

GAZETA LEKARSKA

TRESĆ. I. M. ZWEJGBAUM. Przypadek cukromoczu u ciężarnej. Str. 309. II. S. GAŁECKI i T. BUDZYŃSKI. O działaniu lecniczem „IK“ C. SPENGLER'a w gruźlicy płucnej. (C. d.). Str. 317. *Dział sprawozdawczy.* 53. NEUGEBAUER. To i owo pouczające z kazuistyki obcej położniczej. Str. 321.—54. M. HENKEL. Przyczynek do cukromoczu u kobiet i badania doświadczalne nad powstawaniem tegoż. Str. 329.—55. KLEINHANS. Zakażenie połogowe przez pośrednictwo krwi. Str. 330. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Sekcja ginekologiczna. Posiedzenia 26-go listopada i 31-go grudnia 1909 r. Str. 330 i 331. *Wiadomości drobne.* Str. 331. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Przypadek cukromoczu u ciężarnej.

Podał

M. Zwejgbaum ¹⁾.

Na sprawę wzajemnej zależności moczówki cukrowej i ciąży najrozmaiej się zapatrywano. Do niedawna jeszcze prawie ogólnie mniemano, że niemożliwe jest zajście w ciążę kobiety, cierpiącej na moczówkę cukrową i niepłodność tę stawiano głównie w zależności od spostrzeganego bardzo często u diabetyczek zaniku narządów płciowych wewnętrznych i braku miesiączkowania. Dopiero oparte na kazuistyce badania MATTHEWS'a DUNCAN'a [1882], a za nim i innych dowiodły błędności tego poglądu, zwłaszcza dla przypadków moczówki cukrowej średniego stopnia, w których może być mowa tylko o zmniejszonej zdolności chorych do zajścia w ciążę. Inni znów, w mniejszości zresztą będący badacze sądzili przeciwnie, że moczówka cukrowa rzadko zaledwie bywa wywołana przez ciążę, prawdopodobniej zaś już przedtem istniejąca lekka postać tej choroby ulega pod wpływem ciąży znacznieszemu nasileniu. Według GAUDARD'a choroba istniejąca już przedtem w ukryciu, dopiero w ciąży się ujawnia i to w późniejszych jej miesiącach, albowiem pogorszenie się moczówki cukrowej nie często daje się spostrzegać już w pierwszych miesiącach ciąży, a przeciwnie zauważano nawet jakoby znikanie wtedy jej objawów. Niezawodnie, iż bywa i tak, że moczówka cukrowa zjawia się dopiero pod-

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego 31-go grudnia 1909 r. w sekcji ginekologicznej T. L. W.

czas ciąży, którą uważać wtedy trzeba za bezpośrednią przyczynę moczówki cukrowej. Znana jest nawet t. zw. postać przerywana moczówki cukrowej, powracająca w każdej ciąży na nowo. Wreszcie według FREUND'a istnieć ma możliwość bezpośredniego przejścia cukromoczu pokarmowego ciężarnych w prawdziwą moczówkę cukrową średniego stopnia wtedy, gdy nawet przy dyecie mieszanej występuje stale cukromocz umiarkowany. Temu jednak OFFERGELD stanowczo przeczy.

Prawdziwą moczówkę cukrową należy uważać za bardzo ciężkie powikłanie ciąży. Na szczęście zdarza się ono rzadko ¹⁾. Najczęściej zaś ma się podczas ciąży do czynienia z t. zw. cukromoczem pokarmowym, który jest wyrazem niepełnego spalania się w organizmie większych, pewnymi granicami objętych ilości cukru gronowego, a zależy od względnej niewydolności wątroby i innych narządów, regulujących w organizmie przemianę węglowodanową. W ciąży granica asymilacji cukru gronowego ulega zmniejszeniu. Dlatego też u ciężarnych nawet przy dyecie mieszanej znajduje się stale w małej ilości cukier gronowy w moczu. Taki „cukromocz fizjologiczny“ [BLot] trwa przez cały czas ciąży: na początku jest słabszy, w następnych miesiącach wzmacnia się coraz bardziej, bywa jednak z dnia na dzień zmiennym. Dopiero w ostatnich tygodniach ciąży zaczyna się zmniejszać, ustępując powoli miejsca laktozurii; a więc zjawia się podczas ciąży taka chwila, w której glikozurya istnieje obok laktozuryi; wreszcie zaraz po porodzie glikozurya znika zupełnie, a jej miejsce zajmuje laktozurya. Laktozurya jest ściśle związana z czynnością gruczołów sutkowych, która już w ostatnich miesiącach ciąży budzić się—jak wiadomo—zaczyna [obrzemienie gruczołów, *colostrum*] [PORCHER]. Według LÉPINE'a 40% ciężarnych okazuje cukromocz pod koniec ciąży.

Według OFFERGEDA glikozurya „fizjologiczna“ jest wyrazem najniższego stopnia niedomogi narządów, regulujących w organizmie przemianę węglowodanową, moczówka cukrowa zaś jest stopniem najwyższym, a więc glikozuryą patologiczną. Cukromocz pokarmowy zajmuje miejsce pośrednie między glikozurą fizjologiczną a moczówką cukrową. Jest on już pierwszym przejawem rozwijającego się upośledzenia odżywienia organizmu (*Untererernährung*). Stan ogólny ciężarnej nie cierpi przytem jeszcze wcale, gdyż ani pragnienia, ani nadmiernego urynowania, ani też schudnięcia—tych znamienych objawów moczówki cukrowej—zupełnie tu niema. Stan taki może trwać bez zmiany przez całą ciążę i zniknąć wraz z urodzeniem się dziecka. Bywa i tak jednakże, że w miarę posuwania się ciąży naprzód, stan ciężarnej, mającej glikozurę pokarmową, pogarsza się widocznie: ciężarna chudnie, skarżyć się zaczyna na ogólne osłabienie, na pragnienie, a dobową ilość moczu zwiększa się znacznie. Badanie moczu wykazuje też znaczne powiększenie się w nim ilości cukru gronowego nawet przy pożywieniu wolnem od cukru. Nie może więc ulegać wątpliwości, że się ma już wtedy do czynienia

¹⁾ OFFERGELD z całej literatury wszechświatowej mógł zebrać tylko 64 przypadki.

z prawdziwą moczówką cukrową, która albo rozwinęła się z glikozuryi pokarmowej wskutek znacznego wzmożenia się niewydolności narządów, regulujących przemianę węglowodanową w organizmie ciężarnej—co jest mniej prawdopodobne; albo też cukromocz nieznaczny, brany z początku za cukromocz pokarmowy, był w rzeczywistości już od początku moczówką cukrową lekkiego stopnia, która następnie wzmogła się znacznie, wywołując objawy ciężkiego schorzenia—co jest prawdopodobniejsze. Tu dodać jednak trzeba, że usposobienie do niewydolności narządów, przerabiających węglowodany, bywa zwykle dziedziczna. Wystarczy ciąży, aby niedomoga narządów tych ujawniła się w stopniu silniejszym, a ponieważ żywienie się ciężarnej nie jest, po największej części, ani odpowiednie, ani dostateczne, to może łatwo dojść do tego, że rozwinię się powoli u ciężarnej stan przewlekły upośledzonego odżywienia, który poprzez cukromocz pokarmowy—według jednych, lub poprzez nieznaczną moczówkę cukrową—według innych, doprowadzi aż do moczówki cukrowej silniejszego stopnia. Będzie to wtedy już powikłanie ciąży bardzo poważne, zagrażające każdej chwili zjawieniem się charakterystycznego zatrucia kwaśnego (*acidosis diabetica*), a wraz z niem i wybuchem śpiączki cukrzyczej (*coma diabeticum*).

Ogólną śmiertelność matek, dotkniętych prawdziwą moczówką cukrową, ocenia OFFERGELD na 50%. Cyfra ta dotyczy zarówno tych ciężarnych, które umierają podczas porodu, jak i tych, które giną w połogu [tak tu, jak i tam przyczyną śmierci—śpiączka cukrzycza] lub tych wreszcie, które umierają w ciągu 30-u miesięcy po porodzie wskutek śpiączki cukrzyczej lub suchot, tego najcięższego jej powikłania. Według NEUMANN'a, cyfra śmiertelności podana przez OFFERGELDA jest jednak zbyt wygórowana. Dzieci ciężarnych, chorych na moczówkę cukrową, najczęściej [w 33%] obumierają w łonie matki w 5-ym lub późniejszych miesiącach ciąży. Dzieci zaś rodzące się żywymi umierają prędko wskutek braku zdolności do życia samodzielnego. Czasem dzieci takie zapadają też na moczówkę cukrową i to przeważnie ciężką i giną. OFFERGELD ogólną odsetkę śmierci dzieci diabetycznych ocenia na 66%. Cyfra ta dotyczy przypadków śmierci od urodzenia aż do 1-go roku życia [najczęściej wskutek wodogłowia].

Przejdę teraz do spostrzeganego przeze mnie przypadku cukromoczu u ciężarnej.

W 1907 roku leczyłem ciężarną panią X., u której przypadkowo został wykryty w moczu cukier gronowy. Mianowicie, 15-go lipca wezwany zostałem do 23-letniej młodej mężatki, ciężarnej, która w drodze powrotnej z podróży dostała nagłe krwotoku macicznego. Była wtedy w 3-im miesiącu ciąży. Ciężarna nie umiała podać powodu krwotoku, zauważyła tylko, że zjawił się właśnie w tym czasie, kiedy przypadał okres miesiączkowania. Do zamażpójścia nigdy nie chorowała.

Badanie narządów wewnętrznych nie nieprawidłowego nie wykryło; ogólny stan zdrowia ciężarnej był zupełnie zadowolający; termometr wprawkę wskazał w dniu badania nieznaczne podwyższenie ciepłoty ciała [37.8°],

lecz trwało ono krótko i znikło na drugi dzień bezpowrotnie. Badanie dwuręczne stwierdziło ciążę 3-miesięczną, ustawienie macicy prawidłowe, szybkę maciczną obrzękłą i zamkniętą. Krwawienie z macicy już nieznaczne, przy zachowywaniu przez ciężarną zupełnego spokoju w łóżku i przy stosowaniu odpowiednich środków lekarskich po kilku dniach zupełnie ustało i ciąża nie uległa przerwaniu.

Szukając przyczyny krwotoku macicznego u naszej ciężarnej, zwróciłem też uwagę na nerki, gdyż zapalenie nerek, występujące dość często podczas ciąży, bywa, jak wiadomo, nierzadko przyczyną krwotoków macicznych, ewentualnie poronienia. Mocz ciężarna oddawała w ciągu doby ilość dostateczną, obrzęku nóg nie miała. Aby jednak móżdż cierpienie nerek zupełnie wykluczyć, poleciłem oddać mocz ciężarnej do rozbioru chemicznego. W odpowiedzi dowiedziałem się, że białka rzeczywiście w moczu niema, natomiast niespodzianką dla mnie była wiadomość, że w moczu wykryto cukier gro-n-o-w-y w ilości dość znacznej, mianowicie 0,9% przy 850 ctm. sz. ilości dobowej moczu o ciężarze właściwym 1022. Acetonu nie było. W najbliższej rodzinie, o ile chorej wiadomo, nikt na moczówkę cukrową nie chorował.

Ciąża przebiegała dalej dość pomyślnie. Pragnienia ciężarna nie miała i nie gorączkowała; obrzęku nóg nie było. W drugiej połowie ciąży powiększył się dość widocznie gruczoł tarczowy i ciężarna od czasu do czasu uskarżała się na duszność. Ilość cukru przy ograniczeniu w pokarmie ciężarnej węglowodanów zmniejszała się w ciągu następnych 3-ch miesięcy stopniowo i stale. Ciężarna zażywała codziennie łyżeczkę sody w wodzie alkalicznej.

W listopadzie, w 8-ym miesiącu ciąży ilość cukru w moczu znowu się powiększyła do 0,8%, a w początku grudnia, czyli na początku 9-go miesiąca ciąży, podskoczyła do 2% przy zwiększonym ciężarze wł. moczu [1035]. Acetonu i tym razem nie było. Pomimo dość znacznej glikozuryi, stan ogólny chorej był dość pomyślny, aczkolwiek ciężarna schudła dość znacznie. Na silne pragnienie nie uskarżała się, nadmiernego oddawania moczu nie było. Ruchy płodu odczuwała wyraźnie. Dnia 9-go grudnia po naradzie z kolegą internistą zaleciłem chorej ścisłą dietę antydiabetyczną. Już 14-go grudnia badanie moczu wykazało znaczny ubytek cukru [0,4%], lecz zjawił się a c e t o n, mianowicie 0,6 gm. acetonu w ilości dobowej moczu. Stan ciężarnej zmienił się też na gorsze: wystąpiło osłabienie i zmęczenie. Chora uskarżała się na duszność i brak apetytu. Tętno było przyspieszone; gorączki nie było. W wydechu powietrza czuć było woń acetonową. Wnet zmieniłem dietę i przeszedłem do mieszanej; zaleciłem też znowu sodę wewnętrzną. Po kilku dniach [21. XII.] razem z odejściem wód płodowych rozpoczął się poród, jak się zdawało, przedwczesny, gdyż rozwiązania oczekiwano dopiero w końcu grudnia lub na początku stycznia roku przyszłego. Poród trwał 3 dni, podczas których rodząca czuła się wyczerpaną, a w wydechu rodzącej i w ogóle w całym pokoju czuć było woń acetonową. Tętno było znacznie przyspieszone [przeszło 100], ciepota przez pierwsze dwa dni prawidłowa, zaczęła się podnosić trzeciego dnia porodu i doszła do 37,8°. Skurcze macicy z początku porodu dość słabe i rzadkie, później poprawiły się nieco, lecz w trzecim dniu

porodu razem z ogólnym wyczerpaniem sił nastąpiło znowu ich osłabienie, i główka, znajdująca się już w pochwie, nie mogła przezwyciężyć przeszkody, stawianej jej przez ściany pochwy i krocze. Z nałożeniem kleszczy, z których w innych warunkach chętnie zrobiłbym użytek, tutaj zwlekałem, gdyż chciałem uniknąć chloroformowania i operacji, zabiegów tak niebezpiecznych wogóle, jak wiadomo, u chorych na moczówkę cukrową¹⁾. I dobrze się stało, gdyż po pewnym czasie wzmogły się wreszcie bole porodowe i nastąpił poród samodzielny dziecka żywego płci żeńskiej, prawie donoszonego, wagi 6 $\frac{1}{4}$ funta. Łóżysko szybko odeszło; krwawienia nie było. Macica dobrze się skurczyła. Nałożono 2 szwy na powierzchownie rozdarte krocze.

Przebieg porodu był nadspodziewanie pomyślny. Już 27-go badanie moczu wykazało tylko 0,2% cukru i 0,1 grm. acetonu w ilości dobowej moczu. Woń acetonowa już tylko z lekka czuć się dawała. 3-go stycznia 1908 r. było w moczu już tylko 0,1% cukru²⁾, a acetonu wcale nie wykryto. 10-go zaś stycznia już i cukru w moczu nie było. Położnica, która wcale karmienia piersią nie rozpoczęła, z dniem każdym czuła się lepiej, przybierała na ciełe i wreszcie wyzdrowiała zupełnie. Po kilku miesiącach [9-go marca] wynik ponownego badania moczu na cukier był w dalszym ciągu ujemny.

Widzimy więc w danym przypadku, że u ciężarnej pozornie zupełnie zdrowej, jak się zdawało dziedzicznie nieobarczonej, już w pierwszej połowie ciąży znajdował się cukier gronowy w moczu. Towarzyszący temu znaczny upadek odżywienia i osłabienie organizmu, dochodzące prawie do zupełnego wyczerpania sił, przyspieszyło, jak się zdaje, poród o dwa mniej więcej tygodnie. Podczas porodu, który trwał długo z powodu słabych bólów i był bardzo uciążliwy dla rodzącej, obawiać się trzeba było wybuchu śpiączki cukrzyczej, gdyż, jak wiadomo, już sama przez się praca porodowa u diabetyczki wstrząsa do tego stopnia całym jej układem nerwowym, że może wywołać zapasć i śpiączkę. Na szczęście, nie doszło do tego. Poród odbył się siłami natury i od tej chwili rozpoczęła się stanowcza poprawa w stanie ogólnym położnicy. Przebieg porodu był prawidłowy, cukier w moczu zmniejszał się powoli, lecz stale; tak samo aceton, tak, że po 11-u dniach—acetonu, a po 17-u—cukru już wcale w moczu wykazać nie można było. Położnica powróciła do zupełnego zdrowia. Powiększenie gruczołu tarczowego znikło zupełnie. Dziecko zaś, od początku karmione piersią mamki, rozwijało się prawidłowo.

Jak już wiemy z przebiegu ciąży, porodu i porodu, cukromocz w danym przypadku był tylko *p r z e j s c i o w y*, bo będąc podczas ciąży, znikł po narodzeniu się dziecka. Najprawdopodobniej więc cukromocz ten pozostawał w związku z ciążą; jakiego zaś był on pochodzenia: czy był glikozurią pokarmową, czy też umiarkowaną moczówką cukrową, czy może przejściem pierwszej w drugą—tego wówczas nie mogłem rozstrzygnąć stanowczo. Co się zaś ty-

1) Zdanie to podzielił zresztą również wezwany na naradę kol. akuszer.

2) Określono metodą fermentacyjną.

czy acetonurii, to zjawianie się jej postawić możnaby także w zależności od zmiany diety mieszanej na ściśle przeciwmoczkową, gdyż aceton w moczu zjawił się tuż po tej zmianie, a gdy ciężarna powróciła do dawnej diety mieszanej—znowu zmniejszać się zaczął.

Wobec tego, że moczówka cukrowa może stać się poważnym powikłaniem ciąży, a z góry nigdy nie wiadomo, czy istniejący u ciężarnej cukromocz nie okaże się w niedalekiej przyszłości jej właśnie wyrazem, nieraz zastanawiałem się nad tem—obserwując przebieg ciąży u swojej chorej—czy nie byłoby wskazane przerwanie ciąży, a to celem uprzedzenia mogącego zjawić się groźnego pogorszenia w stanie ogólnym i wybuchu śpiączki cukrzyczej. Nie ulega wątpliwości, że ciężkie przypadki moczówki cukrowej mogą wymagać przerwania ciąży. Rozwijający się w wysokim stopniu upadek odżywienia organizmu wymagać może koniecznie prędkiego wykluczenia z organizmu matki jednego z czynników, wpływających głównie na upośledzenie odżywienia jego, mianowicie usunięcia wzrastającego w łonie matki płodu który żywi się kosztem tkanek i soków macicznych. Im więc wcześniej przerwie się ciążę, tem większe będą szanse skuteczności tego zabiegu. Tu jednak znowu dodać trzeba, że na samą sprawę chorobną, t. j. na przebieg moczówki cukrowej, najczęściej przerwanie ciąży tylko bardzo nieznaczny wpływ wyrzeć może, a nawet znane są przypadki zwiększenia się cukromoczu po sztucznym przerwaniu ciąży u diabetyczek. Zresztą i o tem pamiętać trzeba, że tego rodzaju operacye bywają nawet nieraz niebezpieczne dla ciężarnych, dotkniętych moczówką cukrową, gdyż mogą stać się powodem bezpośrednim wybuchu śpiączki cukrzyczej albo też sprzyjać rozwinięciu się ciężkiego zakażenia przyrannego. Dlatego też należy mieć za zasadę: ani zbyt wcześnie—w pierwszych miesiącach ciąży, gdy prócz cukromoczu niema innych objawów moczówki cukrowej, ani też zbyt późno, gdy już istnieje w wysokim stopniu rozwinięte zatrucie kwaśne lub nawet śpiączka cukrzycza—nie przystępować do przerwania ciąży. Najracjonalnijszem, jak doświadczenie przekonało, będzie postępowanie następujące: w przypadkach cukromoczu u ciężarnych, któremu nie towarzyszą żadne inne objawy i przypadłości, właściwe moczówce cukrowej, najwłaściwiej będzie zachowywać się wyczekująco, obserwując starannie przebieg ciąży; w przypadkach zaś stwierdzonej u ciężarnych moczówki cukrowej przerwanie ciąży znajdzie uzasadnienie tylko wtedy, gdy pomimo stosowania odpowiedniej diety zatrucie kwaśne cukrzycze nie tylko nie znika, lecz przeciwnie wzmaga się bezustannie i gdy jednocześnie zjawia się znaczne pogorszenie stanu ogólnego ciężarnej i stały ubytek na wadze. Wtedy najczęściej zjawia się też i białkomocz, jako wyraz t. zwanego zdrażnienia nerek przez zatrucie (*toxische Nephrose*—OFFERGELD). Moczówka cukrowa średniego natężenia u ciężarnych nie może stanowić wskazania do przerwania ciąży. W interesie zaś dziecka przedwczesnego porodu u diabetyczek ciężarnych nigdy przedsiębrać nie należy.

Analizując wszystkie *pro* i *contra* sztucznego poronienia *resp.* przedwczesnego porodu w przypadkach cukromoczu u ciężarnych, zdecydowałem się w swoim przypadku zachowywać się wyczekująco. Przebieg pomyślny po-

rodu i położu u chorej dowiódł, że postępowanie moje było zupełnie odpowie dnie. Położnica prędko wyzdrowiała; dziecko rozwijało się prawidłowo.

Lecz na tem nie kończy się historia choroby pani X. Cały rok 1908 przeszedł jej zupełnie dobrze. Miesiączkowała prawidłowo. W moczu cukru nie było.

W lutym r. 1909 p. X. zaszła ponownie w ciążę. Już w maju wykryto w moczu nieznaczny procent [0,1%] cukru gronowego przy 1100 ctm. sz. ilości dobowej moczu. Następnie ciężarna zapadła na tyfus brzuszny, którego przebieg był dość łagodny i prawidłowy ¹⁾. Poronienie nie nastąpiło. Podczas gorączki tyfoidalnej ilość cukru w moczu wahała się między 0.1—0.3%, a było i tak, że cukru wcale nie znajdowano ²⁾. Rekonwalescencya była zupełnie pomyśl na. Od tego czasu przebieg ciąży nie był niczem zakłócony, pomimo, że badanie moczu kilkakrotnie wykazywało cukier gronowy. I tak 28-go czerwca przy 1250 ctm. sz. ilości dobowej moczu było 0.2% cukru; 21-go sierpnia znowu 0.2% przy 1000 ctm. sz. dobowej ilości moczu. We wrześniu cukru nie znaleziono [ilość dobowa moczu 2000]. Przed samym zaś porodem, który nastąpił 7-go listopada, wykryto w moczu [ilość dobowa 1000] 0.5% cukru gronowego. Innych objawów moczówki cukrowej przez cały czas ciąży nie było. Acetonu nie wykrywano. Gruczoł tarczowy tym razem nie doznał powię kszenia. Ciężarna czuła się zupełnie dobrze. Poród odbył się siłami natury i trwał zaledwo kilka godzin. Dziecko donoszone, płci męskiej, urodziło się żywe i ważyło około 9 fun. Przebieg położu zupełnie prawidłowy. Karmie nia piersią położnica wcale nie rozpoczynała. Obrzmienie gruczołów sutko wych było bardzo nieznaczne.

Po miesiącu w moczu cukru już nie wykryto.

Tu jeszcze dodać muszę, że w r. 1909 ojciec chorej zapadł na moczówkę cukrową średniego stopnia.

Zastanawiając się, po trzechletnim prawie obserwowaniu swojej chorej, nad wzajemną w tym przypadku zależnością ciąży i glikozurii, przechodzę do przekonania, że zależność taka rzeczywiście istniała, mieliśmy bowiem do czy nienia z tak zwaną postacią cukromoczu przerywaną, mianowicie: cu kier zjawiał się w moczu podczas obu ciąży i znikał zawsze po porodzie ³⁾. Tu jednak zaraz zauważyć trzeba, że zależność ta, jeśli istniała, była dość luźna, gdyż ani u ciężarnej, ani u płodów, to czasowe zaburzenie przemiany materii trwalszego wpływu szkodliwego nie pozostawiło. Według wielu in- ternistów i akuszerów, nawet zdeklarowanej moczówki cukrowej nie można

¹⁾ Obserwowany razem z kolegą internistą.

²⁾ Zjawisko dość częste u diabetyków, że cukier ginie czasowo podczas choroby go rączkowej.

³⁾ Taką samą postać przerywaną cukromoczu u ciężarnej spostrzegali BENNEVITZ (cyt. u LÉPINE'a). Cukromocz zjawiał się 6 razy w ostatnich miesiącach każdej ciąży (począwszy od 4-ej) i znikał po porodzie.

uważać za poważne powikłanie ciąży. W licznych podobnych przypadkach NOORDEN'a przebieg ciąży i położu był zupełnie prawidłowy, a moczówka cukrowa się nie pogorszyła. NEUMANN'a ciężkie nawet przypadki miały — dzięki zastosowaniu odpowiedniej diety — przebieg zupełnie łagodny. Rozumie się, że niebrak i głosów przeciwnych, upatrujących w moczówce cukrowej ciężkie powikłanie ciąży, o czym już wyżej mówiliśmy.

Otóż zachodzi pytanie, z jaką rzeczywiście postacią cukromoczu mieliśmy w naszym przypadku do czynienia? Ze względu na brak zwykłych — poza cukromoczem bardzo umiarkowanym — objawów moczówki cukrowej, możnaby obecność cukru w moczu uważać za wyraz cukromoczu pokarmowego, uchodzącego za niewinne powikłanie ciąży. Pogorszenie się jednak stanu ogólnego ciężarnej i zjawienie się acetonu pod koniec pierwszej ciąży, przemawiałoby raczej za to, że jeśli nie mieliśmy tu do czynienia z umiarkowaną moczówką cukrową [formą t. zw. przerywaną], to na pewno z taką glikozurią pokarmową, którą krok już tylko oddzielał od moczówki cukrowej. NEUMANN, NAUNYN i NOORDEN takie glikozurye pokarmowe widzieli i opisali, a FREUND, jak wiemy wprost wspomina o możliwości przejścia glikozuryi pokarmowej w moczówkę cukrową.

Dopisek. Z powodu obrzmienia gruczołu tarczowego u naszej chorej podczas pierwszej ciąży, przypomnieć można, że cukromocz ciężarnych wiąże niektórzy badacze z zaburzeniami czynności gruczołu tarczowego. Niedawno znowu REICHENSTEIN w klinice prof. GLUZIŃSKIEGO (*Wien. klin. Woch. 1909, Nr. 42*) starał się związek ten uzasadnić, dowodząc badaniami eksperymentalnymi, że glikozurya, a jeszcze bardziej lewulozurya pokarmowa u ciężarnych może być następstwem zmniejszonego oddziaływania jajników, *resp.* macicy ciężarnej na inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, regulujące przemianę węglowodanową [wątroba, trzustka, gruczoł tarczowy, gruczoły przytarczowe, nadnercza].

PIŚMIENNICTWO,

uwzględnione w pracy niniejszej.

M. CH. PORCHER. De la Lactosurie. Etudes urologiques de médecine comparée sur les états de grossesse, du puerperalité et de lactation chez la femme et les femelles domestiques. Ed. L'oeuvre medico-chirurgicale du dr CRITZMAN, DIRECTEUR. Nr. 45. Paris Masson 1906.—M. GRAEFE. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane u. ihre Funktionen. Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. Halle 1898, t. II, z. 5. — H. OFFERGELD. Zuckerkrankheit u. Schwangerschaft in ihren Wechselbeziehungen. Archiv f. Gynäkologie 1908, t. 86, z. 1.—H. OFFERGELD. Die Indicationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Frauen die an Diabetes mellitus leiden. D. med. Woch. 1909, Nr. 28. — H. OFFERGELD. Die Wechselbeziehungen zwischen Diabetes u. den Generationsprocesse. Abhandlungen aus d. Gesamtgebiet der prakt. Medizin. Würzburg 1909. — ALFRED SCHOTTELICUS. Diabetes mellitus in graviditate als Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft. München. med. Woch 1908, Nr. 18. — G. KORACH. Innere Krankheiten der Schwange-

ren. Lipsk 1908. — W. BOECKELMANN. Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten.—Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde u Geburtshilfe. Halle 1907. t. VII. z. 6. — HERMANN NEUMANN. Schwangerschaft u Zuckerkrankheit. Ihre Wechselbeziehung u. Behandlung. Berlin. klin. Woch. 1909, Nr. 47.—LÉPINE. Le diabète sucré. 1909. — J. WHITRIGDE WILLIAMS. Znaczenie kliniczne cukromoczu u ciężarnych. The American Journal of the Medical Sciences. 1909. Styczeń.

II. Z SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W RUDCE.

O działaniu leczniczem „IK“ C. Spengler'a w gruźlicy płucnej.

Podali

S. Gałeczki i T. Budzyński
Dyrektor zakładu. Asystent.

(Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 15. II. 1910 r.).

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 13].

3. L. G., lat 24. *Catarrhus tbc. in apice dex.* Przybyła do zakładu 21-go listopada 1908 roku—jest zatem przeszło od roku w sanatorium. Laseczniki KOCHA znaleziono kilkakrotnie w niewielkiej liczbie. Po przybyciu był stan podgorączkowy do 37,5°. W styczniu 1909 r. ustaliła się normalna ciepłota i trwała do czerwca. W ciągu lata były częste podniesienia ciepłoty do 37,3° i trwały aż do czasu rozpoczęcia zastrzykiwań „IK“, t. j. do dnia 30-go września 1909 r. Stan chorej przed rozpoczęciem zastrzykiwań przedstawiał się jak następuje: Stan ogólny dobry, w płucach sprawa kataralna ograniczyła się do obrębu szczytu prawego, na wadze przybyło 10 funtów. Łaknienie słabe, sen krótki i przerywany, zaburzeń ze strony innych narządów niema, kaszel niewielki, płwocina skąpa, zawierająca małą liczbę laseczników swoistych.

W danym razie leczenie miało zadanie daleko łatwiejsze, niż w poprzednich przypadkach. Nie widać tu bowiem było takiego braku odporności przeciwko gruźlicy, jak u dwu poprzednich chorych. Chora przeprowadziła poprzednio kurację emulcją tuberkulinową prawie bez odczynu. Sprawa w płucu przez czas pobytu chorej w zakładzie uległa bardzo wyraźnej poprawie—a zatem należało się spodziewać, że o ile „IK“ posiada rzeczywiście działanie skuteczne, powinnyby się to w danym przypadku bardzo wyraźnie uwidocznic. Wstrzyknięcia robiono według opisanego schematu. Odczynu po wstrzyknięciach wogóle nie było. Raz był ból głowy po trzecim wstrzyknięciu, po przedostatniem zaś — bicie serca.

W płucach po przeprowadzeniu kuracyi żadnej poprawy nie stwierdzo.

no. Stan ogólny i waga pozostały w mierze. Ciepłota do czasu wstrzyknięcia czystego przetworu pozostawała jednakową, po wstrzyknięciach zaś nawet się nieco podniosła. Tętno pozostało bez zmiany. Kaszel zwiększył się, ilość płwociny pozostała bez zmiany. Laseczników *tbc.* przy kolejnych badaniach znaleźliśmy następującą liczbę w polu widzenia mikroskopu: 2—0—4—0—0. Apetyt i sen nie poprawiły się. Jeżeli wogóle zreasumujemy otrzymane wyniki, to okaże się, że żadnej poprawy nie zauważono, a nawet raczej możnaby mówić o nieznacznym pogorszeniu. Co się tyczy laseczników w płwocinie, to nie występowały w danym razie takie wybitne różnice, żeby można było z nich wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski.

4. P. I. J. *Phthisis fibrosa pulm. dextri et lobi sup. sinistri.* Chory przybył do sanatorium w połowie czerwca 1909 r. po uprzedniej, przeszło rok trwającej kuracji w Zakopanem i Szczawnicy, osłabiony, z ciepłotą podgorączkową do 37,5—6°. Po przybyciu do zakładu stan ogólny chorego zaczął się poprawiać, obfitość rzeżeń wilgotnych w płucach znacznie się zredukowała, oddech, początkowo bardzo powierzchowny, pogłębił się; ciepłota nieco obniżyła się; na wadze przybyło 4 funty. Pozostała jednak właściwa choremu nadwrażliwość nerwowa.

Dnia 22-go września 1909 r. rozpoczęto wstrzykiwania „IK“; ukończono je d. 27-go grudnia tegoż roku. I w danym przypadku, wobec poprawy, która wystąpiła bez pomocy środków swoistych, należałoby się spodziewać jeszcze szybszych postępów po zastosowaniu bierno-czynnej immunizacji zapomocą „IK“.

Odczyny wystąpiły tylko po drugim i trzecim zastrzyknięciu w postaci ogólnego rozbitcia i bólu głowy. Wyniki leczenia: Kaszel mniejszy, płwociny mniej, nieco jaśniejsza, laseczniki w płwocinie znikły, gdy poprzednio znajdowano około 8-u w polu widzenia. Ciepłota ciała nieco opadła, chociaż nie zupełnie. Rzeżenia w płucach znacznie się zmniejszyły. Łaknienie jednak raczej pogorszyło się, chory stracił na wadze 3 funty, zaczął się czuć bardziej osłabionym, niż poprzednio. A zatem co do niektórych objawów stwierdziliśmy poprawę, inne natomiast pogorszyły się. Czy w danym razie pewną poprawę zawdzięczamy „IK“—rozstrzygnąć na pewno nie jest łatwo. Wobec tego jednak, że już uprzednio, przed leczeniem swoistem stale notowano poprawę zdrowia, podczas zaś leczenia zapomocą „IK“ poprawa nie posuwała się szybszym krokiem, niż poprzednio—niema słusznej zasady przypisania jej owemu leкови.

5. H. D. *Phthisis ulceroso-cavernosa pulmonis d. et lobi sup. p. sin.* St. III T. Chora przybyła do zakładu d. 7-go grudnia 1903 r. z gorączką, towarzyszącą tworzeniu się wielkiej jamy w lewym górnym płacie. Objawy rozpadowe ze stałą gorączką od 37,7° do 39°, dreszczami, potami nocnymi, brakiem łaknienia i t. d. trwały przez całą zimę, wiosnę i część lata roku zeszłego. Dopiero na początku sierpnia r. z. objawy rozpadu ucichły—ciepłota opadła do normy, łaknienie wróciło, sił zaczęło przybywać. Sprawa w płucach zaczęła się szybko poprawiać, utworzona jama oczyszczać. Stan bezgorączkowy, z wyjątkiem nieznaczących, krótkotrwałych podniesień, trwał do samego rozpoczę-

cia wstrzykiwać „IK“, to jest do dnia 11. X. 1909 roku. Jak widzimy, zastrzykiwania rozpoczęto w bardzo dobrych warunkach, przy zupełnie zadowalającym stanie ogólnym i stanie płuc chorej. Zaczęliśmy robić zastrzyknięcia właściwie w celu zapobieżenia nawrotowi choroby, którego przy niedojonej jeszcze jamie należało się obawiać w razie nadejścia fatalnie odbijających się na zdrowiu chorych gruźliczych ślot listopadowych. I w danym razie „IK“ miało wdzięczne zadanie do spełnienia: przy stwierdzonej znacznej odporności ustroju chorej, utrzymać w płucach *status quo*, współdziałać dalszemu oczyszczaniu się utworzonej jamy i rozrostowi tkanki łącznej.

Chora przeszła cały zwykły cykl wstrzyknięć. Po 2-em i 3-em wstrzyknięciu było trochę bicia serca i bólu głowy—poza tem odczynu żadnego nie zauważono.

Po pierwszych dwu zastrzyknięciach wszystko szło b. dobrze. Po 3-em jednak nadszedł listopad—a z nim fatalne śloty, które trwały cały koniec jesieni i całą zimę.

Obawy nasze, niestety, pomimo „IK“ sprawdziły się. Chora zaczęła gorączkować, i gorączka stopniowo, pomimo wstrząśnień, podniosła się do 38°, zaczęły jej towarzyszyć dreszcze, poty, brak łaknienia. Przyczyną tej gorączki były objawy rozpadowe w płacie górnym drugiego płuca, prawego. Trzeba przyznać, że natężenie objawów rozpadowych nie było tak silne, jak poprzedniej zimy—przebieg tworzenia się jamy w płucu prawem był znacznie łagodniejszy. Ale też warunki, w jakich się ten rozpad rozpoczął, były inne niż w roku zeszłym. Wówczas chora przybyła do zakładu wprost z domu, gdzie do ostatniej chwili oddawała się zajęciu jako nauczycielka. Tym razem zaś zaraz po zjawieniu się gorączki, położono chorą do łóżka; zresztą możliwość zakażenia mieszanego w zakładzie, położonym w lesie, była nieskończenie mniejsza, niż w mieście.

Rozumie się, że wraz z podniesieniem się ciepłoty ciała wystąpiły i inne niepożądane objawy: tętno stało się częstszem, zaczęły występować dreszcze i poty nocne, których poprzednio nie było. Stan ogólny, łaknienie, sen znacznie się pogorszyły, kaszel pozostał bez zmiany, ilość płwociny również. Liczba jednak laseczników w płwocinie zmniejszała się stopniowo: znajdowaliśmy ich następujące ilości: 0—25—3—2 do 3-ch w polu widzenia.

Wogóle „IK“ w danym razie zawiodło pokładane w niem nadzieje: zaczęto je stosować wtedy, gdy sprawa była w stanie spokoju—i nie zdołało ono zapobiedz jej zaostrzeniu.

6. K. G. lat 19. *Phthisis ulceroso-cavernosa pulmon. dextri* [st. III. T.]. *Tbc. intestinorum*. Jak widzimy, w danym przypadku obok posuniętej sprawy płucnej jest powikłanie sprawą kiszkiową, które daje niemal zawsze rokowanie fatalne.

Ponieważ jednak w danym razie stan ogólny chorego był niezły, odżywienie dostateczne przy nieupośledzonym łaknieniu—przytem sprawa w płucach nie miała ostrego przebiegu (można ją było zaliczyć do rzędu *phthisis fibrosa*)—postanowiliśmy przeprowadzić w danym razie kurację „IK“, sądząc, że może ona okazać się środkiem pomocniczym, który rozwój sprawy powstrzy-

ma. Laseczniki gruzlicze znalezione w małej liczbie zarówno w płwocinie, jak i kale dopiero po ukończeniu całej seryi zastrzykiwań, gdy poprzednio znaleźć ich nie było można.

Chory przeszedł cały cykl zastrzykiwań, które stosowaliśmy w nieco przyspieszonym tempie, wszystkie co 8 dni. Odczynów po wstrzyknięciach nie było.

Sprawa w płucach po całym szeregu wstrzyknięć nie tylko nie ucichła, ale znacznie się naprzód posunęła. Liczba rzężeń wilgotnych i dźwięcznych oraz innych objawów rozpadu znacznie się zwiększyła; stolce stały się częstsze i więcej wodniste. Łaknienie zmniejszyło się, bezsenność wzmogła; ilość płwociny i wygląd jej pozostały bez zmiany. Jeden tylko objaw natury dodatniej możemy zanotować: niewielkie zredukowanie ciepłoty ciała, która poprzednio dochodziła do 38°, a nawet wyżej, po siódmym zastrzyknięciu obniżyła się o pół stopnia, co trwa dotychczas. Wobec jednak niewątpliwego pogorszenia się sprawy w płucach i kiszkaach, trudno temu nadawać jakiegokolwiek znaczenie.

7. K. O. *Condensatio lobi sup. dextri* [st. I. T.]. Przybył do zakładu d. 17-go września 1909 r. z gorączką, dochodzącą do 39°. Po dwu tygodniach pobytu w sanatorium gorączka zredukowała się prawie do normy. Stan ogólny był dobry, łaknienie i sen również. Kaszel dość silny, ilość płwociny ropno-śluzowej spora. Na wadze przybyło choremu do czasu rozpoczęcia zastrzykiwań około 9-u funtów.

Po każdym wstrzyknięciu występował wybitny odczyn ogólny, trwający zwykle dzień jeden, w postaci ogólnego rozbicia, zdenerwowania, bólu głowy, senności. Po zastrzyknięciu po raz pierwszy czystego „IK“ w ilości 0,4 odczyn trwał kilka dni w postaci bólów w kościach, osłabienia, zwiększonej ilości płwociny; wobec tego zrobiliśmy t. zw. „zastrzyknięcie uwalniające“ (*Entlastungsinjektion*) najslabszego roztworu, poczem objawy te ustąpiły. Chory poprawiał się bardzo dobrze—na wadze przybyło mu oprócz poprzednio zdobytych 9-u, jeszcze 8 funtów. Wraz z przyrostem wagi poprawiał się również stan ogólny. Kaszel, ilość i wygląd płwociny pozostały bez zmiany. W płwocinie przed rozpoczęciem wstrzyknięcia znalezione niewielką liczbę laseczników [3 w polu widzenia]; po ukończeniu zastrzyknięć „IK“ nie znalezione w płwocinie laseczników. Ciepłota ciała unormowała się zupełnie.

W danym przypadku dość trudno rozstrzygnąć, czy poprawę zawdzięczamy działaniu „IK“, czy też i bez tego środka mieliśmyby podobne wyniki. Jeżeli jednak zważymy, że i przed rozpoczęciem zastrzyknięć stan chorego polepszał się w szybkim tempie, to nie mamy żadnego logicznego powodu twierdzić, że dalszą poprawę chory zawdzięcza środkowi specyficznemu, nie zaś odporności własnej. Przy dobrym stanie ogólnym i łaknieniu, braku zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i innych powikłań takie sprawy gruzlicze, jak u danego chorego, leczą się zwykle doskonale.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

53. To i owo pouczające z kazuistyki obcej położniczej.

- I. WERNITZ. 3 niezwykle spostrzeżenia ciąży zamacicznej.
- II. GUERDJIKOFF: *Manoeuvres abortives au cours de la grossesse extrauterine.*
- III. THOMPSON: Rana postrzałowa macicy ciężarnej.
- IV. LEE: Postrzelenie ciążurnej bez przerwania następczego ciąży.
- V. KEDARNATH DAS: Cięcie cesarskie dokonane we 2 lata po *kolpokleisis*.
- VI. KLEINMANN: Z kazuistyki przetok moczowych oraz *kolpokleiseos*.
- VII. MICHNOWSKI: Poród pięcioraczków.
- VIII. LOGINOW: Przypadek *kolpoaporrhoeos*
- IX. ROTENSTIEK: Przypadek *kolpoaporrhoeos*.
- X. HALLIDAY CROOM: O przypadku transp antacyi jajułka obcego z następczą ciążą. Czyje dziecko?

WERNITZ. Trzy niezwykle spostrzeżenia ciąży pozamacicznej (*Zurnal Akusorzstwa i Żenskich bolezniej*. Kwiecień 1908).

Autor przytacza trzy spostrzeżenia niezwykle, z których dwa mają znaczenie i dla medycyny sądowej pod względem pytania, czy karygodnem jest zniszczenie płodu pozamacicznego?

1) Chora, lat 29, trzy miesiące temu poddawała się różnym manipulacjom, aby wywołać poronienie. Zjawily się bole, krwawienia, gorączka i t. d., stan taki trwa obecnie trzy miesiące. Z początku wydzielala się tylko krew, później jakieś cząstki stałe, nareszcie już tylko ropa. *Kachexia, anaemia gravis*, częste omdlenia, wymioty. Obok macicy mało powiększonej, odepchniętej ku stronie prawej, bolesne nacieczenie lewego *parametrium*. W słuzówce pochwowej lewego sklepienia widać było kilka otworów, z których sączyła się śmierdząca ropa. Przy każdym poruszeniu chorej omdlewanie. Postanowiono przedewszystkiem postarać się o usunięcie zatrzymanej ropy, a więc połączono cięciem jednym dwa otwory, z których ropa się wydzielala. Wtedy nastąpił krwotok gwałtowny z rany, którego opanować nie udało się ani tamponacją, ani okłuwaniem brzegów cięcia, tak, że trzeba było ranę tylkoco zrobioną szczelnie zaszyć. Na razie stan chorej cokolwiek się poprawił, lecz gdy ciepłota wnet podskoczyła ponownie, WERNITZ wezwał na naradę naczelnego lekarza chirurga, który, wbrew ostrzeganiu ze strony WERNITZ'a, żądał, aby szerokiem cięciem przeciąć sklepienie tylne i lewostronne pochwy. Skoro tylko zdjęto szwy poprzednio nałożone nastąpił tak gwałtowny krwotok, że chora pomimo wszelkiej akcyi ratunkowej zaraz zmarła. Sekcyja ujawniła, że chodziło o ciążę pozamaciczną śródwjadłową lewostronną. Przy manipulacjach *pro abortu provocando* uszkodzono i zainfekowano *parametrium* lewe. W jamie brzusznej prócz wzrostów inaych zmian nie znaleziono. Chora li tylko dlatego wcześniej nie szukała pomocy lekarskiej, że świadomą była przestępnych cech swego postępowania. W tym więc przypadku, jakto często w piśmiennictwie się napotyka, ciążę pozamaciczną wzięto za maciczną i w celu usunięcia ciąży dokonano różnych manipulacyi przestępczych.

2) 32-letnia chora zapisała się do szpitala w stanie septycznym rozpaczliwym, z gorączką, żółtaczką, wychudzeniem i t. d. Chora, czując się ciężarną od dwu miesięcy, dwa miesiące temu kazała sobie wywołać poronienie i od owego czasu choruje. Kilka razy wprowadzano jej paleczkę do macicy, lecz zupełnego wydzielenia się jaja nie osiągnięto. Z początku wydzielala się tylko krew, później tylko ropa. W następstwie przyłączyło się zapalenie otrzewnej z chwilami poprawy lub pogorszenia na przemian. Badanie naprowadziło na podejrzenie

nie, że chodzi o macicę dwurożną, i że koniec prawego rogu grubszy jest od lewego. Macica była unieruchomiona wskutek wysięków rozlanych. Palec do szyjki nie wchodził, kateter BOZEMANN'a na pewnej wysokości natrafiał na przeszkodę, na wysokości której kanał się rozdawał. Z prawego jakoby rogu wydzielano się cokolwiek krwawego ropiastego śluzu, z lewego rogu sporo śmierdzącej ropy. Podczas płukania z lewostronnej jamy wydzielila się obnizona kostka 2 cent. długości, śmierdząca. Przez kilka dni następnych płukano codziennie, następnie rozszerzono szyjkę macicy w celu tamponacji gazą jodoformową. Palec macał przegrodę tak, że rozpoznanie macicy dwurożnej okazało się uzasadnione. Stan chorej trwał bez zmiany; nareszcie przy ciepłocie septycznej 41,0° C. chora zmarła wskutek wyczerpania. Sekcyja ujawniła, że nie było macicy dwurożnej. Macica odchyłona ku stronie prawej była próżna, jama zaś lewostronna komunikowała ze szyjką macicy wskutek tego, że podczas manipulacji *pro abortu provocando*, przedziurawiono ścianę szyjki macicznej w kierunku lewostronnej ciąży pozamacicznej. Znalezione mnogie ropnie w małej miednicy i *peritonit. purulentam*. I w tym więc przypadku chora po zatrzymaniu peryodu, uważając się za ciążarną, kazała sobie wywołać poronienie, zakończone w tak tragiczny i dla osoby wywołującej poronienie niespodziewany sposób.

3) Trzeci przypadek dotyczy powtórnej ciąży pozamacicznej. W r. 1905 usunięto drogą laparotomii ciążę pozamaciczną, pozostawiając w jamie brzusznej sączek [tampon] z gazy, wskutek czego powstały zrosty wewnątrz małej miednicy. Okres zamknięcia się rany trwał bardzo długo. W kwietniu lub maju 1906 nowe poczęcie. Przez pierwsze 5—6 miesięcy *euphoria*. W końcu października bole, gorączka. W szpitalu Czerwonego Krzyża rozpoznano jakoby ciążę ośmiomiesięczną (?) o płodzie żywym, o wyraźnych ruchach płodowych, biciu serca i t. d. Wzdęcie brzucha, kolki, wymioty, gorączka, rozpoznanie niejasne—influenca? W listopadzie obostwienie bólów: odeszło jakoby cokolwiek wód płodowych i krwi. Lekarz, obawiając się trudnego porodu, skierował chorą do oddziału położniczego, gdzie również skonstatowano jakoby bicie serca płodu i ruchy. W oddziale położniczym szpitala miejskiego Odeskiego chorej specjalnie nie badano wobec wywiadów, przesłanych przez lekarza Czerwonego Krzyża. Przypuszczano ciążę 6-miesięczną. Gdy po czteromiesięcznym pobycie chorej na oddziale zjawila się gorączka wraz z wymiotami i wzdęciem brzucha, przypuszczano, że chodzi o septyczne zapalenie otrzewnej i chorą skierowano na oddział poporodowy. WERNITZ skonstatował wtedy stan gorączkowy z wyczerpaniem ogólnem, żółtaczką pewnego stopnia, lecz objawów zapalenia otrzewnej nie znalazł. Wzdęcie brzucha uniemożliwiało dokładne zbadanie palpacyjne. Szyjka maciczna zwarta, wysoko ku górze uniesiona, twarda; w tylnem sklepieniu napięcie znaczne. Po przecyszczeniu chorej wzdęcie brzucha zmniejszyło się o tyle, że badanie chorej okazało się możebne. WERNITZ wówczas nie wymacał ani guza, odpowiadającego ciążarnej od kilku miesięcy macicy, ani części płodu, ani też nie znalazł bicia serca płodu, ani ruchów. Powyżej lewej pachwiny wymacał ciało wielkości macicy mniej więcej 8 tygodni ciążarnej. Po prawej stronie odgłos przytłumiony przy perkusyi. Dokładna orientacyja była niemożliwa z powodu niepodatności ścian brzusznych. Pokarm w piersiach. Czy istnieje ciąża? Jeśli tak, to jaka: maciczna, czy pozamaciczna? Czy z płodem żywym, czy martwym? Jeśli płód jest martwy, czy śmierć jego była następstwem sprawy chorobnej? Wszelkie dane wywiadów okazały się bardzo mało prawdopodobnymi, szczególnie co do bicia serca i ruchów płodu, odejścia wód płodowych; jedynie zatrzymanie się peryodów oraz pokarm w piersiach mogły dać wskazówkę pozytywną. WERNITZ przyszedł do wniosku, że ma do czynienia z ciążą pozamaciczną, z płodem obumarłym

mniej więcej w 5-ym miesiącu i z prawdopodobnym rozkładem ropnym. WERNITZ żądał operacji radykalnej drogą górną, chora jednak nie chciała się na nią zgodzić, a pozwalała li tylko na operację pochwową. Operacja ta okazała się bardzo trudną z powodu wzrostów po dawniejszej ciąży, operowane z pozostawieniem sączka w jamie brzusznej. Po nakłuciu tylnego sklepienia przecięto je tuż przy szyjce macicznej, wypuszczono sporo czarnego, krwawego płynu. Palec wdrążył do jamy poza macicą leżącą; u szczytu jamy był otwór drugi, niedostępny już dla wprowadzenia palca, ale wpuszczający zgłębnik ołowiany do jamy drugiej, powyżej leżącej, w której zgłębnik wykrył obnażone kości płodu wśród czarnej krwi. Na razie wytamponowano owe jamy gazą jodoformową, a nazajutrz za zgodą chorej na operację pochwową do operacji przystąpiono. Z jamy pierwszej po rozszerzeniu otworu wydobyto masę jakąś miękką, która okazała się odklejonym już łożyskiem, wielkości dłoni. Wszystko było gnijące, smrodliwe. Łożysko było wolne zupełnie z wyjątkiem jednego powrózka z niem połączonego, który wzięto za pępowinę płodu i przecięto. Pokazało się jednak, że była to pętla kiszki cienkiej z łożyskiem sklejona, która przy wyjściu łożyska z jamy brzusznej była przez łożysko niżej pociągnięta. Pętla ta była zgangrenowana i przy wyciąganiu łożyska przerwała się, tak, że część pętli bez swego *mesenterium* pozostała na łożysku, reszta zaś w jamie brzusznej. Wtedy to wyjaśniły się czarnokrwawe stolce, dawniej u chorej zauważone. Nie pozostawało dla uratowania chorej nic innego, jak dodać cięcie brzuszne. Worek płodowy był zrośnięty z przednią ścianą brzuszna, sięgając powyżej pępka, dwie trzecie worka płodowego leżały w prawej połowie jamy brzusznej, jedna trzecia część w lewej. W jamie leżał płód około 5½-mies., zgnili. Wszystko było czarnawo zabarwione. Przedrenowano jamę ku pochwie i przez ranę brzuszną, i cięcie brzuszne, prócz dolnego kąta, zaszyto. Na razie nie można było myśleć o usunięciu uszkodzenia kiszki. Stan chorej w pierwszych dniach cokolwiek się poprawił: na trzeci dzień w głębi rany po raz pierwszy widać było wydzielinę kałową. Po upływie tygodnia coraz więcej kału się wydzielalo, chora coraz więcej chudła, gorączka się wzmagała i w 5 tygodni po operacji chora zmarła z wycieńczenia. WERNITZ upatruje *nexus* taki: główną przyczyną katastrofy była ciąża pozamaciczna poprzednia oraz operacja z zastosowaniem sączkowania. Wskutek tego powstały nienormalne zrosty. Ponieważ jajowód usunięto, więc przy ponownym zejściu jaje usadowiło się w jamie brzusznej i łożysko wytworzyło się na pętlach kiszki poznaczonych. Siedziba łożyska na ścianie kiszki utrudniała perystaltykę kiszki, co wywołało zastój kału, zapalenie błony brzusznej w tem miejscu, oraz infekcję przez *bacterium ilei commune*, które wywołało śmierć płodu i rozkład jaja płodowego, zakażenie ogólne i t. d., narreszcie śmierć.

WERNITZ zarzuca lekarzom, którzy poprzednio chorą leczyli, że nie obstawali przy gruntownem zbadaniu, że jeden polegał na tem, co usłyszał od drugiego, następea od poprzednika, że polegałi zanadto na słowach chorej i jej otoczenia i t. d., i że w danym przypadku wywiady były bardzo niejasne. Kto ma wyniki wyłącznie dodatnie w swojej czynności lekarskiej i operacyjnej, zdaniem WERNITZ'a, nie może mieć wielkiego doświadczenia. Nabycie doświadczenia kosztuje nieraz bardzo drogo i nieraz przypłaca się utratą życia ludzkiego. Dlatego też przypadki tak zawile i trudne, jak powyżej opisany, powinny być ogłaszane dla przestrogi innych lekarzy.

II. GUERDJIKOFF. *Maneuvers abortives au cours de la grossesse extrauté-rine.* (*L'Obstétrique.* 1907).

Cztery przypadki: 1) u 42-letniej IV-*parae*, w 6 tygodni po zatrzymaniu się peryodu po *tentamen abortus* ze strony akuszerki—krwotok, bo miesiącu bole, krwotok wewnętrzny, zapalenie otrzewnej. Śmierć pomimo usunięcia

pękniętego jajowodu przez laparotomię. 2) U III-gravidae w 5-ym tygodniu *tentamen abortus*. 3 tygodnie później laparotomią z powodu ropnego zapalenia otrzewnej. Usunięto prawy jajowód ciężarnej. Śmierć. 3) U 28-letniej I-gravidae *tentamen abortus* w 7-ym tygodniu. Śmierć *ex peritonitide septica* pomimo laparotomii. 4) U 23-letniej kobiety w 6-ym tygodniu *tentamen abortus*. Po pięciu dniach *abortus tubarius*, natychmiastowa laparotomia. Wyzdrowienie.

III. THOMPSON [Odessa]. (*Zurnal Akusorzstwa i Żenskich bołezniej*. 1908. Nr 7 i 8). Do zestawionej w 1898 przez NEUGEBAUR'a, w 1903 przez GELLHORN'a kazuistyki ran postrzałowych ciężarnej macicy T. dodaje spostrzeżenia własne. 23-letnia kobieta, 9 miesięcy ciężarna, otrzymała postrzał śrutem z odległości kilku kroków—przypadkowo. Po kilku godzinach przewieziono chorą do Czerwonego Krzyża w Odessie. T. 36,0° P. 120. *In linea mamillari sinistra*, poniżej żeber rana skórna o poparzonych brzegach; macica po prawej stronie rany. Nie było anemii; nie znaleziono bicia serca płodu. Okolica rany postrzałowej lekko wzdęta. W 5 godzin po wypadku cięcia podłużne w lewym mięśniu prostym brzucha, dośrodkowo od rany: cokolwiek krwawego płynu w jamie brzusznej. Pomiedzy przekrwionemi pętlami kiszek znaleziono płód, którego główka pozostała w macicy; dokoła szyi płodu skurczyły się brzegi rany macicznej—szyja płodu tamponowała ranę macicy. Powiększono cięcie powłok brzusznych *in linea alba* i powiększono otwór w ścianie macicy, wydobyto główkę i łożysko i wycięto macicę w całości, pozostawiając jajniki. Tyl-na ściana macicy była przekrwiona i zmiądzona. Wydobyto z rany ściany brzusznej pętlę kiszki cienkiej dwukrotnie przedziurawioną, wycięto 15 ctm. kiszki, dodając *enteroanastomosis*. Zeszyto prócz tego ranę drugiej sąsiadującej pętli kiszek. Założono worek, zastosowano kamforę, powtórnie rozczyn soli, z 4 kroplami adrenaliny [1 : 1000]. 3-go dnia stan beznadziejny, wymioty, śmierć. Sekcya: *peritonitis fibrinosa, pleuritis sinistra*. Płód żeński 48 ctm. długości, 34 ctm. obwodu czaszki, wykazywał w okolicy *art. ileosacralis sinistrae* ranę postrzałową 5 ctm. szerokości, w niej około 30-u kulek śrutu [ROENTGEN]. W ścianach macicy śrutu nie znaleziono. Zakażenie przez postrzał (?).

IV. H. M. LEE (*Annal of Surgery*, 1909, z. 6) opisał przypadek postrzeżenia 23-letniej ciężarnej z ranami postrzałowemi żołądka oraz jejuni. Po 16-u godzinach sprowadzono chorą do szpitala z objawami zapalenia otrzewnej. Zeszyto rany postrzałowe po wyrównaniu brzegów, i po wypłukaniu jamy brzusznej rozczynem soli kuchenej ranę brzuszną zasytyo. Wyzdrowienie. Cięża dotarła do kresu normalnego.

V. KEDARNATH DAS. (*Journ. of Obst. and Gyn.* 1908, t. XIII str. 351).

Autor w 2 lata po dokonanej *kolpokleisis* [z powodu przetoki moczowej] dokonał cięcia cesarskiego z nadpochwową amputacją macicy. Kikut traktował pozaotrzewnie z obawy o zakażenie od strony kloaki pęcherzowo-pochwowej. Chora wyzdrowiała. Autor nie podaje, czy zapłodnienie nastąpiło *per coitum urethralem* lub też czy w bliźnie po *kolpokleisis* istniała przetoka, umożliwiająca zapłodnienie. W drugim przypadku dokonał operacji POKRO u chorej, mającej od 12-tu lat [od 13-go roku życia] wielką przetokę pęcherzowo-pochwową oraz następcze zwężenie pochwy. Chora umarła wkrótce po operacji.

VI. KLEINMANN. Z kazuistyki przetok moczowych i *kolpokleisis*. (*Zurnal Akusz. i Zensk. bołezniej*, 1908, luty, str. 301).

Wszystkie przetoki operowane przy pomocy rozdwojenia tkanek przegrody pęcherzowo-pochwowej. Ranę pęcherza zasywano jedwabiem Nr. 2 pograżonym, ranę pochwy N-rem 4-ym:

1) *Fistula visicovaginalis* po kleszczowym porodzie: operowana 4 razy bez wyleczenia.

- 2) *Fistula visicovaginalis* wyleczenie po wtórnej operacji.
- 3) " " *prima reunio* po 1 operacji.
- 4) " " pomimo 3-krotnej operacji bez wyleczenia.
- 5) " " operacja odłożona na późniejszy okres.
- 6) *Fistula juxtacervicalis*, niedostępna dla zaszycia. *Kolpokleisis. Prima reunio*. Po 7-u miesiącach moczołok. Blizna r o z e r w a n a *sub coitu* (?). 3-krotne próby *kolpokleiseos* daremne, pozostał otwór.

7) *Fistula visicovaginalis* po 6-ym porodzie (kleszczowym). Trzy razy *kolpokleisis*, czwarta bez rezultatu. Po 2-u latach chora powróciła, prosząc o usunięcie moczołoku. Przez owe 2 lata była 5 razy operowana w Odessie: 2 razy *kolpokleisis*, za drugim razem *prima reunio*. Po kilku miesiącach silne bole przy miesiączkowaniu. Dokonano kastracyi. Bole trwały, rozpruto *kolpokleisis*, wydobyto kamienie moczowe z kloaki. Ulga, lecz moczołok. 7-a z rzędu *kolpokleisis*, pozostał otwór. Chora żądała powiększenia światła *pro coitu*, lecz gdy jej powiedziano, że wtedy moczołok będzie jeszcze większy, na operacyę się nie zgodziła. KLEINMANN pragnąłby zarzucić zupełnie *kolpokleisis*.

VII. MICHNOWSKI. Poród pięcioraczek — (*Zurnal Akuszorstwa i Żeńskich boleżniej. 1908 Nr. 1*) M. wezwano do rodzącej, która już wydała na świat dwoje dzieci. Rodzina była zaniepokojona tem, że rodząca mówiła, iż czuje, że jeszcze coś ma w brzuchu i tem, że obwód brzucha pozostał bardzo wielki. 30-letnia kobieta rodzi po raz piąty; w trakcie ciąży kilka razy zdarzały się krwawienia.

Co do terminu ostatniej miesiączki i pierwszych odczuwanych ruchów płodu, na wywiadach polegać nie można było z powodu nizkiego stopnia rozwoju umysłowego rodzącej. Chłopka czując bóle porodowe, szukała sobie miejsca dla odbycia porodu i w trakcie poszukiwania urodziła chłopczyka w stodole. Następnie chłopczyka sama zaniosła ze stodoły do izby i tutaj urodziła dziewczynkę. Wkrótce potem wyszło samowolnie łożysko. M. zastał rodzącą bez gorączki lub innych jakichkolwiek objawów chorobowych; przy omacywaniu brzucha uderzyło go, że wszędzie wymacywał drobne części płodu, a większej części nie mógł wymacać. W kilku miejscach słyszał bicie serca płodu, lecz nie-równoczesne. Przy badaniu *per vaginam* skonstatował pośladowe położenie płodu; postanowił czekać. Dla uspokojenia dał rodzącej kropel waleryanowych; wkrótce też zjawił się ból, pęcherz pękł i urodził się chłopczyk. Po kwadransie wyszło łożysko. Po urodzeniu się trzeciego dziecka obwód brzucha wynosił 103 cent. Poniżej pępka po lewej stronie M. znowu słyszał bicie serca, lecz nie izochroniczne. Badając *per vaginam* znalazł płód w położeniu potylicowym. W pięć kwadransów po urodzeniu trzeciego dziecka pękł pęcherz i urodził się dzieciak czwarty *sponte*, — chłopczyk. łożysko wyszło po 10-u minutach. Cała rodzina przeleżała się wtedy i prosiła, aby zaprzestać z rodzeniem się dzieci. Po urodzeniu się czwartego dziecka obwód brzucha wynosił 98 cent. Przy badaniu chorej M. skonstatował obecność jeszcze jednego płodu w ukośnem położeniu pośladowem. Tony serca głucho, 110. Ponieważ bólów nie było już i daremnie stosowano chininę i eter i rozcieranie powłok brzusznych, M. dokonał obrotu zewnętrznego, przerwał pęcherz i płód wydobył za pośladki. W kwadrans więc po urodzeniu się czwartego dziecka urodził się piąty płód — dziewczynka. łożysko wyciśnięto. Całe otoczenie rodzącej zdradzało upadek ducha, starszerek ojciec błagał na wszystko, aby rodziny nie unieszczęśliwić i nie oddać pod sąd, i dopiero wtedy się uspokoił, gdy mu powiedziano, że więcej dzieci się nie urodzi i że takie potomstwo się zdarza. Cały poród trwał 21 godzin, urodziło się trzech chłopców i dwie dziewczynki, dzieci były niedonoszone, lecz żywo rodzone. Chłopcy żyli od pół godziny do dwu godzin. Waga dzieci: chłopczyk długości 38 cent., wagi 1700, dziewczynka długości 39 cent., wagi 1800, chłopczyk długości

42 cent., wagi 2200, chłopczyk długości 41 cent., wagi 2050, dziewczynka długości 38 cent., wagi 1750 gr. Cztery łożyska: pierwsze dwa plody miały łożysko wspólne; łożyska ważyły od 43 do 53 gramów. Umieszczenie pępowiny na wszystkich łożyskach było pośrednie, błony normalne. Połóg był zlekka gorączkowy, lecz bez ważniejszych zaburzeń. Położnica szybko powróciła do zdrowia.

Autor do opisu spostrzeżenia dodaje szereg wiadomości statystycznych o ciąży mnogiej z uwzględnieniem historii medycyny, nie podając kazuistyki nowszej, gdyż nie miał do dyspozycji biblioteki na gluchej prowincyi w głębi Rosyi. Jako referat do przypadków wyliczonych przez autora, dodaje spostrzeżenie z roku 1793 nie ogłoszone drukiem, na które zwrócił uwagę w Société d'Obstétrique w Paryżu dnia 18. XI 1909 WICKERSHEIMER. Spostrzeżenie to 19 thermidora roku VI było przesłane przez Société d'Agriculture et des Arts miasta Boulogne sur-Mer Towarzystwu Filomatycznemu w Paryżu. Urodziły się sześcioraczki, troje nieżywych i troje żywych, które zmarły po kilku godzinach. 4 chłopczyków i 2 dziewcząt. Ukształtowanie wszystkich było prawidłowe; co do wielkości, dzieci wyglądały jak plody 5—6-miesięczne (*L'Obstétrique Janvier, 1909, p. 73*).

PJETUCHOW i AKIMOW: Pięcioraczki. (*Żurn. Akusz. i Żensk. boljezniej, 1906, październik, p. 1076*). — de BLÉCOURT: Pięcioraczki holenderskie [patrz Fr. NEUGEBAUER: Ginekologia. Marzec, 1904, Nr. 2, p. 52]. — VORTISCH: Sześcioraczki. 1903, przez murzynkę urodzone na Złotem Pobrzeżu Afryki w Christiansborg [patrz F. NEUGEBAUER: *ibid.*]. W referacie w Ginekologii uwzględnieniem spostrzeżenia pięcio- lub sześcioraczek, które opisali MIRABEAU, DESSAULT, VOLKMANS, BARRAFALDI, SZEUR, KIRCH, POLJAKOW, KREBS, FLEISCHER, GALOPIN, SPROULE, VASSALI, WEINBERG. Dodają dziś, że 13. III, 1907 w Tow. Położniczym w Edynburgu FERGUSON demonstrował fotografię sześcioraczek, w Afryce południowej urodzonych. Kobieta owa już raz rodziła czworaczki, a 2 razy trojaczki, zapłodniona za każdym razem przez innego mężczyznę. (*Gyn. Rundschau, 1908, sess. 15, str. 563*).

VIII. EGINOW. Przypadek *kolpoaporrhzeos* z Roździestwiennego miejskiego przytułku Petersburgskiego położniczego — *Żurnal Akuszorstwa i Żenskich boljezniej—1908 Nr. 1, str. 85*). Do przytułku przywieziono rodzącą w stanie na wpół przytomnym, która rodzi od 6 godzin. Ponieważ poród nie postępował, a bole nagle ustały, akuszerka przewiozła rodzącą do przytułku, tem bardziej, że rodząca co chwila omdlewała. Wożono chorą po Petersburgu, lecz w czterech miejscach odmówiono przyjęcia z braku miejsca, nareszcie przywieziono ją do Roździestwiennego przytułku, gdzie została przyjętą. Kobieta owa rodziła troje dzieci na czasie i raz poroniła. Pierwsze dziecko, rodzone *sponte*, żyje, drugie wydobyto przy pośladowem położeniu nieżywe, trzecie poroniła, czwarte donoszone, wydobyte kleszczami, zmarło po kilku tygodniach. Miednica zwięzła dosyć znacznie, *conjugata externa* tylko 17 cent., *diagonalis* 8 cent. Krwotoku nie było. Omacywanie zdaje się ujawniać płód w jamie brzusznej, w prawej połowie brzucha, próżną macicę po stronie lewej. Palec wprowadzony *per vaginam* nie dochodzi do części przodującej, lecz wdraża do jakiejś jamy — jak się później pokazało — do jamy brzusznej. Wobec prawie zupełnego braku tętna zastosowano roztwór soli podskórnie i natychmiast przystąpiono do *laparotomii*. Po otwarciu jamy brzusznej natrafiono na łożysko już odklejone; pod łożyskiem znaleziono płód. Macica próżna, dobrze skurczona, leżała poniżej. Po usunięciu skrzepów krwi znaleziono oderwanie macicy od pochwy w przednim sklepieniu o brzegach rany dosyć równych. Otwór, przez który płód wyszedł z pochwy, przepuszcza cztery palce równocześnie. Usunięto macicę w całości, toaleta brzuszna, tampon od strony pochwy. Ranę brzuszną zaszyto. Przez trzy tygodnie

trwały wahania gorączki, ropień w prawem *ligamentum latum* na miejscu podwiązek. *Prima reunio* rany brzusznej. Chora po pięciu tygodniach opuściła przytułek w stanie dobrym.

Podług opisu autora wypada przypuszczać, że płód i łożysko weszły do jamy brzusznej nie na drodze pęknięcia macicy, lecz po wyjściu już do pochwy. W opisie wyraźnie powiedziano, że palec po wprowadzeniu do pochwy natrafił na dziurę na wysokości przedniej ściany pochwy, przez którą palec wzdrązał do jamy brzusznej.

Zwykle *kolpoaporrhaxis* następuje w sklepieniu tylnem. Nie zwykłą jest *kolpoaporrhaxis anterior*, a tem bardziej wdrażenie płodu, a nawet łożyska do jamy brzusznej taką drogą, o ile dane podane przez autora są rzeczywiście ściśle. — Podług faktycznych danych przypuszczaćby należało, że nie chodziło o *kolpoaporrhaxis*, a raczej o pęknięcie przedniej ściany macicy.

IX. E. ROSENSTIEL. Przypadek *kolpoaporrhaxeos* przy położeniu poprzecznem płodu. (*Gynaekologische Rundschau*. 1910, z. 5, str. 192).

Dnia 23. X. 1909 r. wezwano R. 13 wiorst za miasto do 34-letniej trzecioródki z powodu poprzecznego zaniedbanego położenia płodu. U tej samej osoby R. już trzy lata temu przy porodzie skonstatował położenie poprzeczne. Inny lekarz dokonał obrotu, wydobyć było bardzo trudne, ponieważ główka na końcu idąca utkwiała na wysokości wzgórk. Trzeba było wprowadzić głęboko rękę i zwrócić bródkę dziecka ku tyłowi. Dziecko urodziło się nieżywe. W r. 1908 *partus spontaneus cephalicus* pomimo wodogłowia. *Pelvis plana* o względnem wskazaniu do cięcia cesarskiego. *Conjugata vera* około 8 i pół cent.

Obecnie bole rozpoczęły się 22. X. po południu. R. przybył w nocy o godzinie 2-jej i pół, w 5 godzin po zgładzeniu się ujścia zewnętrznego. Akuszerka oświadczyła, że zdawało się jej, jak gdyby szykowało się samowywiązanie się dziecka, ponieważ główka prawie weszła do miednicy. Od owej chwili bole porodowe ustały. R. znalazł główkę po lewej stronie powyżej *fossa iliaca sinistra*, pośladki po prawej stronie. — Przy badaniu wewnątrzem R. natrafił od razu na oklejone już łożysko i wydobyl je zaraz, potem chciał dokonać obrotu i ekstrakcy i udało mu się wydobyć z macicy nóżkę jedną, obrotu zaś dokonać nie mógł. Nóżka ściągnięta leżała *in vulva*; obok nóżki R. wymacał w pochwie pętlę kiszkową, domyślał się więc, że zaszło pęknięcie macicy. Nie chcąc ryzykować ekstrakcy bez uspienia chorej, zawezwał innego lekarza do asystency. Obaj razem skonstatowali pęknięcie macicy i postanowili nie próbować ekstrakcy, a zawezwali telegraficznie prof. FREUND'a [jun.] ze Strasburga. Krwawienia nie było. Bolów nie było wcale, ogólny stan chorej lichej, tętno 150. Dziecko nie znajdowało się w jamie brzusznej. Brzuch silnie wzdęty, tak bolesny, że dokładne badanie było niemożliwe. Kateter wypuścił cokolwiek moczu krwawego. FREUND *sub narcosi* dokonał ekstrakcy martwego dziecka, przedziurawiając główkę na końcu idącą. Macica dobrze się skurczyła, jak poprzednio i sięgała na dwa palce poniżej pępka. Wobec tego pęknięcie macicy zdawało się nieprawdopodobnem. Badanie teraz ujawniło, że nie było pęknięcia macicy, lecz znaleziono drążące rozerwanie sklepienia pochwowego po lewej stronie, przez które pół ręki można było swobodnie do jamy brzusznej wprowadzić. Brzegi rozdarcia były zmiążdżone, ściany pochwy *ad maximum* rozciągnięte. Wobec tego, że już istniały oznaki zapalenia otrzewnej i że krwawienia nie było, FREUND ograniczył się na tamponacyi pochwy oraz rozdarcia gazą jodoformową wyjałowioną, tem bardziej, że warunki miejscowe nie sprzyjały interwencyi operacyjnej; prawdopodobnie, dodaje R., i w klinice operacyi nie byłoby się robiło w tym przypadku. Lód, dyeta i kamfora. Przebieg był pomyślny. Na drugi dzień brzuch był jeszcze wzdęty i wiatry nie odchodziły, lecz tętno wykazywało tylko 80 uderzeń na minutę przy ciepłocie 36, 4°C. Na trzeci dzień

już wzdęcie brzucha ustąpiło i nastąpiły wypróżnienia; dopiero na 9-y dzień ciepłota jeden raz podniosła się na 37,5° przy tętnie 104. Tampon, pozostawiony dotychczas w miejscu, śmierział. R. przypuszczał zatrzymanie wydzielin i tampon wtedy do połowy wyciągnął. Tętno zaraz zwolniło na 80 uderzeń. *Lochia* swobodniej się wydzielaly. Następnego czyli 10 dnia tampon samowolnie wydzielal się w całości. Kobieta szybko wyzdrowiała. Mechanizm rozdarcia samowolnego miał być taki, że macica, pomagając do samowyzwania się płodu, zepchnęła główkę ku dołowi oraz wytłoczyła miękki bark przodujący w ujście zupełnie rozwarłe oraz do pochwy, gdy ujście macicy cofało się ku górze. Nastąpiło rozciągnięcie ściany pochwy *ad maximum*, narreszcie pękła ta część kanału porodowego, której ściany były najcieńsze, mianowicie nastąpiło pęknięcie sklepienia pochwy. Autor do opisu dodaje kilka uwag statystycznych.

X. HALLIDAY CROOM. O przypadku transplantacji jajnika obcego z następczą ciążą. Czyje dziecko? (*Edinburgh Obstetrical Society. Maj 1906. Referat Zentr. f. Gyn. 1907, Nr. 10, p. 300.*)

21-letnia kobieta, zamężna od lat trzech, poroniła raz w trzecim miesiącu, od owego czasu *amenorrhoea* o typowych *molimina menstrualia*, coraz silniejszych. Wobec cierpień chorej autor implanutował jej dwa kawałki jajnika, usuniętego u 33-letniej innej kobiety, pomiędzy listkami jednego więzu szerokiego, równocześnie usunął on chorej oba jajniki drobnotorbielowo zwyrodniałe. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Po czterech miesiącach zjawił się peryod, trwający dni 5, a w 5 miesięcy później drugi peryod. W cztery lata po tej implantacji kawałków jajnika—ciąża i poród donoszonego dziecka, które położnica sama karmiła.

FREELAND BARBOUR twierdzi, że kwestya, czyje jest to dziecko może być rozstrzygnięta dopiero, gdy uda się ustanowić, czy przy owej ovariectomy nie pozostały kawałki jajników.

KEPPIE PATERSON wyraził zdanie, że dziecko należy do matki, od której wzięto części jajnika, i że kobieta, która dziecko urodziła, powinna być uważana za właścicielkę jajników obcych.

SCOTT CARMICHAEL dowiódł eksperymentalnie u zwierząt dojrzewania pęcherzyków w jajnikach, przeszczepionych z jednego zwierzęcia na drugie.

W danym przypadku trudność polega na rozstrzygnięciu kwestyi, czy rzeczywiście oba jajniki były w całości *sub castratione* usunięte, czy też nie?

DEWAR jest zdania, że w znaczeniu kodeksu dziecko powinno być uważane za nieprawe; w żadnym razie nie może być uważane za uprawnione do spadku.

RITCHIE: Chociażby rzeczywiście dziecko pochodziło z części implantowanych jajnika, to swoją drogą powinno być uważane za dziecko kobiety, która je urodziła, ponieważ substancja jajnika transplantowanego stała się częścią integralną, składową organizmu tej kobiety.

MACDONALD porusza myśl, czy nie możnaby podług typu czyli terminu miesiączki rozstrzygnąć kwestyi, czy transplantacja była udatna.

HALLIDAY CROOM twierdzi, że stanowczo usunął oba jajniki w całości *sub castratione*, trzeciego zaś jajnika nie widział. Prawą matką dziecka ma być kobieta, od której pochodzą części transplantowane jajnika, dziecko zatem jest bastarodem. Kobieta, która dziecko urodziła, poniekąd jest tylko wychowawczynią tego dziecka. Gdyby kobieta, która po implantacji dziecko rodziła, była za owe kawałki obcego jajnika tej innej kobiecie zapłaciła, kwestya pod względem prawnym zmieniłaby się zupełnie.

Cała sprawa czyni wrażenie jakiegoś *curiosum*, a jednak była poważnie dyskutowana. Gdy się zastanowić nad jej doniosłością, to rzeczywiście okazuje się ona ważną nie tylko naukowo, ale i z praktycznych względów.

Anglia, która odznacza się zwykle konserwatyżmem, pozostawiając wszelkie kroki nowe i śmiałe Francji, Niemcom i Ameryce, tym razem uprzedziła Francję owem zapożyczeniem jajnika obcego w celach terapeutycznych, tak świetnym wynikiem uwiecznionych!!!

Fr. Neugebauer.

54. M. Henkel (Greifswald). Przyczynek do cukromoczu u kobiet i badania doświadczalne nad powstawaniem tegoż.

Niewątpliwie istnieją przypadki cukromoczu, wiktającego choroby kobiece. BEYEA, GOTTSCHALK, KLEINWÄCHTER, SCHENNEMAN spostrzegali i zebraли kilkadziesiąt przypadków guzów macicy [zwłaszcza włókniaków] i guzów jajnika [torbieli], powikłanych moczówką cukrową, która po największej części znikała po usunięciu nowotworów. Autor spostrzegął trzy podobne przypadki [dwa włókniaki macicy i 1 torbielak jajnika], z których 2 opisuje szczegółowo: 1) Duży włókniak macicy, szybko rosnący. W moczu 3% cukru gronowego. Chora uskarżała się na nieznośne bóle w prawym boku i to skłoniło autora do wykonania operacji [pomimo niebezpieczeństwa związanego z obecnością cukru w moczu]. Usunięto przez cięcie brzuszne, pod uspianiem chloroformowem, macicę wraz z guzem [16 funtów ważącym]. Guz rozwijał się międzywiązadłowo [przyczyna bólów] i zawierał torbiele limfatyczne [wyjaśniające szybki wzrost guza]. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny i cukier znikł szybko z moczu po operacji. 2) Torbiel jajnika z objawami podrażnienia otrzewnej [zapewne z powodu skręcenia się szypuły]. W moczu wykryto cukier (0,3%). Po przecięciu ściany brzusznej wydobyto torbielak wielokomorowy jajnika lewego (*cystoma ovarii sin. multiloculare*) ze skręconą szypułą, jako też usunięto krwiak jajowodu (*haematosalpinx*) — razem wagi 3200 grm. Po operacji ilość cukru stale się zmniejszała i po 6-u już dniach cukru w moczu nie było.

Sądząc z tego, że cukier w obu przypadkach znikł z moczu po operacji, można przypuszczać, że najprawdopodobniej zależał od guzów. Guzy te były dużych rozmiarów. Lecz zjawienie się cukru w moczu zależy nie tyle od wielkości guzów, ile raczej od wytwarzających się nagle w guzach produktów przemiany materii, które wywołują zatrucie specyficzne organizmu. Produkty te najprawdopodobniej powodują podrażnienie włókien nerwu współczulnego, które objawia się glikozurą. HENKEL glikozurę taką nazywa *Intoxications-Diabetes*.

W przytoczonym pierwszym przypadku prędki wzrost włókniaka macicy, w drugim — skręcenie szypuły torbieli były najprawdopodobniej powodem nagłego wytworzenia się trujących produktów przemiany i jego skutków. HENKEL chciał doświadczalnie sprawdzić, czy możliwe jest wywołanie sztuczne glikozuryi przez zastrzyknięcie do organizmu wyciągu z włókniaka macicy [wyciśniętego świeżego soku z guza]. Zjawiłyby się powinny analogiczne objawy zatrucia i ewentualnie glikozurya. Jak dotychczas, wyniki tych prób były ujemne.

W każdym razie z historii choroby przytoczonych dwu przypadków wypływa jasno, że guzy organów płciowych kobiecych mogą wywołać glikozurę, która znika po usunięciu guzów. Dlatego też wbrew zasadzie nieoperowania chorych, dotkniętych moczówką cukrową, należy w przypadkach guzów, powikłanych glikozurą, szybko przystąpić do operacji, bo razem z usunięciem guza zniknie i cukier z moczu. W przypadkach glikozuryi, zależnej od zatrucia produktami guzów brzusznych, ilość cukru w moczu bywa zwykle nieznaczna, ilość moczu nie bywa zwiększona i chore nie odczuwają pragnienia (najprawdopodobniej więc nie jest to prawdziwa moczówka cukrowa).

(*Deutsch. med. Wochschr.* 1909. Nr. 46).

M. Zweigbaum.

55. Kleinhans [Praga]. Zakażenie połogowe przez pośrednictwo krwi.

Już przed 10 u laty ROSTHORN zwrócił uwagę, że możliwe jest podczas ciąży i połogu przeniesienie się zakażenia z jakiegokolwiek ogniska zapalnego, znajdującego się wtedy właśnie w ustroju, na narząd płciowy. Najczęściej ogniskiem takim bywa zapalenie płuc, wywołane przez diplokokki. Rzadziej powód do zakażenia wewnętrznego przerzutowego organów płciowych daje układ limfatyczny szyi, choć znane już są przypadki posocznicy połogowej, której punktem wyjścia było zapalenie paciorkowcowe migdałków [zakażenie mieszane z zakażeniem niby błoniczym—ROSTHORN, HERFF, MERKEL, HENKEL]. Niestety, w takich razach rzadko polegać można w celu rozpoznawczym na objawach klinicznych, gdyż albo nie są typowe, albo przemijają rzadko. Należytą ocenę zależności posocznicy połogowej od zapalenia migdałków najczęściej dostarczyć może dopiero badanie pośmiertne zwłok, ujawniające trójkę zmian charakterystycznych dla tej zależności, a mianowicie: 1) małe ogniska ropne w migdałkach i zmiany zapalne w głęboko usadowionych guziczkach limfatycznych, 2) zmiany w macicy, dowodzące przebytego poronienia lub przedwczesnego porodu, gdyż przerwanie ciąży jest częstym następstwem zakażenia przerzutowego i 3) brak zupełny zmian zapalnych na wewnętrznej powierzchni macicy, lub też obecność zmian nieznacznych, zwłaszcza na miejscu przyczepu łożyska, w przeciwstawieniu do bardzo wydatnych zmian zapalnych, których dostarczać zwykło zakażenie pochodzenia zewnętrznego.

(*Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. 1909. Lipsk, str. 299*).
M. Zwejbaum.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie 26 go listopada 1909 r.

1. LEŚNIEWSKI pokazał szpilkę podwójną, 8 ctm. długości, obficie pokrytą złogami soli, wydobytą przez cewkę moczową u 30 - kilkoletniej dziewczycy.

2. Józef JAKOWSKI przedstawił włókniak, wielkości pięści, który urodził się tuż przed odejściem łożyska przy uciskaniu macicy. U chorej tej z powodu rzucawki zrobiono w uspieniu chloroformem obrót na nóżkę z wymóżdżeniem następującej główki nieżywego płodu.

3. J. JAKOWSKI przytoczył przypadek wrodzonej przepukliny sznurka pępkowego, operowany na 2 i dzień po porodzie; po 5-u tygodniach dziecko zmarło z powodu przetoki kałowej, która wytworzyła się po operacji w ścianie brzusznej.

4. RECHNIEWSKA podała przypadek krwawiączki u 17 letniej panny. W dyskusyi nad kwestyą krwawiączki zabierali głos: JAWORSKI, NEUGEBAUER, który między innymi streścił najnowszą pracę L. FRAENKEL'a i L. BOCHMA „Genitalblutungen bei Haemophilie” (zeszyt październikowy r. b. Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie), STANKIEWICZ Cz., ZWEJGBAUM.

5. STANKIEWICZ Cz. przedstawił kilkanaście preparatów włókniaków macicy. W dyskusyi przemawiali LEŚNIEWSKI, MONSIORSKI, NATANSON, LORENTOWICZ i LEJZEROWICZ.

Posiedzenie dnia 31 Grudnia 1909 r.

Przewodniczący poświęcił gorące wspomnienie przedwcześnie zmarłemu

ś. p. A. KARCZEWSKIEMU.

1. LEBENSBAUM przedstawił preparat ciąży jajowodowej prawostronnej.

2. NATANSON przedstawił preparaty otrzymane przy operacji: a) *Lipoma coli transversi*, guz ten z powodu ogólnej *enteroptosis* u 47-letniej chorej leżał w małej miednicy z lewej strony macicy; b) macicę wyciętą nadpochwowo wraz z przydatkami z powodu *pyosalpinx bilateralis et cystomata intra-ligament. bilat.*

3. ZWEJGBAUM wypowiedział odczyt p. t. „Przypadek cukromoczu u ciężarnej”. Odczyt ten *in extenso* mieści się w niniejszym N-rze Gazety. W dyskusji brali udział: NATANSON, JAWORSKI, LEBENSBAUM, LEŚNIEWSKI.

Wł. Staniszewski.

Wiadomości drobne.

18. J. RUDISCH. Leczenie moczówki cukrowej.

Nie należy podawać nadmiaru tłuszczów; najlepszą jest oliwa. Ilość ciepłotek musi być niższą od normy. Uczucie głodu najlepiej zwalczać przez podawanie szpinaku, pomidorów, kapusty. Najlepiej działa dieta pzbawiona cukru wraz z podawaniem codziennem sody (30—40 grm.). Makowiec skutecznie zwalcza objawy nerwowe. Atropina w większych dawkach zmniejsza ilość cukru w moczu i podnosi tolerancję dla węglowodanów. Autor podaje historie choroby dzieci i młodzieży, leczonych skutecznie według powyższych zasad.

(Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 1).

P.

19. SARVEY (Rostok) poleca *jodipinę* (połączenie oleju sezamowego z chlorkiem jodu), jako środek pomocniczy w walce z gorączką połogową, albowiem *jodipina* wywołuje silną hiperleukocytozę i dostarcza jodu, który się w ciele odkłada na czas dłuższy. W ośmiu przypadkach zakażenia połogowego (*parametritis*, *pyelitis*, *peritonismus*, *sepsis*, *pyaemia*), w których zastosowano *jodipinę*, mógł S. przeważnie stwierdzić spadek gorączki, poprawę stanu ogólnego i wreszcie wyzdrowienie. *Jodipinę* MERCK'a stosuje S. po ogrzaniu podskórnie w dawce 10 i 5 ctm. sz., często powtarzanej.

(Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Gynaek. 1909. Lipsk, str. 380).

Z.

20. AUSEMS (Holandia) stosował z dobrym skutkiem *młecz an w a p n i a* (3 grm. dziennie) w krwotokach u położnic. Środek ten stosował u kobiet, mających skłonność do krwotoków na kilka dni lub kilka tygodni przed porodem. W przypadkach poronień środek ten okazał się mniej skutecznym. Zato działał dobrze w przypadku silnego krwotoku macicznego u 13-letniej dziewczynki, w którym nie działała *ergotyna* ani *Hydrastis*.

Semaine méd. 1910, Nr. 11).

P.

21. W. Blair-Bell. Wartość lecznicza przysadki mózgowej.

Wartość tę posiada tylko wyciąg z jej części lejkowatej, podnosząc ciśnienie krwi zwłaszcza w zapaści [np. po operacjach]. Wyciąg ten wzmaga skurcze macicy ciężarnej, jak o tem autor miał sposobność przekonać się w 2-u przyp. cięcia cesarskiego, wskutek czego rokuje mu przyszłość w położnictwie. Wyciąg wywołuje silny ruch robaczkowy kiszek i okazał się skutecznym w porażeniu tyche. Uderzenia serca stają się z początku szybsze potem wolniejsze i silniejsze przy zwiększonym oddawaniu moczu. Istota działająca nie jest jeszcze wyodrębniona.

(Brit. med. Jour. 1909. 11. XII).

P.

Wiadomości bieżące.

— Wyszło z druku w tłumaczeniu kol. Władysława Chodreckiego dzieło K. FLUEGGE'go p. t. „Zarys higieny dla lekarzy, studentów, urzędników sanitarnych i administracyjnych” według 6-go wydania [1907]. Tłumacz ofiarował swą pracę i nakład książki Towarzystwu Higienicznemu Warszawskiemu, aby mogło poświęcić dochód z niej na inne wydawnictwa higieniczne. Dzieło obejmuje 670 stron druku [tłumaczenie 1-go wydania w r. 1891 obejmowało 587]. Cena 5 rub., dla członków zaś Tow. Hyg. i dla studentów medycyny 2 r. 50 k. Wkrótce podamy obszerniejsze sprawozdanie o tem pożytecznym wydawnictwie, zasługującym, ze względu na swój przedmiot, na jak najszersze rozpowszechnienie.

— Liczba uczestników Kasy chorych lekarzy w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich powiększyła się w marcu o 10-u i wynosi obecnie 130, którzy wnieśli wpisu wego rub. 650. Wyplacono w ciągu ubiegłego miesiąca jednemu z kolegów za 8 dni choroby rub. 24, co łącznie z odszkodowaniem, wyplaconem w lutym stanowi rub. 109. Wobec tego, że kapitał zakładowy zmniejszył się już prawie o $\frac{1}{5}$, postanowiono, w myśl ustawy, zażądać od uczestników po 2-u miesiącach istnienia kasy pierwszej dopłaty w kwocie rub. 1.

— Pisma codzienne donoszą, że w Wieńcu pod Włocławkiem, majątku barona KRONENBERGA, wytrysnęło nowe źródło wody mineralnej, którego wydajność wynosi 1200 litrów na minutę. Analizę wody wykonywa pracownia kol. SERKOWSKIEGO.

— Prof. SZCZEPAN ZALESKI został delegowany do Paryża na III międzynarodowy Zjazd fizyoterapeutyczny, jako przedstawiciel ministerium handlu i przemysłu.

— Z powodu skargi dra med. DĄCZAKOWEJ na decyzję ministra oświaty, senat rządzący orzekł, że kobiety nie mogą w Rosyi być profesorami uniwersytetu.

— Z rozporządzenia ministerium spraw wewnętrznych postanowiono wycofać z handlu środki lecznicze, wyrabiane w Londynie: „*Morisons Vegetable Pills*” i „*Morisons Vegetable Cathar the Pills*”.

— W moskiewskiej komisji egzaminacyjnej dla lekarzy, którzy ukończyli studia za granicą i pragną uzyskać dyplom rosyjski, wprowadzono ograniczenie, polegające na tem, że komplet zdających wynosić może tylko 20 osób.

— Na konkurs imienia ALVARENG'ą, w którym nagroda wynosi 800 marek, Towarzystwo HUFELANDA wyznaczyło temat: Istota i leczenie choroby BASEDOW'ą. Prace w języku niemieckim nadsyłać należy do 1-go marca r. 1911 do profesora H. STRAUSS'ą. Berlin, Kurfürstendamm 239.

— W dniu 22-go lutego w Berlinie w audytorium *Kaiserin Friedrich-Hauses* odbywał się pokaz kinematograficzny różnych zabiegów operacyjnych. Pokazywano między innymi: amputację goleni, robioną przez BERGMANN'ą, laparotomię DOYEN'ą, leczenie skoliozy metody KLAPPA w klinice BIER'ą; demonstrowano również uderzenia serca, ruchy robaczkowe żołądka i kiszki u żaby, wyniki badania za pomocą promieni ROENTGEN'ą ruchów żołądka ludzkiego podczas trawienia i t. p.

— VI francuski Zjazd ginekologów, akuszerów i pedyatrów odbędzie się w Tuluzie 22-go—27-go września r. b. pod przewodnictwem prof. KIRMISSONA. Po Zjeździe odbędzie się wycieczka w Pireneje. Wiadomości udziela sekretarz Zjazdu prof. AUDEBERT. 1 Place Matabian, Toulouse.

— Werona zapoczątkowała zbieranie składek międzynarodowych na pomnik LOMBROSO'ą i przeznaczyła na ten cel 5000 lirów.

— W Nrze 1-ym „*Journal médical de Bruxelles*” znajduje się praca dra WALRAVEUS'ą p. t. „Przypadek wrodzonego *anus vulv.* u kobiety 30-letniej. Rysunki, ilustrujące tę pracę, uznane zostały za niecenzuralne i pisma nie wpuszczono do Anglii (!). Słusznie żąda *Brit. med. Journal*, aby cenzurę prac lekarskich przekazać osobom bardziej kompetentnym.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.