypadek HENNIGA, który operował jeden z pierwszych, podług metody KOEBERLEGO nieco tylko w szczegółach zmienionej, jeden przypadek SCHRÖDERA ¹⁷⁾ i dwa przypadki CZERNY'ego ¹⁸⁾, to suma tych nielicznych spostrzeżeń stanowi cały kazuistyczny materiał jaki w kwestji tego przedmiotu dotyczącej w dostępnych mi źródłach odnalazłem ¹⁹⁾, SCHRÖDER i CZERNY operowali we wszystkich trzech przypadkach przy tyłozgięciu i macinnicy i we wszystkich trzech przypadkach oprócz przysycia macicy wykonali jednocześnie kastrację. Metoda operacyjna przez nich użyta tem się od innych różni że obaj przyszywali do ściany brzusznej dno macicy, zamiast jej rogów. SCHRÖDER do szycia użył jedwabiu, CZERNY katgut chromowego.

Co do zarzutów wypowiedzianych przez FRANKA i KALTENBACHA, to wszystkie one dotyczą tylko stosowania tej operacyi przy tyłoboczeniach macicy, pożytku zaś jej przy wypadnięciu macicy odmówić niepodobna. Czy i o ile uprawniona jest ta operacja, wobec niebezpieczeństwa wynikającego z samej laparatomji, jeśli się ją robi wyłącznie celem usunięcia wypadnięcia macicy, to dopiero statystyka na liczniejszej kazuistyce oparta rozstrzygnąć zdoła; w obec jednak zmian w rodzaju tych, jakie spostrzegaliśmy w naszym przypadku, gdzie laparatomję przedsiębrano właściwie celem wycięcia guza jajnika, usiło-

¹⁷⁾ Przypadek ten dotychczas nieogłoszony zakomunikował mi kol. Fr. NEUGEBAUER, który był przy operacyi obecnym 29. X. 1882 r.

¹⁸⁾ Tageblatt der 59 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin, vom 18—24 September 1886. Pag. 215.

¹⁹⁾ W Warszawie o ile mi wiadomo operację tę wykonał w zeszłym roku kol. KRUSZEWSKI, szczegóły jej jednak nie są mi znane i dlatego dokładniejszej o niej wzmianki nie podaję.

wanie jednoczesnego usunięcia i drugiej dokuczliwszej może dolegliwości, nastręczało się samo przez się i o właściwości jego nikt chyba wątpić nie może choćby tylko ze względu na skutek jaki odniosło.

Zwracając się wyłącznie do naszego spostrzeżenia musimy zaznaczyć że stosowane tu postępowanie operacyjne od innych metod różni się z dwu względów:

I. Założony był tylko jeden szew, i

II. Szew na macicę założony był czasowo i usunięty w 10 dni po operacji.

To zeszyte czasowe, z zawiązaniem szwu na zewnątrz, uskutecznionem było przez profesora KOSIŃSKIEGO w tym celu, aby w razie wystąpienia jakiegokolwiek zaburzeń, podejrzenie przeszkody w drożności jelit nasuwających, w pierwszych dniach po operacji powstałych, a przez nieruchomo przytwierdzoną macicę podtrzymywanych,—można było tę ostatnią w każdej chwili przez proste przecięcie szwu z zewnątrz, do jamy małej miednicy opuścić. Widzieliśmy już że takie dziesięciodniowe utrzymywanie w zetknięciu przedniej ściany macicy z wewnętrzną powierzchnią ściany brzusznej, wystarczyło w zupełności na wytworzenie zrostu między pokrytymi otrzewną powierzchniami, kończąc zaś kładę nacisk na tę okoliczność, że myśl czasowego przyszycia macicy do ściany brzusznej, z następczem usunięciem przytwierdzającej macicę nitki, zasługuje szczególnie na uwzględnienie w tych przypadkach, w których przewidywać należy, mogącą w przyszłości nastąpić ciążę, zrosty bowiem pozbawione nierozciągliwej podpory łatwiej mogą się rozluźnić, a przy większej ich podatności, prawdopodobieństwo poronienia się zmniejsza, a tem samem i ciąża łączonej do właściwego kresu dojść może.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

16. O całkowitem wycinaniu macicy. Sądzymy, iż ze względu na wybór sposobu operowania, wskazania i rokowanie w danym przypadku, pożądanem będzie poznanie treści rozpraw, jakie się toczyły w Londyńskim towarzystwie położniczym w r. z. tem więcej, że brali w nich udział najznakomitsi tamtejsi operatorowie.

Wiliam A. DUNCAN po szczegółowym opisie dwóch przypadków raka szyi macicznej, w których dokonał wycięcia całej macicy przez pochwę, wygłosił zajmujący wykład, którego treść zaraz poznamy. Co się zaś dotyczy tych 2-ch przypadków, to w pierwszym operowano z powodu grzybowatego nabłoniaka szyi macicy, recydywa w niespełna 5 miesięcy po operacji, a w cztery miesiące później śmierć nastąpiła; rozbiór zwłok wykazał, że rak wypełniał całą jamę miednicy, zajął pęcherz moczowy i przedziurawił sklepienie pochwowe. W 2-gim przypadku był rak wrzodziejący (*carcinoma ulcerosum*) szyi macicznej; po wycięciu macicy przez pochwę śmierć nastąpiła w 12 godzin po operacji wskutek wstrząsu (*shock*). O ile w pierwszym przypadku operacja nie przedstawiała żadnych nieprzewidzianych trudności, o tyle w drugim dno macicy wskutek tego, że było również rakiem zajęte, uległo rozdarciu przy wyciąganiu macicy na kilka kawałków; niemniej i znaczna krwi utrata podczas operacji przyczyniła się do fatalnego zejścia. W wykładzie swoim D. zwraca przede wszystkim uwagę na sposoby (metody) operowania, a mianowicie: a) przez cięcie ścian brzusznych i b) przez pochwę. Przy pierwszym sposobie operowania niewątpliwie dostęp do macicy jest łatwiejszy, kontrola naczyń krwiono-

śnych dokładniejsza i pewniejsze uchronienie pęcherza moczowego i moczowodów od uszkodzenia; nawet znacznie powiększoną macicę zdołamy tą drogą usunąć, otwór w pochwie dokładnie zamknąć i jamie otrzewnowej niewątpliwą aseptykę zapewnić. Ujemną stronę tego sposobu operowania stanowi to, że jama brzuszna i kiszki są wystawione na długie oziębienie i targanie; u kobiet otyłych operacja jest nadzwyczajnie trudna, często niemożliwa. Słabe strony wycięcia macicy przez pochwę polegają na ciasnocie pola operacyjnego działania, na trudności wyśledzenia i przewiązywania krwawiących naczyń, na większym niebezpieczeństwie uszkodzenia pęcherza i moczowodów i na niemożności zastosowania aseptyki do jamy otrzewnowej i ran pooperacyjnych. Pomimo to, ten sposób operowania utrzyma się jako łatwiejszy. (Oczywiście wtedy, gdy macica da się ściągnąć na dół aż do otworu sromnego zewnętrznego *Spr.*). Wyniki operacji przez cięcie brzucha dokonywanej tak się przedstawiają: 71 operatorów dokonało 137 operacji, 38 wyzdrowień 99 śmierci, Przy operowaniu przez pochwę: 69 operatorów, 276 operacji, 197 wyzdrowień i 79 śmierci.

A. Szczegóły dotyczące operowania przez pochwę:

a) Nie należy więzadeł szerokich macicy chwycić w długie szczypczyki tętnicze SPENCER'A WELLS'A i pozostawiać ich na miejscu dopóty, dopóki nie minie wszelkie niebezpieczeństwo krwotoku, gdyż na tej drodze powstaje niebezpieczeństwo zakażenia septycznego. b) Nie należy również, jak to radzą niektórzy, a mianowicie BARDENHEUER, spajać szwami rany otrzewno-pochwowej. Wypadaniu pętlicy jelitowej przeszkadza pęcherz moczowy, opuszczający się do próżni miednicy po wydaleniu macicy. c) Wprowadzanie sączków utrudnia jedynie przebieg gojenia się rany i dla tego jest niepotrzebnym; codzienna zmiana tamponu jodoformowego i przestrzykiwanie pochwy jest koniecznym. d) Przebyte przed operacją zapalenia tkanki łącznej miednicowej wielce utrudniają, z powodu zrostów, samą operację. e) Współczesne wycięcie z macicą, jajowodów i jajników o ile z jednej strony jest pożądane, o tyle z drugiej wtedy tylko może być dokonaniem, gdy narządy te dadzą się łatwo sprowadzić na pole operacyjne, a tem samem i przewiązanie ich naczyń krwionośnych dokładnie da się uskuteczyć.

B. Wskazania i przeciwwskazania. Operację tę zalecają tak dobrze przy chorobach macicy niezłośliwych [włóknisko-mięśniak (*fibromyoma*), *endometritis haemorrhagica*, opadnięcie macicy (*prolapsus*)], jako też i przy chorobach złośliwych [mięsak (*sarcoma*) i rak]; jednakże w obec pierwszych wycięcie macicy nie jest dostatecznie uzasadnionem. Przy mięsaku macicy, o ile rozpoznanie choroby jest pewne, operacja całkowitego wycięcia jest wskazana; MARTIN dwa razy operował z pomyślnym skutkiem. Przy raku trzonu macicy, stanowiącym $3\frac{1}{2}\%$ wszystkich rakowatych cierpień macicy, operacja ta jest również uzasadnioną. Wobec jednak raka części pochwowej macicy zachodzi pytanie: czy odcięcie szyi nadpochwowe (*amputatio supravaginalis*), nie zasługuje na pierwszeństwo przed wycięciem macicy całej? Śmiertelność po pierwszej operacji wynosi według HOFMEIER'A około $8\frac{1}{2}\%$; po ostatniej zaś $28\frac{1}{2}\%$. Do rozwiązania tego pytania niezbędne są wiadomości o dalszym losie operowanych. W tym względzie DUNCAN powołuje się na dane MARTIN'A, który z 38 kobiet u których dokonał amputacji szyi nadpochwowej stracił 11 wskutek operacji, a z 27 pozostałych przy życiu tylko u 8 po roku nie było powrotu choroby. PAWLIK z 136 kobiet, u których dokonał odjęcia części pochwowej stracił po operacji 10, a z 126 pozostałych u 33 po upływie 1—19 lat recydywy nie było. Według HOFMEIER'A odsetka kobiet wolnych po 2-ach latach od powrotów choroby jest taka sama po wycięciu macicy całej przez pochwę, jak po amputacji szyi nadpochwowej.

DUNCAN zakończył swój wykład wnioskiem ostatecznym następującym:

„Uwzględniając to wszystko, kładę nacisk na konieczność uprzedniego zbadania wątpliwej przyrody choroby macicznej, zapomocą skrobaczki i mikroskopu i utrzymuje, że gdy przy tem badaniu okaże się, że jest to rak trzonu albo też błony śluzowej przewodu szyi macicznej, to wtedy jedynym sposobem leczenia jest wycięcie macicy całej. Leczą we wszystkich przypadkach raka części pochwową macicy, a tem bardziej gdy choroba zajęła już chociażby jak najmniej część ścian pochwy, operacja ta nie jest uzasadnioną, albowiem wtedy odjęcie szyi nadpochwowej jest na razie mniej niebezpieczną operacją, a w przyszłości równie dobry zapewnia skutek.*

W rozprawach jakie po tym wykładzie nastąpiły, BRAXTON HICKS ostrzega, że rozpoznanie złośliwości cierpienia w każdym przypadku, jedynie na zasadzie badania mikroskopowego części wyskrobanych łyżeczką ostrą, nie zawsze jest pewnem, albowiem pod mikroskopem błona śluzowa macicy, która pod wpływem ciąży albo innego podrażnienia uległa zmianie, przedstawia właściwości bardzo podobne do tych, jakie znajdujemy przy cierpieniach złośliwych. John WILLIAMS, ze znanych faktów i uwzględniając to, iż amputacja nadpochwowa przy raku szyi macicy jest mniej niebezpieczną niż całkowite wycięcie, sądzi, że ta ostatnia operacja zdaje się być jedynie uzasadnioną przy raku trzonu macicy. Nie można jednakże nie zwracać uwagi i na to, że przebieg raka trzonu macicy jest daleko powolniejszy, aniżeli by się zdawało i że nierzadko recydywa po wycięciu macicy występująca, niebawem sprowadza ten ciężki obraz choroby, który u nieoperowanych chorych dopiero później występuje. Knowsley THORNTON uważa operacyjne usunięcie zrakowaciałego narządu tylko wtedy za wskazane, gdy takowy narząd zupełnie odosobnić i wraz z sąsiednimi gruczołami chłonnymi można oddalić, jak przy raku piersi. Zatem, zdaniem jego, całkowite wycinanie macicy z powodu raka nie jest uzasadnionem. Dla tego też przekłada on postępowanie M. SIMS'A (usunięcie części zrakowaciałych nożyczkami, nożem albo pętlą drucianą, a następnie zastosowanie chlorku cynku), nad zalecane przez Niemców całkowite wycięcie, albowiem chlorek cynku posiada działanie swoiste, niszczące pierwociny raka i zapewnia trwalszy skutek, niż ta ostatnia operacja. PLAYFAIR sądzi, że nadzieja czasowego lub trwałego uleczenia zapomocą całkowitego wycięcia macicy, jest po prostu złudzeniem i dla tego uważa tę operację za nieuzasadnioną. Przed 2-ma laty w przypadku małego nabłonika szyi macicznej zalecał on leczenie sposobem M. SIMS'A, lecz rady jego nie posłuchano. Później dowiedział się że Spencer WELLS wyciął u tej chorej macicę. Nastąpiło wprawdzie na razie wyzdrowienie, lecz w ciągu pierwszego roku operowana zmarła z powodu recydywy. Spencer WELLS objaśnia, że w tym przypadku dokonana operacja M. SIMS'A była bezskuteczną i że dopiero następnie wyciął on tej chorej macicę ciężarną rakowatą. Przez kilka miesięcy operowana była zdrową: odpływy i bóle ustały, lecz później zmarła na rak otrzewny. Pomimo łatwości dostępu przy raku piersi, wyzdrowienie po operacji bynajmniej nie jest trwałem. Wyniki otrzymane przez OLSHAUSEN'A i SCHRÖDER'A, zapowiadają w przyszłości lepsze następstwa po całkowitem wycięciu macicy. Mówca sądzi, że w miarę zdobycia większej wprawy w wykonywaniu tej operacji na trupach i staranniejszego dokonywania jej na żywych, wyniki z całkowitego wycinania macicy w Anglii będą niemniej pomyślne niż w Niemczech i że dzisiejsze potępienie zasady tej operacji, nie będzie ostatecznym wyrokiem Londyńskiego towarzystwa położniczego. Wreszcie PRIESTLEY sądzi, że rak jest tak dalece zatrważającą i groźną chorobą, iż każdy środek musi być pożądanym który daje nadzieję wyzdrowienia. Wycięcie macicy jest jednakże zawsze tak niebezpieczną operacją jak sama choroba. P. będzie się cieszył, gdy wyniki tej operacji będą pomyślniejsze niż dotąd; obecnie zaś obcuje przede wszystkim za sposobami ulgę przynoszącymi. W każdym razie do operacji nadają się te tylko przypadki, w których chorobę wcześniej rozpo-

znano. (*Transactions of the Obstetrical Society of London 1886. Ref. w Schmiel's Jahrbücher etc. 1886 Nr. 8).* J. R.

W uzupełnieniu powyższego sprawozdania z rozpraw odbytych w Towarzystwie ginekologicznem Londyńskim w r. 1885 nad operacją wycięcia zrakowaciałej macicy, czujemy się w obowiązku podać, choć w krótkich słowach, treść ważniejszych prac w tej samej kwestyi umieszczonych w ostatnim czasie w literaturze niemieckiej.

Dr. STAUDE z Hamburga, w pracy swej pomieszczonej w *Deutsche Med. Woehenschr.* 1886. Nr. 35 i 36 pod tytułem „*20 Fälle von vaginaler Totalerstirpation des uterus*“ opisuje 20 przypadków całkowitego wycięcia macicy przez pochwę przez siebie dokonanego. W tej liczbie, w 19 przypadkach wskazaniem do tej operacji było przerodzenie rakowate macicy, w jednym przypadku zupełnej wypadnięcie. Wszystkie chore po tej operacji wyzdrowiały. Autor operację całkowitego wycięcia macicy przez pochwę dzieli na 3 momenty: 1) koliste okrojenie części pochwowej, oddzielenie jej od pęcherza moczowego, odseperowanie szyi macicznej, otwarcie jamy brzusznej. 2) Podwiązanie i oddzielenie podstawy więzów szerokich, następnie, po wynicowaniu macicy albo i bez tegoż, nałożenie ligatur na pozostałą część szerokich więzów i odcięcie (*excisio*) macicy. 3) Zeszycie rany. Autor kładzie nacisk na ten trzeci akt operacyjny i usilnie zaleca we wszystkich przypadkach zszywać ranę powstałą po wycięciu macicy (w czem się różni od większej liczby operatorów, którzy nie zeszywają tej rany, tylko, albo przeprowadzają przez nią dren, albo wprost zakładają tampon z gazy jodoformowej *Przyp. Spr.*), podając że w liczbie swych 20 przypadków, w 4 przypadkach nie zeszył rany i w jednym z nich widział przetokę pęcherzo-moczowo-pochwową (*fistula uretero-vesico-vaginalis*) powstałą od ucisku drenem. Przy dokładnem rozpatrzeniu operowanych przypadków, STAUDE przekonał się, że powrót choroby zdarzał się najczęściej w przypadkach raka brodawkowatego (*carcin. papillar.*) podczas kiedy uleczenie spotykał w przypadkach wczesnego okresu owrzdolenia rakowatego, rozpoczynającego się na części pochwowej macicy i w przypadkach raka błony śluzowej szyi macicznej. Przy końcu swej pracy autor dziwi się, że ta operacja napotyka, jeszcze do dziś dnia, na opozycję ze strony wielu lekarzy, nawet w przypadkach raka; lecz wyraża nadzieję, iż lekarze, zachęcani pomyślnymi wynikami tej operacji, przyjdą do przekonania, że rak macicy jest chorobą wyleczalną na drodze operacyjnej i że ci lekarze, którzy dziś jeszcze są przeciwnikami operacji całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, staną się wkrótce zwolennikami a może nawet i jej wykonawcami.

Dr. HOFMEIER, docent chorób kobiecych w uniwersytecie Berlińskim, odczytał w sekcji ginekologicznej 59 Zjazdu w Berlinie r. 1886, pracę pod tytułem „O doszczętnem wyleczeniu raka szyi macicznej na drodze operacyjnej“ (*Über die entscheidende Heilung des Carcinoma cervicis uteri*) pomieszczoną następnie *in extenso* w „*Zeit. für Gebur. et Gynaek.*“ Tom XIII. Z. 2. Autor oparł pracę tę na materyale klinicznym przypadków raka w ciągu 8 lat (od 1 Paźd. 1878 do 1 Paźd. 1886 r.) spostrzeganych i operowanych w klinice chorób kobiecych w Berlinie. Z ogólnej liczby 210 przypadków raka macicy operowanych w ciągu tego czasu, w 136 przypadkach zrobiono częściowe wycięcie macicy t. j. odjęcie części pochwowej i szyi macicznej wysokie (*amputatio port vagin. et cerv. ut. supravaginalis*) — w tej liczbie 10 przypadków zakończyło się śmiercią, co stanowi 7,4%. W 74 przypadkach dokonano całkowitego wycięcia macicy przez pochwę — z 12 czyli 16,2% przypadkami śmierci. W celu wykazania stałszego wyniku tych operacji, autor od powyżej wymienionej ogólnej liczby (210), odtrąca liczbę operacji wykonanych w ciągu ostatniego roku (od 1 Października 1885 r. do 1 Października 1886 r.) wynoszącą 50 przypadków (22 częściowe wycięcie i 28 całkowite wycięcie macicy), jako nie mogących jeszcze należycie być ocenionemi —

z czego wypadła, że w przeciągu 7 lat (do 1 Października r. 1885) dokonano wycięcia macicy w 160 przypadkach, w tej liczbie w 114 częściowe, w 46 przypadkach całkowite wycięcie macicy przez pochwę. Z liczby 114 przypadków częściowego wycięcia, 10 chorych zmarło wkrótce po operacji, u 8 chorych nie można było ocenić wyniku operacji, gdyż o 7 z nich nie otrzymano żadnych wiadomości, a jedna zmarła na zapalenie nerek. Pozostałą liczbę operowanych (96) autor ściśle obserwował przez cały rok i przekonał się u 47 chorych o powrocie raka, u 49 znalazł stan zdrowia tak miejscowy jak i ogólny zupełnie zadowalający. Z 46 przypadków raka leczonych zapomocą całkowitego wycięcia macicy do r. 1885, zmarło 12 chorych, u jednej rezultat niewiadomy, z przyczyny wyjazdu chorej do Ameryki — pozostały więc do dalszej obserwacji 33 chore, — z tej liczby po upływie roku u 13 chorych dostrzeżono recydywę, a u 20 operowanych sprawdzono stan zdrowia pomyślny. W ogóle więc w rok po operacji ze 129 chorych operowanych pozostało 69 kobiet zdrowych, co stanowi 53,6%. O dalszym losie tychże, najlepiej objaśni nas następująca tablica:

Czas uzdrowienia po operacji	Rodzaj operacji	Ogólna liczba	Recy- dywa	Wylecze- nie	Stopa procent uzdrowień	Ogólna liczba przypadków operowanych
1 Rok	Częściowe	96	47	49	51,0%	114
	Całkowite	33	13	20	63,6%	46
S u m m a		129	60	69	53,6%	160
2 Rok	Częściowe	84	46	38	46,0%	102
	Całkowite	29	22	7	24,1%	40
S u m m a		113	68	45	40,0%	142
3 Rok	Częściowe	57	33	24	42,0%	76
	Całkowite	23	17	6	26,0%	31
S u m m a		80	50	30	37,5%	107
4 Rok	Częściowe	46	27	19	41,3%	59
	Całkowite	11	11	0	,0%	18
S u m m a		57	38	19	33,3%	17

Tablica ta wykazuje nam, że procent uzdrowień sprawdzonych po upływie roku od czasu operacji z 53,6%, z każdym rokiem zmniejszał się, tak iż po upływie 4 lat od czasu operacji, spadł na 33,3%. Ten tak znaczny spadek procentu uzdrowienia, który powyższa tablica wykazuje, spowodowanym jest głównie przez liczne, w późniejszym okresie spostrzegane recydywy po całkowitem wycięciu macicy, których procent z 63,6% po upływie roku, na 0% spadł po 4 latach — gdy tymczasem procent uzdrowienia po częściowym wycięciu macicy sprawdzony po upływie roku na 51%, po upływie 4 lat spadł tyl-

ko do 41,3%. Rozpatrując się szczegółowo w pojedynczych historyach choroby, autor znajduje przyczynę powyżej wymienionego corocznego spadku procentu uzdrowień, po całkowitem wycięciu macicy przez pochwę — nie w samej operacyi, lecz wylącznie w rodzaju i umiejscowieniu raka macicy. Pod tym względem na mocy swych dotychczasowych spostrzeżeń, autor podaje co do rokowania a raczej co do uleczalności raka macicy, po dokonanej operacyi, następujące uwagi: 1) najniepomyślniejsze rokowanie pod względem szybkiego powrotu choroby, przedstawiają przypadki wielkich rakowców (*canceroid*) części pochwowej, szczególnie u ciężarnych i położnic; następnie raki wrzodziejące, rozpoczynające się na powierzchni części pochwowej i głęboko w sam miąższ szyi macicznej drążące. 2) Stosunkowo dobre rokowanie dają raki błony śluzowej szyi macicy, jeżeli sam miąższ nie jest jeszcze całkowicie zniszczony i 3) Najlepsze rokowanie dają przypadki wczesnych okresów raka części pochwowej, bez względu na to, czy ów rak jako „guz brodawkowy“ (*tumor papillaris*) rośnie do światła pochwy, czy też owrzodzenie drąży w głąb szyi macicznej. Kończąc swą pracę, autor utrzymuje, że wobec przypadków raka za-
starzałego, przy których istnieje już nacieczenie rakowate (*infiltratio*) części otaczających, w obecnym stanie nauki jesteśmy, jeżeli nie zupełnie, to jednak prawie tak samo bezsilni, jak poprzednio; przeciwnie zaś zrobiliśmy wielki postęp w uleczalności raków świeżo powstałych — w tych przypadkach operacya daje prawie zawsze pomyślny skutek. Z tej przyczyny HOFMEIER radzi we wszystkich przypadkach, w których wysledzić daje się jakieś podejrzenie owrzodzenie lub stwardnienie macicy, kawałki z tegoż wycięte zbadać pod mikroskopem i skoro to badanie wykaże obecność komórek rakowatych, bez względu na to, czy stosując innych środków, przystąpić do częściowego lub całkowitego wycięcia macicy. (d. n.)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 8 Marca 1887 r.

Kol. CHWAT przedstawił paromiesięczne dziecko dotknięte na prawej dolnej kończynie cierpieniem, którego rozpoznanie waha się między słoniowacizną i rozlanym mięczakiem włókniakowym (*fibroma molluscum*).

Następnie kol. SZREYNER odczytał rzecz „O zeszyciu żołądka“, mającą się drukować w najbliższym Numerze Medycyny.

W dalszym ciągu kol. Z. KRAMSZTYK przedstawił chorego, któremu z powodu odklejenia siatkówki wykonał, zachęcony rezultatem Dansart'a i innych, iridektomię. Poprawa nastąpiła podmiotowa, gdyż chory rozpoznaje z boku palce na odległość kilku stóp; przedmiotowo odklejenie choć mniejsze, pozostało. Kol. K. sądzi, że wynik ten przypisać należy także pilokarpinie, bandażowi i poziomemu ułożeniu chorego i wyraża obawę, że po odjęciu bandaża i t. d. odklejenie będzie się powiększać, nie uważa więc wyniku operacyi za świetny.

Kol. KAMOCKI utrzymuje, że otrzymana metodą Dansart'a poprawa nie tylko się nie zmniejsza, ale z biegiem czasu jeszcze potęguje, jak tego dowodzą dwa przez niego operowane przypadki. Ostateczny sąd o metodzie będzie można wydać dopiero na zasadzie całego szeregu spostrzeżeń.

Kol. GEPNER również widział trwałą poprawę u pacjenta przez siebie przed 2 miesiącami operowanego.

Kol. MATLAKOWSKI okazał na zakończenie posiedzenia preparat włókniako-mięśniaka macicy wyciętej przez niego dnia poprzedzającego.

Posiedzenie z dnia 15 Marca r. b.

Kol. STANKIEWICZ okazał i objaśnił przyrząd, pomysłu kol. RAUMA służący do przechowywania ligatur i podręcznego użytku podczas operacyi, a kol.

GAJKIEWICZ chorego ze skurczem powiek o tyle niezwykłym, że przy gwałtownem ich zaciskaniu pewien trzask słyszeć było można; poczem prawie całe posiedzenie zapełnił kol. HERYNG demonstracją okazów drobnowidzowych, różnych narzędzi, oraz wykładem: o chirurgicznem leczeniu grucznych owrzodzeń krtani.

Już w przeszłorocznem swem przemówieniu w Tow. Lek. tutejszem ¹⁾, oraz w pracach ogłoszonych w Medycynie ²⁾ i Gazecie Lekarskiej ³⁾ poruszył autor wiele kwestyj dotyczących: wyleczalności suchót wogóle, a wyleczalności owrzodzeń grucznych krtani w szczególności, nadto poddał wyczerpującej krytyce mniemania wielu lekarzy pod tym względem, i wykazał z kąd bierze początek źródło skeptycyzmu tyle szkodliwego dla rozwoju terapii grucznych. Nadto, przedstawił preparaty drobnowidzowe gruzelków i tkanek grucznie zwymionionych za życia wyjętych tym chorym, których na posiedzeniu d. 2 Marca 1886 r. przedstawiał, a to dla potwierdzenia rozpoznania grucznych. Przedstawione preparaty zawierają gruzelki i komórki olbrzymie; w niektórych łasieczniki. Dalszy szereg mikroskopowych preparatów potwierdził pogląd wówczas już wypowiedziany, że przy suchotach krtani, nawet najmniejsze owrzodzenia i nadżarcia, pochodzą z rozpadu gruzelków. Roje łasieczników zabarwionych widocznych na dnie i brzegach tych owrzodzeń, nie pozwały o tem wątpić. Wreszcie kolega H. przedstawił rysunek krtani kobiety 70-letniej, z blizną po zagojeniu rozległym owrzodzeniu ściany tylnej krtani, jako dowód samostnego zabliźnienia się tej sprawy. Preparaty mikroskopowe z tej części krtani sporządzone, i przedstawione zarówno na rysunkach jak i w naturze, uznane zostały jako przekonywujące przez prof. BRODOWSKIEGO. Nie będziemy na nowo kwestyj już dawniej poruszonych omawiać, lecz przejdziemy wprost do przedmiotu będącego celem wykładu t. j. do chirurgicznego leczenia grucznych owrzodzeń krtani. Istota chirurgicznego leczenia owrzodzeń grucznych gdziekolwiek one są tylko osiągalne, a zatem nie tylko w krtani, lecz na przelyku, jamach nosowych i języku, polega na doszczętnem o ile można zniszczeniu i usunięciu gruzelków umiejscowionych bądź w błonie śluzowej, bądź w podśluzowej, a nadto, na usuwaniu produktów sprawy grucznej t. j. przerostów, zgrubień, ziarniny, tkanek zwymionionych, lub nawet tworów głębiej położonych np. chrząstek, jeśli te sprawą grucznią są dotknięte. Postępowanie to ma na celu 1) niedopuszczyć, aby nasięki gruczne uległy rozpadowi t. j. owrzodzeniu. 2) Już istniejący rozpad ograniczyć i powierzeń wrzodziącą oczyścić. 3) Przekrwienia, zapalne obrzęki, zapalne stany ochrzestnej usuwać. 4) W razie gdy powierzchnie wrzodzące są czyste i okazują dążność do zabliźnienia się, usuwać z brzegów ziarninę nieczynną (atoniczną) a z nią i złoży gruzelków głębiej położonych, lub też tkanki sadołwate, aby tym sposobem utrzymać powierzchnię wrzodzącą w czystości i pobudzić ją do wytwarzania świeżej ziarniny. Dla tych samych powodów należy usuwać i chrząstki zwymionione, gdy owrzodzenia na nich są ograniczone, głębokie, i goić się nie chcą. Leczenie to jednak tylko na tle ogólnego polepszenia daje pewne szanse i wymaga bezwarunkowo poprawy ogólnego odżywiania, wzmożenia siły chorego, oraz usunięcia gorączki. Warunkom tym czyni w okresie pierwszym t. j. w okresie nacieczenia grucznego kwas mleczny 10%—20% w miąższ tkanek grucznie zwymionionych zastrzykiwany. Metoda iniekcji miąższowych kwasu mlecznego i emulsji jodoformowej, której wyników autor jeszcze nie ogłosił, została przez D-ra MAYOR z Montreal już wypróbowaną i uznaną jako dającą wyborne rezultaty, o czem kol. H. z ustnego zakommunikowania, oraz

¹⁾ Medycyna Nr. 11 r. 1886.

²⁾ Medycyna z r. 1886. Kwas mleczny przy owrzodzeniach grucznych.

³⁾ Gazeta Lekar. r. 1886. O wyleczalności owrzodzeń grucznych.

z pracy tegoż autora w Październiku r. z. ogłoszonej się nowiedzia! W okresie 2-im t. j. rozpadu i zapalnego odczynu, który się bardzo często łączy z pierwszym okresem, należy stosować szerokie nacięcia nagłośni i liczne nakłócia ściany tylnej oraz więzów nagłośnio-nalewkowych. Przy zmianach bardziej posuniętych wskazaną jest łyżeczka ostra, nóż okienkowy lub ostre kleszcze. Przy wszystkich manipulacjach potrzeba uprzednio znieczulić krtani kokainą. Kokaina może jednak wyjątkowo odmówić swego działania, jeżeli ma miejsce owrzodzenie powierzchni ściany tylnej zwróconej do przelyku, lub gdy owrzodzenia rozszerzają się na powierzchnię zewnętrzną więzów nalewko-nagłośniowych po części ukrytych w zatoce gruszkowatej i trudnych do zabaczenia. Kokainowanie dla leczenia szpitalnego jest wogóle za drogie, dla tego autor podał swojej konstrukcyi szpryczkę za pomocą której robi zastrzyknięcia do tkanki podśluzowej, co znakomicie koszt zmniejsza. Zastrzyknięcie robi się w różne miejsca, a jeżeli chodzi o znieczulenie więzów nalewko-nagłośniowych, to nakłócie szpryczką należy robić w połowie ich długości gdyż w ten tylko sposób unikniemy bolesnego podrażnienia gałązek nerwu krtaniowego górnego. Nastrzykuje się 5—8 kropli roztworu 10⁰/₀ kokainy w 2³/₀ roztworze kwasu karbolowego. Znieczulenie trwa od 2—5 godzin i jest nieporównanie silniejszym, niż przy penzlowaniu. Metoda ta jest tania, ale wymaga wprawy. Po szczegółowem opisanu w jaki sposób wykonywa się znieczulanie, przeszedł autor do opisanu swych narzędzi za pomocą których robi t. z. wyłyżeczkowanie (*curettement*). Niegiętki i dość silny trzonek, służy wspólnie do osadzania wielu narzędzi, jako to: ostrej łyżeczki, noża trójkątnego, skaryfikatora zagłębiającego się nie więcej nad 2 milimetry, wreszcie różnych łyżeczek, których ostrze pod bardzo rozmaitemi kątami jest ustawionem a to stosownie do miejsca w krtani, które ma być operowanem. Właściwie łyżeczka taka przy odpowiednich ruchach nie skrobie lecz wyłabia czyli robi *evidement*. Autor używa 4-ch form głównych, rzeczonych łyżeczek. Przy działaniu na ścianę tylną, potrzeba użyć pewnej siły. Ponieważ błona śluzowa w górnym odcinku ściany tylnej jest zwykle zdrowa, nie nasiąknięta, przeto po łyżeczkowaniu odstające nierówności potrzeba jeszcze za pomocą ostrych kleszczyków odjąć. *Curettement* stosował autor w całej krtani, lecz najłatwiej daje się ono wykonać na strunach fałszywych, najtrudniej zaś na nagłośni, gdyż jest ona ruchomą. Po czynnościach operacyjnych stosuje się: jodoform, jodol, kokaina, inhalacje, lub kwas mleczny. (Tu okazał autor liczne okazy części wyjętych z krtani za pomocą łyżeczkowania). Co do kwasu mlecznego, to trzeba go prawie zawsze silnie wcierać za pomocą penzelka przez autora podanego, lub za pomocą penzelka KRAUSE'GO. Przy penzlowaniu trzeba zachować b. wielkie ostrożności gdy są objawy stenozy lub obrzęki, gdyż może nastąpić taki silny skurcz, iż tylko tracheotomia zdolną jest uratować od zaduszenia. Każde następne penzlowanie powinno się przedsięwziąć nie prędzej, aż dopiero strup po poprzedniem wtarcu nie odpadnie. W okresie silnych bólów trzeba kokainować 2 razy dziennie. Jeżeli w krtani jest dużo śluzu, to należy krtani oczyścić przed penzlowaniem za pomocą inhalacyi aromatycznych lub dezynfekujących. W okresie strupów i dużego ropienia wskazane są wdmuchiwanie jodoformu, jodolu (co jest lepiej) lub penzlowanie z emulsyi jodoformowej. Po wdmuchiwaniach, należy zabronić chorym pić czas pewien. W pewnych razach mogą być użyte ze skutkiem inhalacje 2⁰/₀ z kwasu mlecznego. Co do przeciwwskazań pod względem miejscowego leczenia krtani to one są podwójne, gdyż dotyczą lekarza i pacjenta. Pierwszy powinien znać dobre przedmioty, mieć odwagę i wyrobioną technikę, a nadto wielką cierpliwość. Ciągła kontrola stanu ogólnego, staranie się o poprawę sił chorego, o higieniczne warunki i t. d. są niezbędne. Gdzie tego wszystkiego niema, tam lepiej nie rozpoczynać leczenia o którym mowa. Co do pacjentów, to powinni oni mieć zaufanie do lekarza, cierpliwość i spełniać bezwzględnie wszelkie zalecenia. Chorych niemających środków, nie leczyć miejscowo jeżeli ci nie mogą się usu-

nać od zajęć zarobkowych wyczerpujących siły lub szkodzących przebiegowi leczenia. Wreszcie nie rozpoczynać leczenia u chorych niecierpliwych, nieposłusznych i występujących z pretensyjami do lekarzy, gdyż leczenie za pomocą powyższej metody, która w każdym razie jest czy to mniej czy więcej bolesną, może ich tylko przy braku wytrwałości z ich strony, zniechęcić. Chorzy podobni przerzucają się od lekarza do lekarza, dyskredytują samą metodę, nie doznając polepszenia. Co do innych zaleceń, to należy zabronić palenia, mowy oraz użycia wszelkich środków krtani podrażnień mogących, i zwrócić przede wszystkim uwagę na jaknajenergiczniejsze żywienie chorych. Wyleczenie może być trwałem, zupełnem lub częściowem, a recydywy zależą od materialnego stanu pacyenta, jego charakteru, oraz zmian w płucach. Poprawa ogólnego odżywiania winna być na pierwszym planie, leczenie zaś miejscowe dopiero po niej pod względem ważności następuje, gdyż bez pierwszej nie podobna otrzymać dobrych wyników z drugiego. O badaniu płwociny i o jej dezynfekcji koniecznie pamiętać należy, zakazując surowo chorym płuć w chustkę, które niewątpliwie przyczyną infekcji stać się może.

Co do wyników leczenia, to autor w r. 1886 miał w dłuższej obserwacji 35 chorych leczonych kwasem mlecznym oraz chirurgicznie. Materiał spostrzegawczy rozmieścił autor w tablicach obejmujących 28 przypadków oraz zawierających wszelkie najważniejsze dane każdego przypadku dotyczące mianowicie: nazwisko, zajęcie, wiek, płeć, czas trwania choroby, stan ogólny, stan płuc, wynik badania płwociny, stan krtani, rodzaj stosowanego leczenia, wyniki i przebieg choroby, nazwiska lekarzy którzy prócz autora badali chorego lub byli obecni operacji i w ogóle mieli możność bliżej obeznac się z danym przypadkiem, data ostatniego badania, oraz czas trwania kuracji i wreszcie czas trwania zablźnienia w krtani. Tablice wspomniane zawierają 3 kategoryje chorych; 1^o chorych u których stwierdził autor zablźnienie rozległych owrzodzeń krtani połączonych z zajęciem płuc, trwające czas dłuższy bo od dwóch miesięcy do roku. Do kategoryi tej należało 13 chorych; 9 bardzo ciężkich przypadków i 4 ze zmianami mniej rozległymi. Zablźnienie owrzodzeń trwa dotąd bez recydywy, a co do czasu wynosi ono: u trzech prawie po jedenaście miesięcy, u dwóch po ośm i u dwóch po pięć miesięcy, u jednego sześć miesięcy, u reszty chorych po dwa miesiące. Owrzodzenia miały miejsce na strunach prawdziwych, na fałszywych, na ścianie tylnej, na nagłośni, więzach nagłośniowo-nalewkowych, w zatokach Morgagniego słowem, na wszystkich prawie częściach krtani. W pięciu przypadkach owrzodzenia miały charakter bardzo złośliwy, żrący. Zniszczyły one część nagłośni lub potworzyły kraterowe utraty substancji o brzegach nieraz przerosłych. U czterech z pacjentów tu należących, stosował autor energiczne usuwanie dających się oddzielić chorobnie przeistoczonych części za pomocą ostrej łyżeczki (*curettement*). Druga kategoryja obejmuje przypadki dokonanych zablźnień, które uległy po pewnym czasie recydywie. Z dziewięciu osób tu należących cztery zmarły, z pięciorga pozostałych 3 są w leczeniu, o dwóch nie ma szczególnych wiadomości. Z 3 osób będących w leczeniu, dwie mają pewniejsze szanse, trzecia nie wiele nadziei przedstawia. Zablźnienie jednak u chorych tych trwało po kilka miesięcy. U czterech było robione łyżeczkowanie, u dwóch trzeba było usunąć chrząstkę Santoriniego na drodze operacyjnej. Trzecia wreszcie kategoryja mieści w sobie sześć spostrzeżeń: cztery dotyczą gruźlicy gardzieli, jeden gruźlicy nosa i jeden języka. U wszystkich chorych nastąpiło zablźnienie na czas dłuższy lub krótszy. Dwie osoby z tych zmarły, o dwóch nie ma bliższych wiadomości, a dwie są w leczeniu. U chorych tych, pomimo pogorszenia stanu płuc i krtani, oraz wzmagającego się upadku sił, owrzodzenia w gardzieli się zagoiły, dając blizny stałe, badaniem pośmiertnem (w obserwacji opatrzonej N-em 25) stwierdzone.

Inna tablica mieści w sobie osobno zebrane przypadki wyjęte z ogólnej

liczby, w których przeważnie było stosowane leczenie chirurgiczne jako to: nacięcia, wyłyżeczkowanie, zastrzykiwania do tkanek zajętych naciekiem gruczołowym bądź to kwasu mlecznego, bądź emulsji jodoformowej. Ścisłe biorąc, chirurgicznie leczonych było osób 14 z nadspodziewanie dobrym wynikiem. Iniekcje mięszone przedsięwziął autor celem zapobieżenia rozpadowi naciekniętych tkanek; o ile jednakże w tym względzie iniekcje te odpowiadać będą celowi, dalsze i liczniejsze spostrzeżenia rozstrzygną. Obecnie jednak już twierdzić można, że dają rezultaty bardzo zachęcające. Streszczając to co dotąd powiedzianem zostało widzimy, iż autor w 28 przypadkach owrzodzeń gruczołowych bądź to za pomocą wcięcia kwasu mlecznego, bądź za pomocą leczenia chirurgicznego, otrzymał zupełne zabliznienie.

Przemówienie swoje zakończył autor wypowiedzeniem twierdzenia, że pomimo tak świetnych wyników dotąd uzyskanych nie trzeba się ludziom nadziewać, że wszystkich suchotników krtaniowych od razu się wyleczy. Nie czas jeszcze nam krzyknąć: precz z gruczołami. Pomimo kwasu mlecznego i ostrej łyżeczki będziemy większość chorych tracić; podleczeni lub nawet wyleczeni z owrzodzeń umrą na zwyczajne suchoty płuc. Rzeczą specjalistów od suchot płuc jest, podać nam nowe metody, szukać dróg, nie ograniczać się do baniek, Ipeki i tranu, nie poprzestawać na ciepłym kaftaniku. Ciągłe też widzimy w racjonalniejszym kierunku phthisio-terapii usiłowania, próby, starania. Czy dojdziemy do celu, przyszłość pokaże. Rozwiązanie zagadki polega nie tylko na wynalezieniu specyfików, które by zabijając bacyllę nie uśmierciły jednocześnie ich właściciela, ale na profilaktyce, na higienie, na poprawie szpitali, na budowaniu specjalnych baraków dla suchotników w odpowiednich miejscowościach, na dozorze lekarzy sumiennych i dbających o zdrowie swych chorych i odpowiednio przygotowanych.

Wyczerpujący ten wykład, z którego dla braku miejsca wiele rzeczy pominać musieliśmy, poparty był licznymi drobnowidzowymi okazami, rysunkami w znacznym powiększeniu, licznymi narzędziami oraz okazaniem chorobnie przeistoczonych tkanek, które autor na drodze operacyjnej u wielu chorych usunął. Po wykładzie powstała ożywiona dyskusja w której przyjmowali udział koledzy: DOBRZYCKI, DUNIN, PRZEWÓSKI, GOLDFLAM oraz MATLAKOWSKI. (d n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. W d. 12 b. m. odbyło się posiedzenie Komitetu Kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, na którym kol. Rogowicz przedstawił projekt Ustawy Kasy zabezpieczenia kapitału pośmiertnego dla wdów i sierot pozostałych po członkach wymienionej Kasy wsparcia. Projekt ten odpowiednio do zdania Rady lekarskiej i uwag Departamentu lekarskiego w Petersburgu zmieniony, został przez Komitet Kasy wsparcia przyjęty w ostatecznej redakcji i zostanie ponownie przedstawiony właściwej Władzy do zatwierdzenia. Miejmy przeto nadzieję że tak pożądana Kassa zabezpieczenia kapitału pośmiertnego w niedalekiej przyszłości rozpocznie swą działalność.

Zagraniczne. IX Zjazd międzynarodowy lekarzy odbędzie się, jak przekonywa odezwa sekretarza Bigelowa do kolegów Europejskich, 5 Września r. b. w Waszyngtonie. Tak więc, rozterki wewnętrzne lekarzy amerykańskich, które na szwank zdawały się narażać powodzenie, nawet dojście do skutku zjazdu, zostały usunięte, a organizacja przedwstępna tegoż ukończona. Program zapowiedzianych wykładów, między którymi są bardzo ciekawe i przez powagi naukowe wyróższyć się mające, niebawem zostanie ogłoszony. Warunki przeprawy morskiej są następujące:

Towarzystwo okrętowe Red Star Line żąda 100 dolarów z Antwerpii do New-Yorku i z powrotem.

Inman Line—100 dolarów z Liverpool do New-Yorku i z powrotem.

Towarzystwo Hamburgskie—90 dolarów z Hamburga do New-Yorku i z powrotem.

Królewskie Holenderskie Towarzystwo -- 80 dolarów z Antwerpii do New-Yorku i z powrotem.

Komitet czyni u wspomnianych towarzystw starania, żeby każdy z uczestników zjazdu miał prawo zabrać na powyższych dogodnych warunkach dwie osoby płci żeńskiej do jego rodziny należące.

Zmarli. W d. 11 b. m. odprowadziliśmy na Powązki zwłoki ś. p. Stanisława PIŁAWSKIEGO, zmarłego w d. 8 t. m. w Siedlcach. Dziś ograniczamy się na podanej tej smutnej wiadomości w tej myśli, że który z kolegów Siedleckich nadeśle nam szczegóły dotyczące działalności tego zdolnego lekarza i zacnego człowieka.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 10. SZADEK. Leczenie kły garbnikanem rtęciowym (dok.). SCHRAMM. Infuzyja solna w ostrej niedokrewności. ZIELIŃCZAK. Chirurgia w usługach medycyny wewnętrznej. TALKO. Jaglica w wojsku i środki zaradcze (dok.).

W Wiadomościach Lekarskich. W N-rze 7. T. STACHIEWICZ. Antifebryn przeciw gorączce w gruźlicy płuc. W N-rze 8. K. RUMSZEWICZ. Niezwykły przypadek zrostu powiek z gałką oczną. TYMOWSKI. Próby racjonalnego leczenia gruźlicy płuc. ORALIŃSKI. Mimowolna laparotomia. Wyleczenie.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 11. A. ELSBERG. Pityriasis rubra universalis. L. BABIŃSKI. O tak zwanych ciałach peptogennych Schiffa. L. WOLBERG. Tyfus brzuszny u dzieci. J. ROSENTHAL. W obronie oddziału położnic przy szpitalu starożytnych w Warszawie (w korespondencji).

W Zdrowiu. W N-rze 18. Artykuł wstępny. M. FRENKEL. Kontrola higieniczna pokarmów i przedmiotów użytku w Niemczech. B. DANIELEWICZ. Graficzne obrazy stosunków ludnościowych m. Warszawy. KARLIŃSKI. Stosunki klimatyczne Krakowa (dok.). Działalność zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem w r. 1884 (dalszy ciąg). ABRAMOWICZ. Kowieńska gubernija i powiatowe miasto Szawle.

OGŁOSZENIA.

Nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polsk. w Krakowie wyszła:

D-ra Tadeusza Żulińskiego

HIGIENA SZKOLNA

WYDANIE POŚMIERTNE

do druku przygotowane i uzupełnione

przez

D-ra Kazimierza Grabowskiego

Docenta higieny w Uniw. Jagiell.

Cena 1 Złr. 60 c.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie
jakoteż w Redakcyi Medycyny.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCHKE. Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 5 Марта 1887 г.—Czelonkami Michała Ziemkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).