

Mąka glutenowa

dla diabetyków

Fabr. Th. de GAND w CAMBRAI (Nord)

Skład w Aptace **K. WENDY**

45. Krakowskie - Przedmieście 45.
w Warszawie.

STERYLIZOWANA Wata, Gazę hykr. i jodoformową, Kaszt. jodowy i ligatury, Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwór soli z przyrządem, Żelatyne 5%, Automatyczne zamyskadła do irygatorów i t. d. poleca

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA

D-ra BORZYMOWSKIEGO

Warszawa, Złota 36.

Wyprawki połogowe po 70 kop. (szczęotka, serwetki do kroczka, tasiemka, bandaż, tampony, gaza)

Pensyonat Letni i Mleczarnia J. Gołembiewskiego

w Świdrze przy stacyi ——— willa „Emilia”

Poleca pokoje komfortowo urządzone w cenie od 2 do 5 rubli z całodziennem utrzymaniem i usługą. Sezon od 1 Maja. Pomoc lekarska na żądanie. Suchotnicy wyłączeni. Kąpiel rzeczna.

Wody mineralne z firmy „Motor”.

Julja Szoberowa

w Warszawie, ——— Żórawia 7.

Poleca pasy brzuszne: dziane, fiszbinowe i elastyczne, pasy miesięczne z poduszkami, gorsety higieniczne i zwyczajne, napierśniki, szelki do prostego trzymania się i t. p. : : :

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu

pod redakcją

Dr. Heliodora Święckiego

Treść „Nowin” obejmuje następujące działy:

A. Prace oryginalne. 1) Treściwe „doniesienia” oryginalne („tymczasowe”) o wynikach prac badaczy polskich. 2) Prace oryginalne i spostrzeżenia z praktyki.

B. Dział sprawozdawczy.

I. Streszczenia zbiorowe (ze wszystkich działów nauk lekarskich). II. Sprawozdania i drobniejsze wiadomości z następujących działów: 1) Anatomia, fizjologia, embryologia. 2) Anatomia patologiczna, patologia doświadczalna, bakteriologia. 3) Chemia lekarska, farmakologia, toksykologia. 4) Medycyna wewnętrzna, balneologia i t. d. 5) Choroby dzieci. 6) Choroby nerwowe i umysłowe. 7) Chirurgia: a) ogólna, b) głowy i szyi, c) klatki piersiowej, d) jamy brzusznej i narządu moczopłciowego, e) kręgosłupa, miednicy i kończyn; ortopedia. 8) Choroby gardła, nosa, krtani i uszu. 9) Dentystyka. 10) Oftalmologia. 11) Ginekologia i położnictwo. 12) Choroby skórne i weneryczne. 13) Hygiena. 14) Medycyna sądowa. III. Zapiski lecznicze i nowsze przyrządy lekarskie. IV. Przegląd prasy lekarskiej polskiej. V. Ruch w Towarzystwach i zjazdach lekarskie: a) zagraniczne, b) krajowe. VI. Korespondencye z ognisk ruchu naukowego i zawodowego: a) zagranicą, b) w kraju. VII. Sprawy zawodowe. VIII. Oceny. Bibliografia. IX. Odcinek. X. Wiadomości bieżące. Rozmaitości. Kronika osobowa i żałobna.

Przedpłata wynosi z przesyłką pocztową: Rocznie w Niemczech marek 16, w Austrii koron 18, w Król. Polskiem i Rosyi rubli 8, we Francyi i Belgii franków 20.

Przedpłatę przyjmuje dr. Franciszek Zakrzewski. Poznań, ulica Rycerska Nr 29; w Krakowie księgarnia Krzyżanowskiego; we Lwowie Gubrynowicz i Schmidt; na Królestwo Polskie ma główny debet księgarnia Wendego i Sp. w Warszawie; w Wilnie księgarnia Zawadzkiego; w Kijowie księgarnia Idzikowskiego; w Petersburgu księgarnia Grendyszyńskiego; nadto wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego. Każdorazowy numer „Nowin Lekarskich” wysyła ekspedycya abonentom wprost pod opaską.

Numer okazowy otrzymać można na żądanie darmo i opiatnie, tak wprost z ekspedycyi Now. lek., jak również z księgarni Wendego i Sp. w Warszawie.

DOM ZDROWIA

D-ra Gustawa Chodakowskiego

w Warszawie, Wróbla Nr 14.

Przyjmuje na stały pobyt z chorobami kobiecemi, chirurgicznymi, wewnętrznymi, oraz osoby spodziewające się słabości — za opłatą dzienną Rb. 1 kop. 50 — 4 Rb.

Dr. OSKAR GOLDBERG, Wielka № 47, Telefonu 4670.

Gorące kąpiele powietrzne

ogólne i miejscowe (80—150° C.)

przy chorobach kobiecych:

Parametritis, Perimetritis, Abscessus ante et post incisionem, Peritonitis adhaesiva, Adnexitis (gonorr.), Metritis, Fistulae parietis abdominalis, Infantilismus genitalium (Amenorrhoe), Nephritis gravidarum, Adipositas.

Na miejscu lub w mieszkaniu chorej.

Informacje osobiście (między 2—3 i od 5—6) i listownie.

L I T E R A T U R A :

Polano. Centralbl. f. Gyn. 1901, № 30; 1902, № 37.

Kehrer, Thomson Ibidem, 1901, № 52.

Dützmänn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1902, № 1.

Der Frauenarzt, XVII Jahrg. Heft 2, p. 78.

Bürger (klinika Schauty). Wien. klin. Wochenschr. 1903, № 28.

Tuszkaj. Zjazd przyrodn. i lekarzy w Kassel, 1903.

Frankl. Centralblatt f. Gynaek. 1904, № 16.

Warszawski Zakład GINEKOLOGICZNY

Marszałkowska Nr. 45, Telefonu Nr. 3114,

D-rów Boryssowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości.

— Opłata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5. —

Centralne Biuro Ogłoszeń.

L. i E. METZL i S-KA

DOM HANDLOWY

Warszawa, Krakowskie-Przedmieście 53. Tel. 2099.

przyjmuje prenumeratę i ogłoszenia do wszystkich pism polskich, rossyjskich i zagranicznych.

Udziela wskazówek, tyczących się skutecznej reklamy, sporządza kosztorysy, układa ogłoszenia i tłumaczy na wszystkie języki bezpłatnie.

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

TREŚĆ.

I. PRACE ORYGINALNE.

- Sprawozdanie z dziesięciolecia (1895—1905) kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego radcy dworu prof. Dr. Henryka Jordana.
- Prof. **H. Jordan**, Kraków. Wstępne słowo 67
- Docent **S. Dobrowolski**, Kraków. Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej. 70
- F. Neugebauer**, Warszawa. Trzy spostrzeżenia zwężenia miednicy różnego pochodzenia (z 57 rysunkami) (c. d.) 87

II. SPRAWOZDANIA.

- Pohorecký. Cięża pozamaciczna z donoszonym płodem.—Worrall. Migratio extrauterina ovi przy ciążyach pozamacicznych.—W. D. Haggard. Usunięcie kości płodu pozamacicznego z pęcherza moczowego na drodze cystotomie vaginalis. — E. M. Kurdinowski. Fizyologiczne i farmakologiczne doświadczenia nad odosobnioną matką.—Jung. Badania nad umieraniem narządów rodnych kobiecych. — Ph. Jung. Przyczyny kraurosis sromu. — E. Ihm. O znaczeniu gorączki podczas porodu 107

III. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

- Towarzystwo ginekologiczne krakowskie 115
- Towarzystwo lekarzy Polaków w Petersburgu 116
- Sekcja ginekologiczna warszawska 119

IV. OCENY.

- R. Karczewski** i **Z. Koronkiewicz**. O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycięcia macicy, ocenił J. Rosenthal 122

V. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

- Wiadomości zawodowe i ogólnolekarskie. — Towarzystwa lekarskie. — Zjazdy lekarskie. — Wiadomości drobniejsze różnej treści.—Wiadomości osobowe. 124

VI. ZAPISKI LECZNICZE.

- Wyjaławianie wody.—Dionina. 128

VII. OGŁOSZENIA.

SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.
La clinique obstétricale et gynécologique de Cracovie (Université de Jagellon) pendant dix années (1895—1905), par M. le prof. de Jordan et M. Dobrowolski (de Cracovie).
Trois cas de bassins viciés d'origine différente (avec 57 dessins), par M. Fr. de Neugebauer (de Varsovie).
- II. ANALYSÉS.
Pohorecký, Worrall, W. D. Haggard, E. M. Kurdinowski, Jung, Ph. Jung, E. Ihm.
- III. SOCIÉTÉS MÉDICALES.
Société gynécologique de Cracovie.
Société des médecins polonais de Pétersbourg.
Société gynécologique de Varsovie.
- IV. CRITIQUE.
- V. NOUVELLES.
- VI. NOTES THÉRAPEUTIQUES.
- VII. ANNONCES.

INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.
Ein Decennium (1895—1905) der Tätigkeit der Krakauer geburtshilflich-gynäkologischen Klinik (Jagellonische Universität), von prof. v. Jordan u. S. Dobrowolski (Krakau).
Drei Fälle von Beckenverengerungen verschiedener Entstehung, von Fr. v. Neugebauer (Warschau).
- II. REFERATE.
Pohorecký, Worrall, W. D. Haggard, E. M. Kurdinowski, Jung, Ph. Jung, E. Ihm.
- III. AERZTLICHE GESELLSCHAFTEN.
Krakauer gynaekologische Gesellschaft
Gesellschaft der polnischen Aerzte in Petersburg.
Warschauer gynäkologische Gesellschaft.
- IV. KRITIKEN.
- V. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- VI. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
- VII. ANNONCEN.

I.

PRACE ORYGINALNE

SPRAWOZDANIE

z dziesięciolecia (1893—1903) Kliniki Położni-
czo-Ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego

Radcy Dworu Prof. Dra HENRYKA JORDANA.

WSTĘPNE SŁOWO.

Sprawozdanie poniższe obejmuje okres czasu od 1/10 1893—1/10 1903 r. Odpowiada to pierwszemu dziesięcioleciu działalności mojej w klinice położniczo-ginekologicznej krakowskiej, której kierownictwo z powodu choroby a następnie śmierci ś. p. Madurowicza w listopadzie 1893 r. objąłem. W czasie tym zmieniły się bardzo znacznie stosunki kliniki. W pierwszych pięciu latach zajmowała ona tylko parterowe ubikacje budynku, który następnie w całości do jej użytku oddany został. Okoliczność to ważna, i na nią uwagę zwrócić muszę, wiadomo bowiem, że wyniki leczenia naszego zależą nietylko od zasad postępowania, jakich się trzymamy, od zręczności operatora i od czystości, zastosowanej przez osoby, stykające się z chora, lecz niemal w równej mierze od stosunków lokalnych, te zaś były w pierwszych pięciu latach w mej klinice odpowiednio do dzisiejszych wymogów wprost oplakane. Dość powiedzieć, że sala, w której odbywały się codziennie wykłady dla kilkudziesięciu uczniów i osobno dla kilkudziesięciu uczennic (położnych), była zarazem jedyną salą porodową dla wszystkich porodów czystych i septycznych, równocześnie jedyną salą operacyjną dla wszystkich chorych ginekologicznych i zarazem miejscem, w którym załatwiano wcale liczne ambulatoryum kliniczne; podobnie niemożliwym było w pięciu pokojach, dla trzydziestu chorych przeznaczonych, odosobnić ściśle położnice gorączkujące od zdrowych oraz rozdzielić odpowiednio chore

ginekologiczne. W r. 1897 zmieniły się te przykre stosunki na lepsze. Klinika okulistyczna, umieszczona dotychczas na pierwszym piętrze ponad kliniką położniczą, przeniosła się do osobnego nowego budynku, pozostawiając swój dotychczasowy lokal klinice mojej, która w ten sposób otrzymała osobną salę wykładową, małą salę laparotomijną z przyległym pokojem dla przygotowań do operacji, osobny pokój dla ambulatoryum, pokój na bibliotekę z czytelnią i pięć pokoi dla chorych; znalazło się też miejsce na pomieszczenie zbiorów naukowych oraz osobny pokój, w którym urządziłem pracownię dla badań histologicznych i bakteriologicznych; równocześnie liczbę łóżek w klinice powiększono z 30 na 50. Pomimo to pozostały jeszcze ogromne braki w urządzeniu kliniki, którym zaradzić nie można, w części z powodu niedostateczności funduszków, którymi klinika rozporządza, w większej zaś części z powodu, iż w starym domu, budowanym na mieszkanie a nie na klinikę, na przeprowadzenie wielu urządzeń miejsca stosownego niema. Że takie stosunki niekorzystnie odbijać się w pewnej mierze musiały w wynikach leczenia, to jasne; im tylko przypisać muszę to, że dwa razy rozszerzyła się w klinice endemia septyczna, sprowadzona przez zanieczyszczone chore z miasta, w następstwie czego w krótkim okresie czasu kilkanaście położnic i chorych ginekologicznych rozchorowało się, a kilka umarło. Że się to częściej nie powtórzyło, że odsetek zachorzeń i śmierci położnic z zakażenia septycznego (nie licząc tych, które już zakażone i gorączkujące do kliniki się dostały) nie przekroczył miary, spostrzeganej w innych nowocześnie urządzonych klinikach, że ropienie ran po laparotomiach tylko wyjątkowo i Nielicznie się zdarzało, a śmiertelność z zakażenia septycznego po ciężkich zabiegach ginekologicznych (wyjąwszy w okresie wspomnianych dwóch endemij) mało przewyższała śmiertelność, w innych wzorowych zakładach spostrzeganą, to przypisuję wzorowej skrupulatności i niez mordowanej pracowitości moich byłych pomocników, asystentów, za co im tu serdeczną moją wdzięczność wyrażam; byli to w pierwszym pięcioleciu pp. doktorzy: Aleksander Rosner, ś. p. Ludwik Świtalski, Władysław Mikucki i Maryan Doliński, w drugim pięcioleciu: Stanisław Dobrowolski, Wiktor Stankiewicz i Bruno Wojciechowski; im pomagali liczni lekarze praktykanci, których spis na końcu sprawozdania będzie umieszczony.

Dodać tu jeszcze muszę, iż prowadząc klinikę uniwersytecką, pamiętałem zawsze, że jej najpierwszem zadaniem jest nauczanie,

i dbałem o to, by każdy przypadek pod względem dydaktycznym należycie był wyzyskany. Odpowiednio temu cały materiał kliniczny (z nader nielicznymi wyjątkami) podlegał wielokrotnym badaniom przez asystentów, uczniów i lekarzy praktykantów.

Sprawozdanie poniższe spisane zostało przez trzech ostatnich moich asystentów według planu i sposobu, który wspólnie omówiliśmy; z oddziału położniczego zdaje sprawę docent dr. S. Dobrowolski, z ginekologicznego — dr. Stankiewicz, dr. Wojciechowski opracował niektóre działy z położnictwa i ginekologii i zdał sprawę z całego ruchu chorych przychodnich. Żałuję szczerze, że ta ostatnia część sprawozdania, szczegółowo opracowana, nie będzie mogła być jako zbyt obszerna w całości podana.

W końcu niech mi wolno będzie zaznaczyć, iż sprawozdanie to puszczam w świat przez poczucie obowiązku, aby społeczeństwo, które na klinikę łoży i ją zaufaniem obdarza, wiedziało, co i jak w niej się dzieje, oraz w zamiarze przysłużenia się licznym byłym uczniom kliniki przez przypomnienie im tych wszystkich zasad, które klinika krakowska za dobre uznaje i przestrzegać w praktyce zaleca.

Prof. D. Henryk Jordan

Sprawozdanie z Kliniki Położniczej

zestawił

Doc. Dr. STANISŁAW DOBROWOLSKI

Asystent kliniki.

I. RUCH CHORYCH.

W czasie, z którego zdajemy sprawozdanie, przyjęto do kliniki położniczej w ogóle 3154 kobiet ciężarnych i rodzących. Z tych urodziło w klinice 2475; poronień, ukończonych w klinice, było 141 (4,5%), porodów zaśnwiadu groniastego—9 (1:350), uwięźnięć macicy ciężarnej tyłozgiętej—6 (1:525) i dwie ciąży pozamaciczne przenoszone. Do szpitala przeniesiono przed porodem 427 kobiet, a 94 wyszło przed porodem do domu. Porodów ulicznych przyjęto do kliniki 16. Wytłomaczenia bliższego wymaga stosunkowo wysoka liczba kobiet, przeniesionych na poród do szpitala. Pocho dzi to częścią z braku miejsca w klinice, która w pierwszych pięciu latach, objętych sprawozdaniem, rozporządzała tylko piętnastoma łózkami dla położnic, a obecnie ma ich również zaledwie dwadzieścia, skutkiem czego nie zawsze można ciężarne, przyjęte do kliniki, pozostawić na poród w klinice; częścią działo się to przez wzgląd na szkołę położnych, która potrzebuje znacznej liczby porodów dla licznych uczennic. Zupełnie prawidłowe przypadki pozostawia się zwykle tylko z początkiem roku szkolnego w klinice, skoro zaś materyał ten staje się zbędnym ze względów dydaktycznych, odsyła się je do szkoły położnych. Niejednokrotnie wreszcie musiano się liczyć z nazbyt skromną dotacją kliniczną i odsyłać z tego powodu mniej ciekawe przypadki do szkoły położnych.

Nasza sala porodowa i sale położnic mogą swemi urządzeniami zadowolić skromne wymagania chorych klinicznych, ale pomieszczenie dla ciężarnych jest wprost okropne; nie zatem dziwnego, że nierzadko ciężarne cokolwiek zasobniejsze żądają wypisania do domu i zgłaszają się na klinikę zazwyczaj dopiero jako rodzące; to tłumaczy liczbę 94 ciężarnych, wypisanych przed porodem do domu.

Każda ciężarna i każda rodząca, zgłaszająca się do kliniki,

dostaje kąpiel nasiadową, w której służąca obmywa jej dokładnie mydłem okolice sromową. Ten rodzaj przygotowania rodzącej do badania daje nam dobre wyniki, i nie możemy się skarżyć na przebieg pólógów, aczkolwiek nie wątpimy ani na chwilę, że kąpiel w wodzie bieżącej znacznie więcej odpowiada warunkom aseptycznym; potrzebne ku temu urządzenie nie da się jednak w naszej obecnej klinice przeprowadzić.

W ten sposób obmyta ciężarna, względnie rodząca, dostaje się na salę porodową, tutaj obleka się ją w świeżą bieliznę i układa na łóżku. Każdą bada zaraz asystent kliniczny, względnie lekarz dyżurny lub akuszerka, i trzech studentów dyżurnych, o ile niema wyraźnego przeciwwskazania do tak licznego badania. Wyniki badania ciężarnych i rodzących spisuje się na odpowiednich formularzach drukowanych, co ma tę wielką zaletę, że wszystkie historie ciąży i porodu są dokładne i przejrzyste. Opisuje się szczegółowo: 1) wywiady, 2) stan ogólny, 3) sutki, 4) brzuch, 5) macicę, 6) płód, 7) miednicę i 8) obraz badania wewnętrznego. W historyach ciężarnych notuje się następnie dalszy przebieg ciąży, w historyach zaś rodzących cały przebieg porodu, ciężar i wymiary płodu oraz wszystkie właściwości jego jako też popłodu. Tak w historyach ciąży, jak i porodu widnieje w nagłówku dokładne rozpoznanie.

Jeszcze słów kilka wspomnieć należy, w jaki sposób w naszej klinice przeprowadza się dezynfekcyę rąk przed badaniem wewnętrznem, gdyż, jak z powyższego opisu wynika, ze względów dydaktycznych każdą rodzącą lub ciężarną badają zwykle przynajmniej cztery osoby. Po skróceniu i wygładzeniu paznokci i po mechanicznem ich oczyszczeniu szoruje się ręce mydłem i wodą przy pomocy szczotki przez 5 minut, następnie wyciera się je spirytusem przez 1 minutę, a wreszcie myje przez 5 minut w 1^o/₁₀₀ roztworze sublimatu, oczyszczając dokładnie łożysko paznokci wacikami, w sublimacie zanurzonymi.

Przestrzykiwań pochwy przed porodem w celu jej oczyszczenia nigdy nie robimy w przypadkach niezakażonych poza kliniką, nie chcąc raczej szkodzić, aniżeli pomagać do czystości porodu.

Przy prowadzeniu porodów posługujemy się więcej antyseptyką, aniżeli aseptyką z braku urządzeń, których w obecnym budynku kliniki wykonaćby się nie udało. Dość wspomnieć, że w całej klinice niema ani jednej umywalki z wodą sterylizowaną.

II. RUCH CHORYCH W POSZCZEGÓLNYCH LATACH.

Ruch chorych w poszczególnych latach był dosyć stały, gdyż wahał się między liczbą 280 a 345, a i tych wahań nie byłoby, gdyby nie to, że klinika kilkakrotnie nie mogła być otwarta przez całe dziesięć miesięcy roku szkolnego, bądź z braku odpowiednich funduszków, bądź z powodu niezbędnych w starym budynku prze-róbek.

W podziale niniejszym omawiać będziemy tylko okoliczności, odnoszące się do porodów, które odbyły się w klinice, gdyż o poronieniach mówić będziemy w osobnym podziale.

Otóż w ciągu ostatnich lat dziesięciu z pomiędzy 2492 kobiet, które rodziły w klinice, było pierwiastek 1024, wieloródek 1468,—zameężnych 839 (33%), niezameężnych 1653. Nie chcąc czytelnika nużyć, nie podajemy stosunku liczb w pojedynczych latach, ale zaznaczamy, że ilość zameężnych kobiet, szukających w klinice pomieszczenia na poród, z roku na rok stale wzrasta, co tłumaczy się wzrostem zaufania publiczności do kliniki mimo bardzo skromnego jej urządzenia. Naturalnie nie można nawet zamarzyć o tem, jak radzi Chrobak, by kobiety zameężne lokować oddzielnie i nie przepelniać niemi sal położnic, aby, nie błędząc przeciw zasadom higieny, dopuszczać do nich najbliższą rodzinę. Materiał kobiet zameężnych jest dla kliniki każdej bardzo pożądany, gdyż kobiety zameężne szukają opieki w klinikach o wiele częściej z powodu rozmaitych powikłań porodowych, niż z powodu wielkiego ubóstwa.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że krakowska klinika położnicza miałaby o wiele więcej porodów ciężkich właśnie u tych kobiet, gdyby im mogła więcej dostarczyć wygody.

III. PŁODY URODZONE.

Na 2475 porodów urodziło się 2160 dzieci żywych, a 364 dzieci nieżywych (około 14%); porodów bliźniaczych było 66 (2,7%), a porodów trojaków—trzy. Z 364 płodów nieżywych urodzonych było 89 płodów zmacerowanych, trzy płody pergaminowe (foetus papyraceus), 24 płody zmarłe świeżo przed porodem, a 248 (10%) zmarłych podczas porodu. Przyczyny śmierci płodów podczas porodu były następujące:

Wymóżdzenie.	53 razy.
Położenie poprzeczne zaniedbane	30 „

Łóżysko przodujące	25 razy.
Wypadnięcie pępowiny	29 "
Trudności przy wydobyciu płodu	18 "
Uwięźnięcie główki następującej	17 "
Pęknięcie macicy	12 "
Okręcenie pępowiny około szyi	10 "
Przeciąganie się porodu (poza kliniką)	10 "
Gazy gnilne w macicy (physometra)	9 "
Kleszcze	10 "
Porody przedwczesne	7 "
Potwory	7 "
Drgawki porodowe	5 "
Przedwczesne odklejenie się łożyska	4 "
Porody zatajone	2 "

Potworów urodziło się w klinice w tym czasie 21, u których stwierdzono:

Wadę serca wrodzoną, brak płuca lewego	1 raz.
Brak mózgu (anencephalus).	4 razy
Wodogłowie	9 "
Rozszczep kręgosłupa	2 "
Rozszczep krtani	1 "
Przepuklinę przepony	1 "
Wypadnięcie trzewi (eventratio).	1 "
Nagromadzenie płynu w jamie brzusznej	1 "
Brak kończyn dolnych	1 "

Porodów na czasie odbyło się 2023, przedwczesnych 436; dzieci płci męskiej urodziło się 1345, płci żeńskiej 1179.

IV. POŁOŻENIA PŁODÓW.

Polożenia płodów wśród porodu były następujące:

A) PODŁUŻNE:

a) Czaszkowe pierwsze	1423 razy	(56 ⁰ / ₁₀₀)
b) Czaszkowe drugie	731	" (29 ⁰ / ₁₀₀)
c) Twarzowe	21	" (1:120)
d) Czołowe	10	" (1:252)
e) Miednicowe zupełne	70	" (1:36)
f) Miednicowe niezupełne	97	" (1:26)

B) UKOŚNE:		
a) Ukośne główkowe	30 razy	(1:84)
b) Ukośne miednicowe	15 "	(1:168)
C) POPRZECZNE	127 "	(1:20)
a) Poprzeczne grzbietowe	75 "	
b) Poprzeczne brzuskowe	52 "	

Z tych było położeń poprzecznych zaniedbanych 54.

V. MIEDNICE.

Bardzo niewiele klinik w Europie posiada tak rozległy materiał miednic ścięśnionych, jak klinika krakowska. W klinikach zagranicznych środkowo-europejskich procent miednic ścięśnionych waha się pomiędzy 14 a 20%, wyjątkowo zaznaczają 30%. U nas procent ten jest bardzo wysoki, gdyż w ostatnim dziesięcioleciu stwierdzono u kobiet, które w klinice urodziły, miednice prawidłowe w 1644 przypadkach, miednice zaś ścięśnione w 807 przypadkach, co odpowiada 32.5% miednic ścięśnionych. Ta wielka ilość ścięśnień miednicy w klinice naszej pochodzi stąd, iż zawsze przestrzega się pilnie, aby do szpitala odsyłać na poród tylko te niewiasty, u których stwierdzono prawidłowe stosunki, a więc i prawidłową miednicę; ciężarne i rodzące z miednicami ścięśnionymi zatrzymuje się zazwyczaj w klinice.

Przyjmując, że wszystkie 427 kobiet, które w ostatnim dziesięcioleciu z kliniki do szpitala na poród zostały odesłane, miały miednicę prawidłową, i dodawszy tę liczbę do liczby tych, które w klinice rodziły, wypadnie na 2876 kobiet, badanych co do miednicy, 807 ścięśnień, t. j. 28%. Stosunek ten odpowiada rzeczywistym stosunkom, panującym w Krakowie i jego okolicy, przynajmniej odnośnie do materiału, który się do kliniki położniczej zgłasza. Przy miednicach prawidłowych urodziło w klinice siłami natury 1314 kobiet, przy pomocy operacyjnej—330 kobiet.

Przy miednicach zaś ścięśnionych urodziło siłami natury 453 kobiety, przy pomocy operacyjnej—354 kobiety.

VI. RODZAJE ŚCIEŚNIENIA MIEDNIC.

Ściśle rozdzielić ścięśnienia miednic na pewien szereg dokładnie rozgraniczonych stopni nie można, czego najlepszym dowodem, że rozmaici autorowie rozmaite i odmienne naznaczają im

granice. Jeden tylko podział nie zawodzi i jest ogólnie przez wszystkich przyjęty, a to na ścieśnienie bezwzględne, właściwe miednicom, u których sprzężna wchodu nie przekracza 6 cm. i przy których nie może nastąpić poród płodu donoszonego choćby pomniejszonego, i na ścieśnienie względne, jako drugi główny dział właściwy miednicom zwężonym, których conjugata wchodu wynosi więcej aniżeli 6 cm.

Tego podziału w klinice się trzymamy; jednak przy nauczaniu a zwłaszcza skoro się ma przedstawić wskazania lecznicze, jakie dla pewnych ścieśnień bywają najodpowiedniejsze, trudno się oprzeć pewnemu ugrupowaniu miednic nie bezwzględnie ścieśnionych. Dlatego uważamy ze względów dydaktycznych za dopuszczalny podział tych miednic na dwa stopnie, z których pierwszy obejmie miednice płaskie, z conjugatą prawdziwą nie mniejszą jak 8,5 cm., a miednice ogólnie ścieśnione ze sprzężną przynajmniej na 9 cm., drugim zaś stopniem oznaczamy ścieśnienia ze sprzężną mniejszą aniżeli 8,5 cm. przy miednicach płaskich, a 9 cm. przy miednicach ogólnie ścieśnionych, gdzie jednak jest ona zawsze większa aniżeli 6 cm.

Na 807 miednic ścieśnionych mieliśmy miednic płaskich zwykłych 347 (43%), miednic płaskich krzywicznych było 90 (11%) miednic ogólnie ścieśnionych było 171 (21,1%), miednic ogólnie ścieśnionych płaskich było 173 (21,5%), miednic skośnych niepomiarowych było 5 (0,6%), lejkowatych 7 (0,8%), z rozmiękczeniem kości (osteomalacia) 10 (1,2%), wreszcie cztery miednice ścieśnione nie mają w protokołach klinicznych dokładnie oznaczonych wymiarów.

VII. ZASADY POSTĘPOWANIA PRZY MIEDNICACH ŚCIEŚNIONYCH.

Postępowanie lekarza wobec miednic ścieśnionych jest nierzadko trudne i wymaga pewnego doświadczenia, gdyż nie daje się ująć w jakiś stały szablon; nie można dla pewnych rodzajów ścieśnień stworzyć jakichś ścisłych reguł postępowania, zawsze też będzie ono do pewnego stopnia indywidualne, zależne od osobistego doświadczenia położnika.

Pewnych jednak wskazówek postępowania może udzielić statystyka kliniczna, oparta na szczegółowej i ścisłej obserwacji

porodów, prowadzonych przez szereg lat pod okiem doświadczonego położnika, w myśl jednych i tych samych zasad.

Wiele kobiet ze ścieśnionymi miednicami rodzi siłami natury, a zależy to, jak ogólnie wiadomo, nie wyłącznie od stopnia ścieśnienia (wyjąwszy naturalnie ścieśnienia bezwzględne), ale także od wielkości i ściśliwości główki, jakoteż od siły bólów porodowych. Nierzadko napotykamy kobiety z miednicami mocno ścieśnionymi, które wbrew naszemu oczekiwaniu rodzą dobrowolnie; to znów niejednokrotnie przy małych stosunkowo ścieśnieniach musimy się uciekać do ciężkich nawet zabiegów operacyjnych, aby rozwiązać rodzącą. Jako przykład przytoczę przypadek z roku 1903, z naszej kliniki. Zgłosiła się kobieta bliska kresu ciąży trzeciej, w wysokim stopniu krzywicza, o wymiarach miednicy następujących: D. spin.— $23\frac{1}{2}$, D. crist.— $25\frac{1}{2}$, D. troch.—29, C. ext.— $16\frac{1}{2}$, C. diagonalis— $9\frac{1}{2}$, a więc z miednicą ogólnie ścieśnioną płaską krzywiczą znaczniejszego stopnia; w dodatku u ciężarnej tej znaleźliśmy znaczne narośle kostne na spojeniu i w obu zatokach krzyżowo-biodrowych. Ciężarna ta rozwiązywaną była dwukrotnie w klinice przez wzniesienie przedwczesnego porodu, z których pierwszy dał dziecko żywe, podczas gdy przy drugim musiano wykonać wymóżdżenie. Wobec takich wywiadów postanowiono podczas obecnej ciąży czekać do końca i ewentualnie zakończyć poród cięciem cesarskim ze wskazania względnego. Do tego jednak nie doszło, gdyż nastąpił bardzo szybki dobrowolny poród przy wybornych bólach porodowych. Urodził się płód żywy donoszony wagi 3070 gr., o obwodzie główki 34 cm., bez uszkodzenia jakiegokolwiek czaszki. Przytoczyłem ten przypadek w tym celu, aby zaznaczyć, jakie niespodzianki mogą czasem spotkać położnika podczas porodów przy miednicach ścieśnionych i jak nie można w rokowaniu kierować się jedynie i wyłącznie stopniem ścieśnienia miednicy.

Pierwszem zadaniem lekarza jest tu ścisłe określenie, czy przy pewnym ścieśnieniu i pewnej formie miednicy kobieta wogóle może urodzić siłami natury lub też nie, a w tym kierunku mamy pewne dane tylko przy ścieśnieniach miednicy bezwzględnych, gdzie poród płodu donoszonego nawet pomniejszonego absolutnie nie może nastąpić.

Przy innych ścieśnieniach miednicy przesądzać o porodzie nie można zwłaszcza u pierwiastek, gdzie brak nam wszelkich danych wywiadowych co do wielkości płodu i jakości bólów poro-

dowych. Dlatego to w klinice trzymamy się stale tej zasady, że u pierwiastek z góry przed porodem nie określamy żadnych zabiegów.

Ścieśnienia miednicy, przy których sprężyna wchodu nie schodzi poniżej 9 cm. najczęściej nie dają, zresztą przy wszelkich innych warunkach prawidłowych, powikłań porodu zbyt ciężkich, i najczęściej przy tego rodzaju ścieśnieniach kończy się poród siłami natury albo zabiegami lekkimi, jak przy miednicach prawidłowych. Kobiety natomiast ze ścieśnieniami miednicy znacznie rzadziej rodzą płody żywe siłami natury, ale to są właśnie ścieśnienia, które zwłaszcza u wieloródek, u których wywiady wskazują na bardzo ciężkie porody poprzednie, nakazują nam już przed porodem myśleć o jakichś zabiegach, ułatwiających poród.

W klinice naszej, jak z cyfr powyższych wynika, przy postępowaniu przeważnie konserwatywnem udało nam się uzyskać przy miednicach ścieśnionych aż 60% porodów siłami natury. Pozostające 40% ukończono lub przeprowadzono operacyjnie. Na tem miejscu nie chodzi nam jednak o wyliczenie statystyczne operacyj, wykonanych przy ciasnych miednicach, gdyż wiele z nich nie przedstawia nic dla ścieśnienia miednicy charakterystycznego, a omówimy tutaj tylko te zabiegi, które wykonano wyłącznie dla zniesienia niestosunku, zależnego od znaczniejszego ścieśnienia miednicy. Do tych zabiegów należy: 1) wywołanie poronienia przy ciasnej miednicy, 2) wywołanie przedwczesnego porodu, 3) obrót zapobiegawczy, 4) przez niektórych zalecane kleszcze wysokie, 5) rozcięcie spojenia łonowego, 6) cięcie cesarskie ze wskazania względnego, 7) zastosowanie diety według Prochownika.

Poronienie wywołano sztucznie, przy prawie bezwzględnej ścieśnieniu miednicy, w ciągu ostatniego dziesięciolecia tylko raz jeden u karlicy ze znacznym skrzywieniem kręgosłupa, a prócz tego dotkniętej zmianami w płucach i sercu. Zabieg ten w danym przypadku nie był wyłącznie wykonany z powodu bezwzględnego ścieśnienia, bo ono dzisiaj daje wskazanie zupełnie uzasadnione do cięcia cesarskiego, które obecnie należy do zabiegów dla matki niezbyt niebezpiecznych. W danym przypadku wywołano poronienie raczej ze względu na powikłania ze strony płuc i serca, które najprawdopodobniej doprowadziłyby stan ogólny ciężarnej do takiego upadku, że nawet taki zabieg jak cięcie cesarskie byłoby dla niej absolutnie śmiertelny, a prócz tego zachodziła wątpliwość,

czy donoszenie ciąży było przy tym stanie zdrowia wogóle możliwe. Wskazania takie muszą być i będą musiały być uwzględniane zawsze, choćby procent śmiertelności po cięciu cesarskiem stał się jeszcze o połowę mniejszy, niż jest dzisiaj. W podobnych przypadkach żaden sumienny lekarz nie będzie narażał życia matki na pewną zagładę dla niepewnego życia dziecka. Z innych względów natomiast samo ścieśnienie miednicy nigdy nie powinno być wskazaniem do wywołania sztucznego poronienia, to jest do zabicia płodu.

Poród przedwczesny z powodu ścieśnienia miednicy wzniesiano w klinice w ciągu ostatnich lat dziesięciu wogóle tylko 5 razy. Ta uderzająca rzadkość tego zabiegu wymaga wytłomaczenia, gdyż jakkolwiek dzisiaj wogóle nie często używa się tej drogi leczenia, jako niebezpiecznej dla matki mimo całej ścisłości aseptyki, a nie zawsze korzystnej dla płodu; to przecież na tak znaczny procent ścieśnień miednicy u nas powinna być tych zabiegów nieco większa ilość. Poród przedwczesny wywołuje się dla ratowania życia dziecka, a nie dla matki, którą przecież w każdym z tych przypadków możnaby rozwiązać w prawidłowym kresie ciąży bodaj przez wymóżdżenie. Przy wywoływaniu przedwczesnego porodu w pierwszym rzędzie mamy na celu dziecko, nie przeto dziwnego, że staramy się urodzić płód nie tylko żywy, ale i zdolny do życia. Nauka udowodniła nam, że płód ma dopiero wtedy dobre warunki do dalszego rozwoju, jeżeli urodzi się co najmniej między 32 a 36 tygodniem życia. Stąd wynika jasno, że, zanim przystępujemy do wywołania porodu przedwczesnego, powinniśmy przedtem określić dokładnie czas trwania ciąży. Niestety do dzisiaj nie znamy żadnych ścisłych sposobów badania przedmiotowego, któreby nam pozwalały na dokładne oznaczenie czasu trwania ciąży, gdyż ani mierzenie długości płodu według Ahlfelda, ani oznaczanie wielkości główki przez badanie skombinowane zbyt dokładnego pojęcia o wielkości płodu nie daje, i z tego powodu określenie czasu trwania ciąży musi oprzeć się także i na wywiadach. Wywiady w kierunku ostatniej regularności i pierwszych ruchów płodu otrzymujemy od naszych chorych albo bardzo niedokładne i mylne, albo zupełnie żadnych szczegółów ciężarne nasze podać nie umieją. Wreszcie nierzadko odstrasza nas przed tym zabiegiem żądanie ze strony matki, u nas dosyć częste, pod każdym warunkiem płodu żywego i zdolnego do dalszego życia; tej ostatniej gwarancyi

przy wywoływaniu porodu przedwczesnego nigdy dawać nie można, istnieją przecież inne zabiegi, które są połączone z niewiele większym niebezpieczeństwem dla matki, a dają dziecko żywe: jest nim w pierwszym rzędzie cięcie cesarskie ze wskazania względnego.

Same wyniki porodów przedwczesnych przedstawiają się w naszej klinice, jak następuje:

Wogóle wzniesiono poród przedwczesny w ostatnim dziesięcioleciu zaledwie pięć razy z powodu ścieśnienia miednicy, z tego cztery razy u wieloródek, raz u pierwiastki, zawsze przy miednicach ogólnie ścieśnionych płaskich znaczniejszego stopnia. Wyniki dla dzieci były bardzo złe, gdyż zaledwie w dwóch przypadkach otrzymano płody żywe, trzy razy zaś musiano poród ukończyć wymóżdżeniem; matki wszystkie odbyły poród prawidłowo. Tych kilka przypadków nie może naturalnie stanowić zupełnie o wartości zabiegu, w każdym razie świadczy, jak trudno jest przy tej operacji, mającej tylko na celu ratowanie życia płodu, określić właściwą chwilę zabiegu wobec ujemnych lub nieścisłych wywiadów.

Drugim zabiegiem, mającym na celu ratowanie życia dzieci przy miednicach ścieśnionych, jest *obrot zapobiegawczy*.

Obrotów zapobiegawczych dokonano w klinice w ostatnich dziesięciu latach 33, wszystkie u wieloródek, gdyż u pierwiastek dla braku danych wywiadowych i dla złych warunków dla położenia miednicowych nigdy nie należy, zdaniem naszym, dokonywać tej operacji. Wyniki, otrzymane po obrotach zapobiegawczych, zależą, jak wiadomo, od stopnia i od rodzaju ścieśnienia miednicy. W naszej klinice robiono obroty zapobiegawcze przy miednicach czysto płaskich 23 razy, przy ogólnie ścieśnionych—7 razy, przy ogólnie ścieśnionych płaskich—3 razy. Stopień ścieśnienia miednicy nigdy nie był bardzo znaczny, gdyż przy miednicach płaskich sprężyna wchodu nie wynosiła nigdy mniej jak 8 cm., przy ogólnie ścieśnionych nigdy mniej jak 8½ cm. Z zasady nie wydobywamy płodu natychmiast po obrocie, by nie psuć mechanizmu porodowego. Przy tego rodzaju postępowaniu na 18 przypadków otrzymano dzieci żywe 16 razy, dwa razy musiano z powodu znacznego niestosunku porodowego wykonać wymóżdżenie na główce następującej.

W 15 przypadkach musiano natychmiast po obrocie dokonać wydobywania płodu, co dało tylko 10 płodów żywych, trzy zmarły

podczas uwalniania rączek i wytaczania główki, u dwóch dokonano wymóżdżenia na główce następującej.

Wyniki niekorzystne dla płodów nie zależały w tych przypadkach od stopnia ścieśnienia miednicy, ale częścią spowodowane były zboczeniami w mechanizmie porodu, częścią zaś niepodatnością i wielkością główki następującej.

Podczas wytaczania główki następującej uszkodzenia główki są zwykle znacznie rzadsze, aniżeli uszkodzenia główki przy operacjach kleszczowych. Na 33 przypadki wydobywania płodów po obrotach zapobiegawczych obserwowano raz jeden wgniot bardzo głęboki i rozległy, który wprawdzie nie przyniósł dziecku bezpośredniej szkody, ale był żywym dowodem, że przy bardzo ścieśnionych miednicach, jak w danym przypadku, gdzie przy miednicy płaskiej sprzężna wchodu nie wynosiła nawet całych 8 cm., obrót zapobiegawczy już nie jest właściwą operacją. Matki wszystkie po obrotach zapobiegawczych przebyły połów bez wybitnych zaburzeń z wyjątkiem dwóch, które przebyły połów gorączkowy, ale kobiety te gorączkowały już podczas porodu, zakażone poza kliniką. Natomiast podczas porodu około 40% doznało obrażeń mniej lub więcej rozległych szyi macicznej. Obrażenia te zdarzały się naturalnie w tych przypadkach, gdzie musiano dokonywać obrotu przy ujęciu niezupełnie rozwartem. Obrażenia znaczniejszych pochwy i krocza nie notowano wcale, co nie jest dziwne, skoro się uwzględni, że obroty te dotyczyły tylko wieloródek.

Mimo zupełnie szczęśliwych wyników dla matek i względnie bardzo dobrych wyników dla dzieci, jakie uzyskaliśmy w klinice, nie możemy uznawać i polecać obrotu zapobiegawczego, jako jedyne go racjonalnego sposobu rozwiązywania przy pewnych ścieśnieniach miednicy. Z uwagi, że znajomość dokładna wielkości płodu, podatności i ściśliwości następującej główki zazwyczaj wkracza w sferę domysłów, zabiegu tego powinniśmy używać przede wszystkim w tych przypadkach, gdzie wywiady, odnoszące się do poprzednich porodów, dają nam przecież wskazówki tak co do jakości bólów porodowych, jako też co do wielkości płodu i rozmiarów główki.

W każdym razie, opierając się na doświadczeniu klinicznym, uważamy za niewłaściwe dokonywanie obrotów zapobiegawczych u pierwiastek, jako też przy znacznych ścieśnieniach. Sprężna wchodu przy miednicach płaskich musi wynosić co najmniej 8 cm.,

jeżeli mamy mieć uzasadnioną nadzieję dobrego wyniku. Przy miednicach ogólnie ścieśnionych zabiegu tego nie powinno się wykonywać, chyba przy bardzo nieznacznym ścieśnieniu w wymiarze poprzecznym i nieco mniejszem skróceniu conjugaty, niż przy miednicach czysto płaskich.

Uwzględniając częste i znaczne uszkodzenia szyi po obrotach zapobiegawczych, zwracamy uwagę, że najmniej uszkodzimy macicę, skoro dokonamy obrotu przy ujęciu zupełnie rozwartem, bo wtedy nawet natychmiastowe wydobycie płodu, do którego nierzadko jesteśmy zmuszeni, nie spowoduje rozległych uszkodzeń.

W tem miejscu uważam za stosowne wspomnieć o *kleszczach wysokich*, jako zabiegu, który najczęściej znajduje swe wskazanie z powodu niestosunku porodowego przy ścieśnieniach miednicy. Jakie wyniki uzyskaliśmy w klinice przy tej operacyi, jakie były jej następstwa dla matek i dzieci, opiszemy w jednym z dalszych rozdziałów, tu tylko wspominam o tej operacyi, by stwierdzić zasadę kliniczną w danym kierunku. Żadne kleszcze, a więc i kleszcze wysokie, nie mają na celu i mieć tego nie mogą, by przy ich pomocy pokonywać niestosunki porodowe, spowodowane ścieśnieniem miednicy. W przypadkach wyjątkowych, przy znaczniejszych nawet ścieśnieniach miednicy, bywamy zmuszeni do zakładania wysokich kleszczy, zanim główka przeszła największym odcinkiem przez wchód, a są to przypadki, gdzie groźne objawy ze strony matki, spowodowane przewlekaniem się porodu, nakazują bezwzględnie poród ukończyć. W przypadkach tych przy żyjącym płodzie nie pozostawałoby nam nic innego jak wymóżdżenie żywego płodu, operacya dla położnika najprzykrzejsza, dlatego też usiłujemy wtedy ratować życie dziecka przez użycie kleszczy wysokich. W każdym razie do tej próby uciekamy się tylko wtedy, gdy główka jest już bardzo dużym odcinkiem wepchnięta do wchodu, a uważamy za zupełnie niewłaściwe zakładanie kleszczy na główce ruchomej lub małym tylko odcinkiem do wchodu wkliniwanej.

Kierując się tą zasadą, nie możemy zupełnie porównywać wyników operacyj kleszczowych z wynikami innych operacyj, mających na celu pokonywanie niestosunku porodowego, spowodowanego ścieśnieniem miednicy.

Operacyą, znoszącą w ścisłym tego słowa znaczeniu niestosunek z powodu ścieśnienia miednicy, jest *rozcięcie spojenia lono-*

wego. Operacja ta, jak wiadomo, miała zawsze i ma dotąd licznych przeciwników, gdyż w każdym razie kryje w sobie bardzo poważne niebezpieczeństwo dla matki, już to zakażenia, już też stałego kalectwa, a i dla dzieci wykazuje do dzisiaj znaczny procent śmiertelności. Przy ulepszeniu obecnem postępowania operacyjnego, przy dokładnem sączkowaniu zaulków, przez operację w tkankach wytworzonych, a—co najważniejsza—przy zastosowaniu ścisłem aseptyki procent śmiertelności matek w ostatnich czasach znacznie się zmniejszył, jest jednak w każdym razie niemal dwa razy tak wielki, jak po cięciu cesarskiem ze wskazania względnego. Dla dzieci rokowanie przy rozcięciu spojenia musi być również znacznie gorsze, aniżeli przy cięciu cesarskiem, gdyż rozcięcia spojenia dokonywa się tylko przy porodach przewlekających się, dopiero gdy przebieg porodu wykaże, iż poród siłami natury jest niemożliwy. Że takie długotrwałe porody dla zdrowia dziecka nie są obojętne, to się samo przez się rozumie, a co może jeszcze gorsze, że rozcięcie spojenia nie jest operacją rozwiązującą, a tylko przygotowawczą,—to znaczy, że nierzadko jeszcze po rozcięciu spojenia musimy dokonywać na dziecku operacyj znowu dla jego życia nie obojętnych.

Na wstępie musimy przedstawić wskazania do tej operacji, jakie nauczyliśmy się uwzględniać na podstawie naszych klinicznych przypadków. Operacji tej dokonaliśmy w klinice wogóle tylko 9 razy, a to z powodu (co najważniejsza), iż materia nasz kliniczny składa się, jak powyżej wykazano, przeważnie z osób niezamężnych, które wyjątkowo tylko godzą się na ciężkie zabiegi operacyjne, mające na celu ratowanie życia dziecka, a do operowania wbrew woli rodzącej lub jej otoczenia nie uważamy się za powołanych dopóty, dopóki procent śmiertelności po tych poważnych zabiegach jest jeszcze tak wysoki. Drugim względem, dlaczego częściej wykonywa się u nas cięcie cesarskie ze wskazania względnego, to rodzaj ścieśnienia miednicy: najczęstsze u nas są miednice krzywicze, a więc znacznie ścieśnione w wymiarach prostych i w dodatku posiadające narośle kostne, które są ważnym przeciwwskazaniem do wykonywania cięcia łonowego.

Cięcie łonowe wykonaliśmy pięć razy u wieloródek, a cztery razy u pierwiastek, zawsze przy miednicach ogólnie ścieśnionych, gdzie jednak ścieśnienie miednicy nie schodziło w sprężnej wchodu poniżej 8 cm. Wyjątek stanowi jeden przypadek znacznego ścieśnienia, gdzie sprężna wchodu wynosiła co najwyżej

7 $\frac{1}{2}$ cm.; przypadek ten zakończył się niepomyślnie i dla matki i dla dziecka: matka uległa ropnicy, a dziecko z powodu przeciągania się porodu urodziło się tak silnie omdlałe, że w godzinę po porodzie zmarło.

Cięcie łonowe wykonano w czterech przypadkach jako operację pierwotną, w pięciu zaś jako następczą po nieudanych próbach kleszczowych. Po rozcięciu spojenia w czterech przypadkach nastąpił poród siłami natury, w pięciu musiano ukończyć go kleszczami. Wyniki, otrzymane u dzieci, było stosunkowo bardzo dobre, gdyż prócz śmierci dziecka we wspomnianym już przypadku wszystkie inne dzieci urodziły się żywe i zdolne do życia. Natomiast zmarły nam po tym zabiegu dwie matki: jedna w dwa, druga w trzy tygodnie po operacji, obie z powodu ropnicy, biorącej punkt wyjścia z zakażenia żył około pęcherza.

Uszkodzeń matki podczas porodu, jako też następczych kalectw z powodu operacji nie mieliśmy żadnych, wszystkie chore wyleczone opuściły klinikę z dobrze funkcjonującym pęcherzem i dobrze funkcjonującymi kończynami dolnymi, bez względu na to, czy zagojenie nastąpiło ze zbliżeniem się zupełnem odcinków spojenia, czy też z rozstępem. Pęknięcie stawu krzyżowo— biodrowego widzieliśmy tylko w przypadku bardzo znacznego ścieśnienia miednicy, w którym, jak opisaliśmy, i matka i dziecko zmarły.

Zasady, któremi kierujemy się przy dokonywaniu cięcia łonowego, dadzą się określić mniej więcej w następujących wskazaniach:

1) Cięcie łonowe powinno się robić przedewszystkiem u wieloródek, nie napotykamy bowiem u nich już żadnej zapory ze strony części miękkich, co zazwyczaj przyczynia się do znacznie-szego przewlekania porodu. Okoliczność ta zmusza nas znowu do założenia kleszczy ze względu na życie płodu, a kleszcze po rozcięciu spojenia są zabiegiem bardzo niebezpiecznym dla matki z powodu łatwości uszkodzenia pęcherza i systemu żył łechtaczki.

2) Cięcie łonowe powinno się robić jako operację pierwotną, a nie po uszkodzeniu już dziecka przy próbach urodzenia płodu kleszczami wysokimi.

3) Cięcie łonowe może być tylko dokonywane u osób na pewno niezakażonych, przy płodach, mających się zupełnie dobrze.

4) Cięcie łonowe daje dobre wyniki dla płodu i dla matki tylko przy miednicach ogólnie ścieśnionych bez wadliwej budowy kości, ale niezbyt silnie ścieśnionych, gdzie sprzężna wchodu nie schodzi poniżej 8 cm.

5) Po rozcięciu spojenia należy poród pozostawić siłom natury, a nie kończyć go operacyjnie ze względu na pęcherz i lechtaczkę.

6) Należy podczas operacji przestrzegać bardzo ściśle czystości i dokładnie sączkować wytworzone przez operację zaułki.

Najważniejszym momentem co do efektu cięcia łonowego jest stwierdzenie, czy raz wykonane rozcięcie znosi lub zmniejsza nie stosunek porodowy na stałe lub też nie. Odpowiedzieć możemy na podstawie naszego doświadczenia twierdząco, gdyż jedna z naszych chorych rodziła w 1½ roku po symphyseotomii na czasie siłami natury; poród był lekki, a płód urodzony okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego, dobrze rozwiniętego.

Wreszcie ostatnim zabiegiem leczniczym przy znacznych ścieśnieniach miednicy, gdzie sprzężna wchodu schodzi poniżej 8 cm., w celu ratowania życia płodu, jest *cięcie cesarskie* ze wskazania względnego. O ile dawniej zabieg ten należał do zabiegów bardzo niebezpiecznych i rzeczywiście wykonanie jego ze wskazania względnego było bardzo ryzykowne, to dziś, skoro procent śmiertelności bardzo zmalał, jest on przy znacznym stopniu ścieśnienia miednicy zabiegiem wyłącznie racjonalnym. Matkę nie narażamy przy tym zabiegu na zbyt duże niebezpieczeństwo, a dla dziecka stwarzamy pewne szanse życia i zdrowia. Przy ścieśnieniach znacznego stopnia nie może z zabiegiem tym współzawodniczyć właściwie żaden z zabiegów, bo obrotu przy sprzężnej niżej 8 cm. nie powinno się robić, rozcięcie spojenia również daje bardzo niepewne szanse dla płodu, a wzniesienia porodu przedwczesnego, którego wskazania i tak z każdym rokiem się zacieśniają i które coraz mniej znajduje zastosowanie, właśnie przy znacznych ścieśnieniach stosować nie należy, bo matkę narażamy również na duże niebezpieczeństwo, a dla dziecka szanse są bardzo problematyczne.

Nie tylko jednak ścieśnienie wysokiego stopnia daje wskazania do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego, dokonywamy go również i przy ścieśnieniach mniejszego stopnia, skoro z danych wywiadowych okazuje się, że inne zabiegi, stosowane w celu ratowania płodu przy niestosunku porodowym, przy poprzednich

porodach zawodziły, zwłaszcza jeżeli ciężarna żąda od nas pod każdym warunkiem płodu żywego. Tu nasuwa się jeszcze jedno pytanie, czy uprawnieni jesteśmy dokonywać cięcia cesarskiego wbrew woli rodzącej,—pytanie, niejednokrotnie przez położników rozstrząsane i w odpowiedziach niejasno rozstrzygane. W naszej klinice trzymamy się tej zasady, że, skoro rodząca stanowczo nie zgadza się na ciężki zabieg, cięcia cesarskiego nie dokonywamy wbrew jej woli, opór jednak ze strony rodzących, zwłaszcza jeżeli im się przedstawi szanse operacyjne we właściwym świetle i w sposób dla nich zrozumiały, należy do rzeczy rzadkich. Nie uważamy jednak za rzecz zupełnie słuszną wbrew woli matki dokonywać operacji, wprowadzić na pewno ratującej życie dziecka, ale w każdym razie dla niej przedstawiającej poważne bezpośrednie niebezpieczeństwo życia. Tem więcej, że ma się do czynienia przeważnie z kobietami niezamężnymi, które, utrzymane przy życiu, mogą przy dobrej woli dać odpowiednią opiekę dziecku, po ich śmierci jednak dzieci niesłubne idą po większej części na marne.

Przedstawienie statystyki cięć cesarskich ogólnej, z rozmaitych wskazań i rozmaitymi sposobami, których dokonaliśmy w naszej klinice, odkładamy do jednego z następnych rozdziałów, tu tylko przedstawimy wyniki dla matek i dzieci, otrzymane przy cięciach cesarskich, wykonanych ze wskazania względnego. Cięć cesarskich ze wskazania względnego dokonaliśmy w klinice 18, z tego w pierwszym pięcioleciu dokonano 6, w drugim 12 cięć. Dzielę tu umyślnie okres, przedstawiony w sprawozdaniu, na dwie części, gdyż warunki i urządzenie, wśród których musiano operować w pierwszym pięcioleciu, ogromnie się różnią, jak na wstępie wykazano, od warunków w drugim pięcioleciu. W pierwszym pięcioleciu na 6 przypadków zmarły aż trzy matki, straszny byłby to procent, gdyby nie uwzględnić jednej okoliczności, a mianowicie tej, że z tych trzech śmierci na karb operacji można położyć tylko jedną, gdyż dwa inne przypadki były badane i zakażone poza kliniką. Co do dzieci, otrzymano raz tylko płód tak silnie omdlały, że się już nie dał docucić, wszystkie inne urodzono zdrowe i zdolne do życia. Drugie pięciolecie dało nam zupełnie inne i wprost świetne wyniki: przy dwunastu cięciach dokonanych nie straciliśmy ani jednej matki, wszystkie dzieci też urodzono zupełnie zdrowe i zdolne do życia.

Operując się na wynikach naszej kliniki, musimy uważać

cięcie cesarskie ze wskazania względnego za zabieg najpewniejszy dla ratowania życia dziecka, a dla matki nie dający wcale złych wyników. Winno się jednak uwzględnić zawsze warunki, wymagane dla każdej większej operacji drogą jamy brzusznej. Za takie uważamy odpowiednie urządzenia do operacji, które może dać tylko zakład; prócz tego musimy mieć pewność, że u danej rodzącej wykluczona jest możliwość zakażenia przez badanie palcami zakażonymi, co może być tylko u kobiet, które zgłosiły się do kliniki przed początkiem porodu, a jeżeli zgłosiły się podczas porodu, to tylko u tych, które poza kliniką nie były wogóle badane przez osoby nie godne zaufania pod względem wymaganej czystości.

W tem miejscu wspomnieć jeszcze wypada o zastosowaniu *dyety według Prochownika* w celu powstrzymania zbyt silnego rozwoju płodu, jako momentu, zmniejszającego niestosunek porodowy. Przeprowadzenie odpowiedniej diety w klinice, gdzie jest większa liczba ciężarnych, uważamy wprost za niemożliwe. Przytem zaznaczyć wypada, że u jednej z ciężarnych, u której zastosowaliśmy dietę Prochownika, wystąpiły objawy skorbutu, zniewalające do zaniechania dalszego stosowania.

D. C. N.

Trzy spostrzeżenia zwięzienia miednicy różnego pochodzenia

(CARIES, RACHITIS, SPONDYLOLISTHESIS)

z 63 rysunkami w tekście

podał

Fr. NEUGEBAUER.

Przyczynę kręgozmyku upatruję we wrodzonym braku łączności kostnej pomiędzy przednią i tylną połową łuku piątego kręgu lędźwiowego: pomiędzy wyrostkami stawowymi górnymi a dolnymi istnieje w tych razach rozszczep kostny, wypełniony więzami i tkanką łączną (*syndesmosis sub spondylolysi interarticulari arcus vertebrae lumbalis quintae ambilateralis*). Przy takiej wadzie rozwojowej ucisk, wywierany przez kręgosłup, sprawia, że przednia połowa piątego kręgu lędźwiowego przesuwają się ku przodowi, aż przed przedgórze. Ciało piątego kręgu lędźwiowego wydłuża się znacznie, płaszczy i zagina się przednią częścią ku dołowi tak dalece, że w przypadkach daleko posuniętego kręgozmyku przylega do przedniej powierzchni kości kuprowej na wysokości pierwszego lub drugiego kręgu (patrz fig. 12 i 13). Wtedy już proces kręgozmyku ostatecznie się zatrzymuje. Przy takiej predyspozycji wrodzonej na wytworzenie się kręgozmyku wpływają jeszcze różne okoliczności; zależy tu wiele od silniejszego lub słabszego połączenia w miejscu defektu kostnego w łuku kręgu lędźwiowego; wiele znaczy i stopień obciążenia kręgosłupa danej osoby, t. j. czy osoba ta ciężko pracuje lub nie; czy (o ile chodzi o kobiety) miała częste ciążę; czy dźwigała znaczne ciężary. Kręgozmyk naturalnie częściej rozwija się u wieloródek; porody za każdym razem stają się coraz trudniejsze, gdyż przednia powierzchnia kręgosłupa coraz bardziej zbliża się do spojenia łonowego. Proces kręgozmyku z każdą ciążą dalej się posuwa, dopóki nie nastąpi bezpośredni kontakt pomiędzy przednią powierzchnią kości kuprowej, a dolnym przednim brzegiem piątego kręgu lędźwiowego. Nie wchodzę dziś w żadne inne szczegóły, ponieważ kwestyę etyologii, symptomatologii etc. kręgozmyku monograficznie opracowałem i cały szereg prac o tem ogłosiłem w różnych językach. Również nie zatrzymuję się dziś

na znaczeniu kręgozmyku dla porodu, ponieważ odpowiednie wskazówki zawiera każdy podręcznik położnictwa. Tyle tylko zaznaczam, że w danym przypadku, gdzie matka pragnęła koniecznie urodzić dziecko żywe, mogła być mowa wyłącznie o cięciu cesarskim. Przy *conjugata obstetricia 6 cm.*, ma się rozumieć, urodzenie się dziecka donoszonego żywego nie może nastąpić drogą naturalną. Nawet wydobycie dziecka nieżywego kleszczami byłoby niemożliwe; również perforacya lub embryotomia byłyby w tych warunkach trudne. Nie ulega kwestyi, że przetoka moczowa (*fistula uterovesicovaginalis profunda*) ze zniszczeniem przedniej wargi ust macicznych, pozostała po porodzie, jest w ścisłym związku etyologicznym ze zniekształceniem miednicy przez kręgozmyk.

W danym przypadku przy dziecku żywym dokonałbym cięcia cesarskiego, a przy nieżywym embryotomii, rozkawałkowania, nie ograniczając się na perforacyi czaszki i wymóżdżeniu.

Cięcie łonowe było już robione przy kręgozmyku, lecz ośrobieście przy miednicy spondylolistetycznej muszę je absolutnie zarzucić; tam, gdzie go dokonano, chora zmarła wskutek interwencyi. Cięcie cesarskie, w dobrych aseptycznych warunkach zrobione, daje żywe dziecko i dobre rokowanie dla matki, na co kładę nacisk; a oprócz tego przy kręgozmyku nigdy nie można wiedzieć, w jakim stanie znajdują się stawy kupropodłędźwiowe; czy niema tam skostnienia wtórnego, nabytego, którego przecież nie zwalczy nikt symfizeotomią na korzyść rodzącej, a tylko na jej szkodę.

Co do samej przetoki moczowej zaznaczam, iż chodzi o identyczną zupełnie przetokę pęcherzową szyi macicznej, jak w przypadku kręgozmyku u wieśniaczki Maryanny Opalczyny, który ogłosiłem w *Gazecie Lekarskiej* 1893 roku. „Rzadki okaz *synchiae utero-sacralis sub partu acquisitae. Akanthopelys. Exostosis promontorialis, cui cervix uteri adhaeret*. Przyczynek do nauki o nietypowym zwężeniu miednicy wraz z opisaniem pierwszego w naszym kraju klinicznego spostrzeżenia kręgozmyku.“ (Figury 18—20). Co do nauki o kręgozmyku wogóle odsyłam kolegów w tej kwestyi do pracy mojej, ogłoszonej w *Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego* w roku 1893: „Sprawozdanie z najnowszej kazuistyki oraz piśmiennictwa o kręgozmyku z uwzględnieniem symptomatologii, etyologii, jako też różniczkowego rozpoznania (z 45 drzeworytami w treści).“ Przetokę moczową zaszyłem sposobem ś. p. Ojca mego drutami miedzia-

nemi i osiągnąłem rychłozrost, pomimo że operacja była trudna. Pacjentkę przedstawiłem dnia 6 czerwca w Warszawskie Towarzystwie Lekarskim jako też sciagram *Roentgenowski* fotograficzny, który uwydatnia głównie zgrubienie tylnej ściany mie-

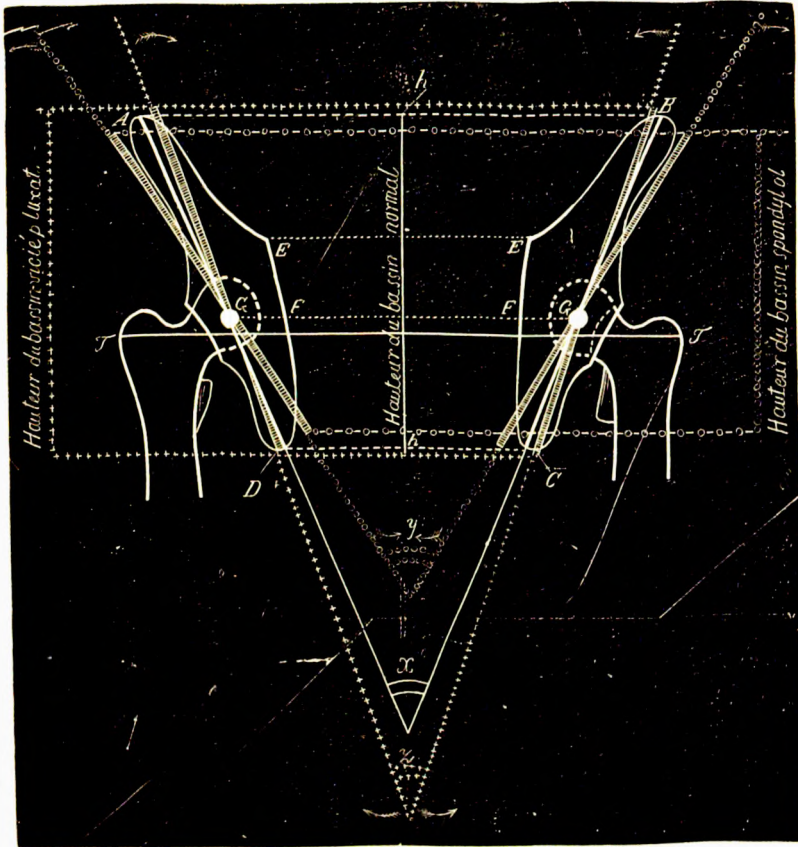


Fig. 15.

Metamorfoza frontального dyagramu miednicy. (Szemat własny).

dnicy. Chora leżała na płycie fotograficznej grzbietem. O wiele lepiej kręgoszynek byłby się uwydatnił, gdyby chorą ułożył bokiem na płycie, lecz wtedy kość podłędźwiowa zakrywałaby kręgoszynek zupełnie. Zdjęcie kręgosłupa w profilu okazało się niewykonalnym.

Osobliwością tego spostrzeżenia, którą napotykamy tylko przy kręgozmyku daleko posuniętym, była wielka ruchomość wszystkich 3 stawów miednicy. Przy chodzeniu można było kontrolować palcami przesuwanie się kości łonowych ku górze i ku dołowi w spojeniu łonowym. W związku z tą ruchomością powiększoną kości miednicowych chód jest niepewny i utrudniony. Przyczyną tej wzmożonej ruchomości jest rotacja kości kuprowej górnym końcem ku tyłowi, dolnym ku przodowi—a więc dokoła osi poprzecznej, oraz rotacja każdej kości podłędźwiowej górną częścią na zewnątrz, a dolną na wewnątrz dokoła skośnie przebiegającej osi strzałkowej.

Hyperkinezę taką niejednokrotnie opisywano zarówno przy kręgozmyku, jak i przy kyphosis lumbosacralis. Dla ułatwienia analizy dyagnostycznej pozwałam sobie dodać do artykułu tego kilka rysunków szematycznych własnej konstrukcyi: Fig. 15, 19, 20, 21, 22.

— Wymiary szematyczne, dotyczące normalnej miednicy.
o-o-o-o-o = Wymiary szematyczne, dotyczące spondylolistetycznej miednicy.

++++ = Wymiary szematyczne, dotyczące miednicy, zniekształconej wskutek wrodzonego obustronnego zwicnięcia uda (Luxatio femorum iliaca congenita).

A B = linea bicristalis

T T = linea bitrochanterica

E E = wymiar poprzeczny wejścia	} małej miednicy.
F F = " " " " próżni	
C D = " " " " ujścia	

G G = oś poprzeczna miednicy normalnej i spondylolistetycznej.

h h = wysokość normalnej miednicy.

Po bokach rysunku oznaczona wysokość miednicy spondylolistetycznej i luksacyjnej.

Jeżeli przedłużyć kontury boczne czyli linie, łączące grzebień kości podłędźwiowej z guzem kulszowym dyagramu miednicy A D, oraz B C, to linie te przecinają się:

Pod kątem α = poniżej miednicy normalnej.

Pod kątem β = poniżej miednicy luksacyjnej.

Pod kątem γ = poniżej miednicy spondylolistetycznej.

← } = oznaczają kierunek rotacji na wewnątrz lub zewnątrz
 → }
 grzebieni kości podłędźwiowych oraz guzów kulszowych w miednicy spondylolistetycznej i luksacyjnej w porównaniu z miednicą prawidłową. Do szematu nie wrysowałem główek kości udowych przy obustronnem ich zwicnięciu wrodzonym, ponieważ położenie ich może być bardzo odmienne.

W roku 1884 paryski professor *Charpentier* pokazał

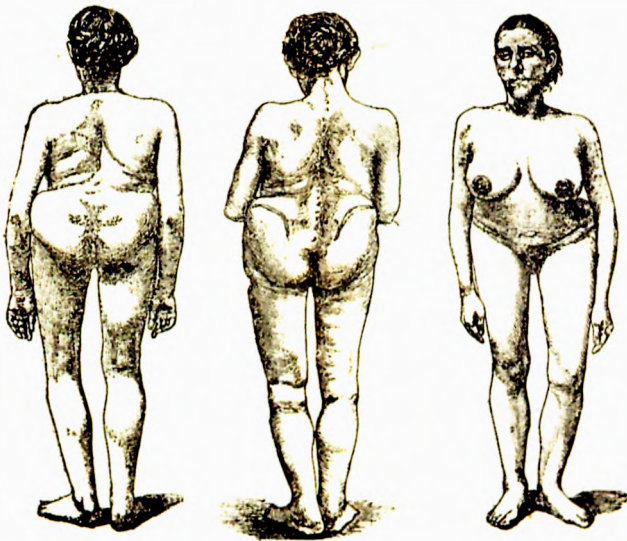


Fig. 16.

Fig. 17.

Fig. 18.

Fig. 17. Minna Berndtowa, 26 letnia II—grawida. Spondylolisthesis. (Spostrzeżenie własne).
 Fig. 16 i 18. Podobizny pacyentki profesora Dépaula (1868) o mylnem rozpoznaniu luxatio femorum iliaca congenita.

mi 2 fotografie kobiety, która w roku 1868 przy czwartej ciąży sponte urodziła żywe dziecko w klinice profesora *Depaul'a*. Depaul swego czasu rozpoznał obustronne wrodzone zwicnięcie kości udowych w stawach biodrowych. Już na pierwszy rzut oka rozpoznanie takie zdawało mi się nieprawdopodobnem, mylnem; mojem zdaniem, mogła tu być mowa o miednicy zniekształconej albo przez kręgozmyk, albo przez kyphosis lumbosacralis. Samej pacyentki nigdy nie widziałem, a przy-

puszczenie moje opierałem jedynie na rozumowaniu analitycznym przy pomocy własnego szematu, w tym celu ułożonego (patrz Fig. 16, 19—22). Może być, iż stwierdzono chód o znacznych oscylacjach bocznych trzonu (marche en canard), że ten chód budził podejrzenie istnienia obustronnego zwicnięcia w stawach bio-

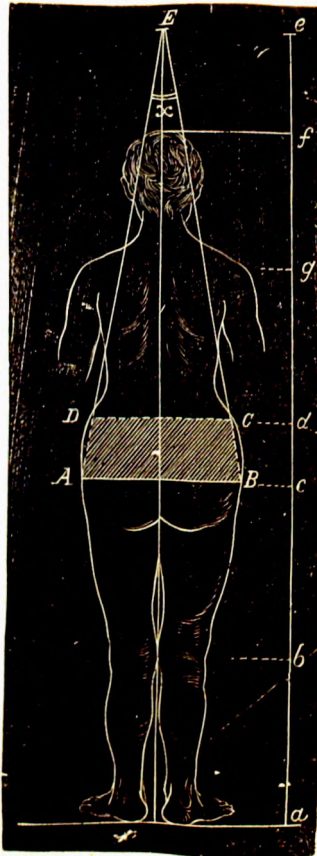


Fig. 19.

Szematy konturów ciała, rysowane podług fotografii.

Fig. 19. Kontury kobiety prawidłowo ukształtowanej.

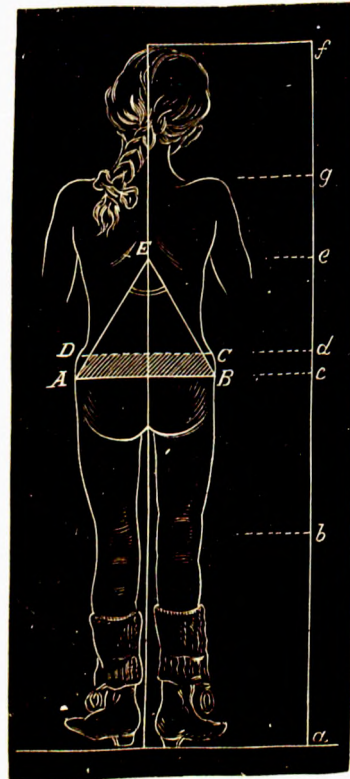


Fig. 20.

Fig. 20. Kontury kobiety przy luxatio congenita femorum iliaca bilateralis.

drowych, lecz taki sam chód zdarza się i przy kręgozmyku, jak np. u słynnej przez opis *Kilian'a Katarzyny Lommüsowej*.

Fig. 16 i 18 przedstawiają kopie dwóch fotografów owej pacjentki *Depaul'a*; pomiędzy nimi umieściłem figurę 17, rysu-

nek opisaną przezemnie w r. 1882 w Dreźnie 26-letniej *Mimny B.* o miednicy, przez kręgozmyk zniekształconej.

Gdy spojrzeć na figurę 16, 18, 22, widzimy najpierw, że skręty wielkie znajdują się w normalnym miejscu; dalej, że odległość grzebieni jest większa, niż odległość skrętów; że skrócenie ciała

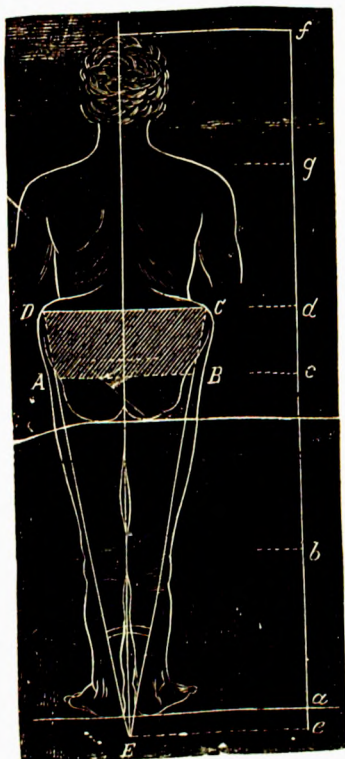


Fig. 21.

Szematy konturów ciała, rysowane podług fotografii.

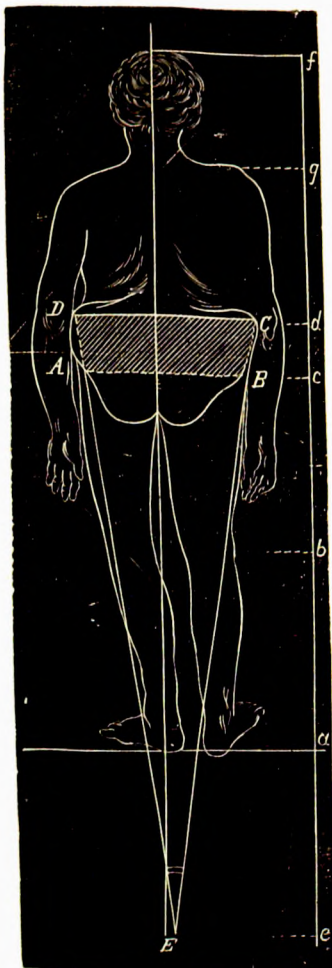


Fig. 22.

Fig. 21. Kontury kobiety o miednicy, przez kręgozmyk zniekształconej.

Fig. 22. Kontury paryżanki B. G., przez profesora Depaula opisaną, z mylnym rozpoznaniem miednicy luksacyjnej.

nie zależy od skrócenia dolnych kończyn (resp. wrzekomego skrócenia ud), a raczej od skrócenia samego trzonu, mianowicie oko-

licy lędźwiowej; wreszcie, że kontury miednicy odpowiadają nie konturom miednicy luksacyjnej, a konturom miednicy zniekształconej albo przez *kyphosis lumbosacralis*, albo przez kręgozmyk. Zmiana kształtów miednicy jest wprost przeciwna w miednicy luksacyjnej (mówię tylko o *luxatio femorum duplex iliaca congenita*)! Długie w porównaniu ze skróconym trzonem kończyny dolnej; zmniejszone nachylenie miednicy; *situs anterior pudendi*; kształt pośladków; prosty kąt pomiędzy grzebieniem kości podlędźwiowej po każdej stronie a bocznym konturem trzonu, bez widocznych wypukleń (odpowiadających skrętom) przy miednicy luksacyjnej; znamienne kształty miednicy; powiększony odstęp grzebieni kości podlędźwiowych i zmniejszony odstęp guzów kulszowych; wszystko to, razem wzięte, wyklucza wszelkie przypuszczenie miednicy luksacyjnej. Stanowczo twierdziłem, że tutaj chodzi o tak zwaną *pelvis obiecta*: czy kifotyczną, czy kręgozmykową; a ponieważ na fotografii (fig. 16) nie widać żadnego *gibbus lumbosacralis*, należy więc przypuszczać, że chodziło o kręgozmyk, a nie o kifozę. Racyę temu rozumowaniu przyznali pp. *Charpentier, Guénot, Tarnier, Porak, Doléris, Trélat, Després* i inni paryscy profesorowie, z którymi w tej kwestyi dyskutowałem. Dla porównania pomiędzy fig. 16 i 18 wstawiłem podobną kobietę o miednicy, przez kręgozmyk wysokiego stopnia zniekształconej, którą opisałem w 19 Tomie *Archiv f. Gynaekologie* pg. 448. Nie wchodząc w inne szczegóły różniczkowego rozpoznania, ponieważ już powyżej przytoczone starczą na usprawiedliwienie mego rozumowania, dodaję natomiast jeszcze szematyczny dyagram własnej konstrukcyi, dotyczący różniczkowego rozpoznania, opartego na analizie konturów ciała.

W tym celu zestawilem Fig. 19, 20, 21, 22. Gdy porównamy te figury, zauważymy pewne znamienne cechy bądź wspólne, bądź odrębne. Mamy przed sobą te szkice konturowane. Narysujmy w każdym szkicu linię międzyskrętową A. B. oraz linię międzygrzebieniową C. D.; połączmy linią prostą D. A. oraz C. B., otrzymamy wtedy czworokąt trapezoidalny A. B. C. D. Jeżeli przedłużymy linię A. D. oraz B. C. w tym kierunku, w którym konwergują, to owe dwie linie grzebienio-skrętowe przedłużone przecinają się w punkcie E. Punkt ten E przy miednicy prawidłowej (fig. 19) leży bardzo wysoko nad linią międzyskrętową, aż powyżej głowy danego osobnika; przy miednicy luksacyjnej (fig. 20) punkt E leży znacznie niżej, w okolicy grzbietu; przy

miednicy spondylolistetycznej (fig. 21) leży on nie powyżej, jak w fig. 19 i 20, lecz poniżej linii międzyskrętowej, a mianowicie poniżej stóp pacjentki. Podczas gdy w fig. 19 i 20 czworobok A B C D tworzy trapez o podstawie dolnej, w figurze 21 czworobok A B C D tworzy trapez o podstawie górnej.

Fig. 19 przedstawia kontury ciała kobiety, normalnie ukształtowanej.

Fig. 20 przedstawia kontury ciała panny o luxatio congenita femorum iliaca duplex.

Fig. 21 przedstawia kontury ciała kobiety o miednicy spondylolistetycznej.

Fig. 22 przedstawia kontury ciała paryżanki G., przez prof. *Depaul'a* opisanej, o rozpoznaniu dla mnie mylnem luxatio cong. iliaca femor. bilater. Jeżeli spojrzeć na trójkąt A B E w tych czterech figurach, to spostrzeżemy, że na figurze 19 i 20 podstawa trójkątu jest na dole, a na figurze 21 i 22 — w górze.

Kształt, t. j. wysokość i szerokość trapezu A B C D, na fig. 19 i 20 są wręcz odmienne niż na fig. 21; rysunek jest znamieny dla 3 typów miednicy: normalnej, luksacyjnej oraz spondylolistetycznej. Gdy porównać z typowymi szkicami (fig. 19, 20, 21) kontur (fig. 22), dotyczący osoby, przez *Depaul'a* opisanej, od razu ujawnia się kongruencya z szematem figury 21-ej. Z powodu komplikującej skoliozy punkt E jest przesunięty na prawo od linii pośrodkowej ciała. To, co powyżej powiedziałem, starczy dla uwydatnienia znaczenia tego rodzaju analitycznego badania szematu konturów ciała.

Gdy spojrzeć na dyagram frontalny miednicy (fig. 15), widać, że przedłużone kontury boczne miednicy normalnej spotykają się pod kątem X, miednicy luksacyjnej pod Z, a miednicy spondylolistetycznej pod Y.

Fig. 22 udowadnia, że rozpoznanie prof. *Depaul'a* było mylne i że sprawdziło się przypuszczenie moje czysto teoretyczne, że chodziło raczej o miednicę typu spondylolistetycznego albo kifotycznego, czyli pelvis obtecta, a bynajmniej nie o miednicę luksacyjną.

Zwracam przy tej okazji uwagę na pewien szczegół, już dawniej przeze mnie zaznaczony, lecz dotychczas przez żaden podręcznik położnictwa nie uwzględniony. Normalnie pozioma górna granica owłosienia sromu odpowiada górnej poziomej granicy przedniej ściany kostnej miednicy.

Przy zmniejszonym nachyleniu miednicy (przy *kyphosis lumbosacralis* i *spondylolisthesis*) przednia ściana miednicy unosi się ku górze, tak że górna pozioma granica jej leży o 2—6 centymetrów wyżej od górnego brzegu owłosienia sromowego. Na odwrót przy powiększonym nachyleniu miednicy (*pelvis plana*, miednica rachityczna płaska, luksacyjna etc.) górny brzeg owłosienia sromu leży o 1 do kilku centymetrów wyżej od górnego brzegu poziomego przedniej ściany miednicy. Uważam to za wskazówkę dyagnostyczną bardzo cenną, gdyż skonstatowanie tej różnicy pomiędzy górną granicą owłosienia a górną granicą przedniej ściany miednicy od razu zdradza odmienne nachylenie miednicy, jednocześnie zaś wskazuje, jakiego rodzaju zwężenie miednicy przypuszczać należy, a jakiego rodzaju zwężenie już z góry wykluczyć można. W powyżej opisanym przypadku górny brzeg przedniej ściany miednicy przewyższa o całe 2 ctm. górną granicę owłosienia sromu. W związku z taką zmianą nachylenia miednicy, aby wprowadzić przy badaniu palec do pochwy, badać wypada w innym kierunku. Przy zmniejszonym ad maximum nachyleniu miednicy, palec, wprowadzony pomiędzy wargi sromne rozwarłe, od razu wchodzi do pochwy. Przy powiększonym zaś znacznie lub ad maximum nachyleniu palec pomiędzy wargami napotyka dolną część spojenia łonowego: aby wprowadzić palec do pochwy, trzeba obejść palcem kostny kąt łonowy; otwór pochwy leży znacznie niżej, więcej ku dołowi, a nawet ku tyłowi, niż go szukano. Nie narysowałem odpowiedniego szkicu, aby nie obarczać redakcyi kosztem klisz, sądząc, że i tak czytelnik zrozumie, co powiedzieć chciałem. Najbardziej uwydatnia się owa dystopia pomiędzy położeniem przedniej ściany kostnej miednicy a miejscem owłosienia sromu oraz położeniem sromu (*situs vulvae antrospectus, retrospectus*) wtedy, gdy chodzi o zmianę nachylenia miednicy maksymalnego stopnia.

Na wszystkich poniżej pomieszczonych podobiznach grzbietu pacjentek o miednicy *spondylolistetycznej* widać, jak szeroko sterczy pomiędzy rozsuniętymi tylnymi częściami grzebieni kości podłędźwiowych tylna powierzchnia podstawy kości kuprowej. Pomiędzy tylnymi końcami grzebieni kości podłędźwiowych można przyłożyć całą szerokość dłoni do tylnej powierzchni kości kuprowej i wymacać nie tylko grzbietnik lędźwiowy, lecz obok niego po każdej stronie wyrostek stawowy dolny 5-go kręgu lędźwiowego; bardziej na zewnątrz znajdujemy guzikowaty występ

kostny, odpowiadający bocznikowi (proc. transversus) I-go kręgu krzyżowego (massa lateralis ossis sacri). Na niektórych rysunkach grzebienie kości podłędźwiowych oraz owe 5 występów kostnych, wymacalnych a często i widocznych, oznaczyłem czarną



Fig. 26.

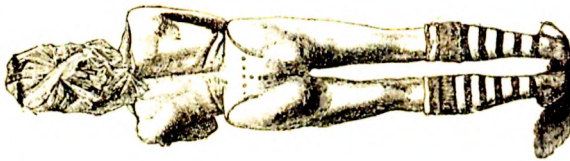


Fig. 25.

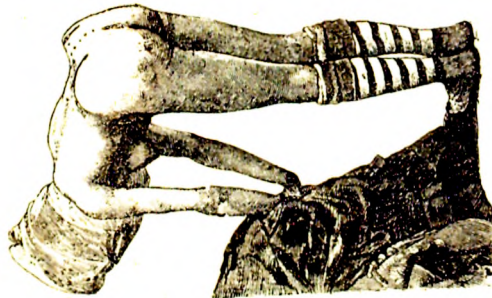


Fig. 24.



Fig. 23.

Pelvis obtecta e spondylolisthesi lumbosacrali. (Spostrzeżenie własne. Berlin, 1883).

farbą np. w figurze 17 i 25. Dla porównania załączam w tem miejscu szereg figur, dotyczących kilku innych spostrzeżeń kręgoszyku, kifozy lub miednicy luksacyjnej.

Fig. 23, 24, 25, 26 przedstawiają 27 letnią pacjentkę R. o klinicznie rozpoznanym kręgozmyku wysokiego stopnia. Czarnym tuszem oznaczono grzebień kości podłędźwiowych, grzbietniki ostatniego lędźwiowego kręgu i kości kuprowej, wyrostki stawowe dolne 5-go kręgu lędźwiowego. Na rysunkach widać wszelkie cechy znamienne, powstałe wskutek kręgozmyku. Skrócenie trzonu, zanurzenie dolnego końca klatki piersiowej do wewnątrz miednicy wielkiej, zmniejszone znacznie nachylenie miednicy, antrospectus vulvae, obwisłość brzucha, lordozę lędźwiową, biodra



Fig. 27.



Fig. 28.



Fig. 29.

Pelvis obtecta e spondylolisthesi lumbosacrali. (Spostrz. własne. Berlin, 1883).

pod kątem wystające, kąt lumbosakralny w profilu, zbliżenie barków do miednicy.

Naumyślnie przedstawiam tę samą pacjentkę w ubraniu (fig. 27, 28, 29). Sama postać odrazu budzi podejrzenie *pelveos obtectae* ze skróceniem trzonu. Kto raz widział kobietę o znacznego stopnia kręgozmyku, nigdy nie zapomni charakterystycznych konturów takiej osoby.

Pacjentkę badałem 1883 w Berlinie.

Fig. 30, 31, 32, 33, 34 przedstawiają 38-letnią wieśniaczkę Maryannę Op. o miednicy spondylolistetycznej, u której ś. p. Ojciec mój zeszył powstałą przy ostatnim porodzie przetokę moczową

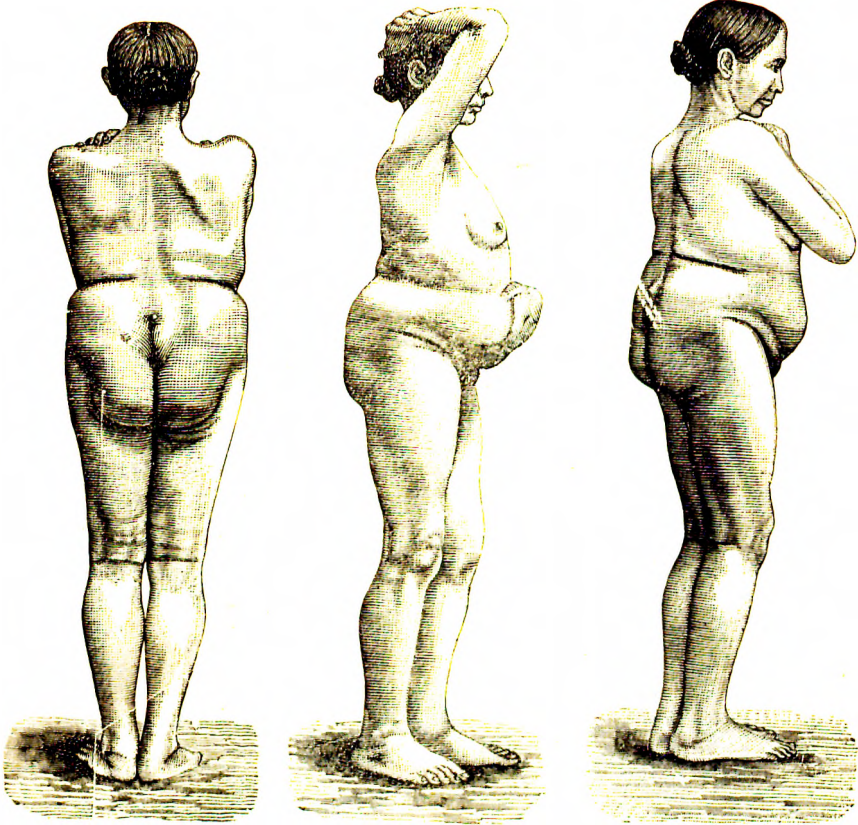


Fig. 30.

Fig. 31.

Fig. 32.

Pelvis obtecta e spondylolisthesi lumbosacrali. (Spostrz. własne. Warszawa, 1884).

wą szyi macicznej. Spostrzeżenie opisałem w Pam. Warsz. Tow. Lekar. oraz w Gazecie Lekarskiej (1893).

Wszelkie powyżej wyliczone cechy znamienne kręgozmyku tej pacjentki są tak wyraźne, że odrazu naprowadzają na wła-

ściwe rozpoznanie. Pacjentkę widziałem ponownie po 20 latach, gdy odwiedziła synową swoją w szpitalu Ewangelickim.

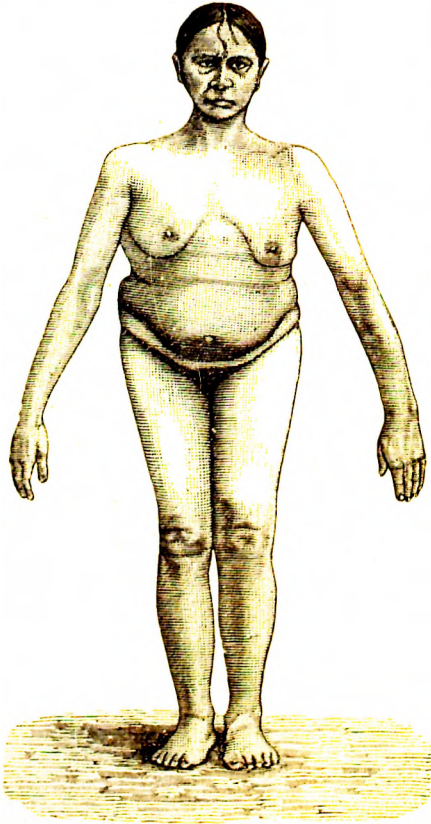


Fig. 33.

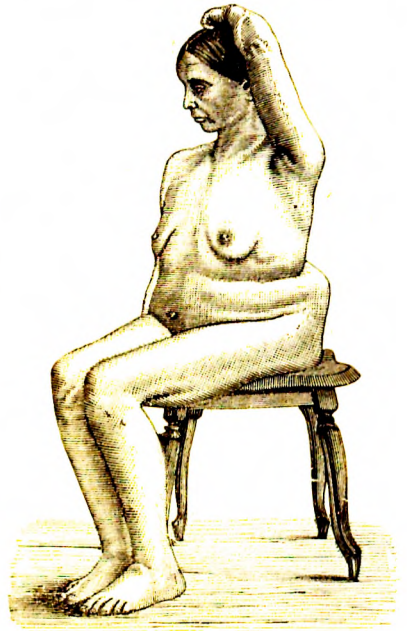


Fig. 34.

Pelvis obiecta e spondylolisthesi lumbosacrali. (Spostrz. własne. Warszawa, 1884).

Fig. 35, 36, 37 przedstawiają podobiznę Bettershausenowej, pacjentki prof. *Ahlfeld'a*, u której po 7 porodzie powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa wskutek zwężenia miednicy przez kręgozmyk.

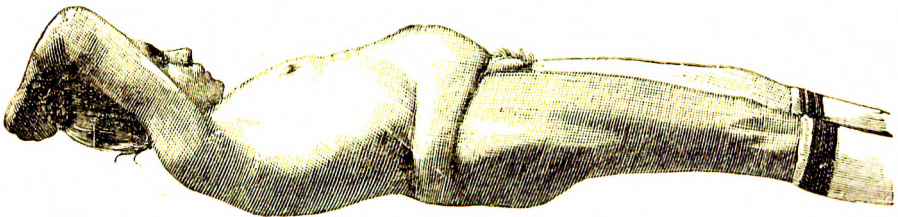


Fig. 37.

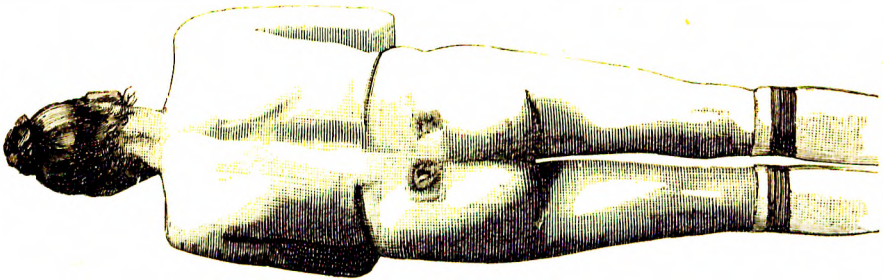


Fig. 36.

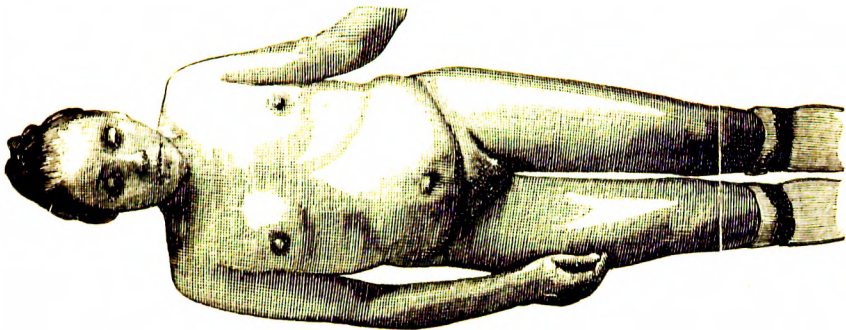


Fig. 35.

Spondylolisthesis. (Prof. Ahlfeld).

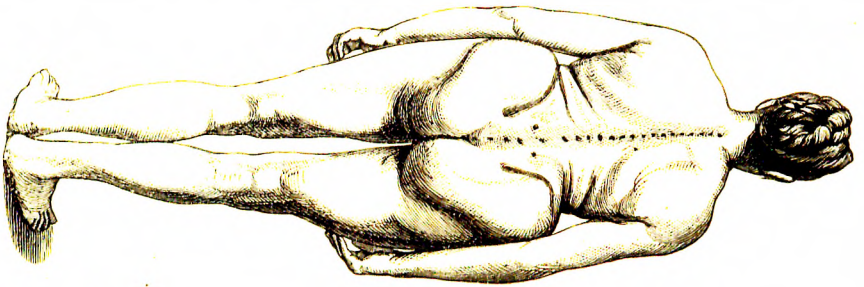


Fig. 38.

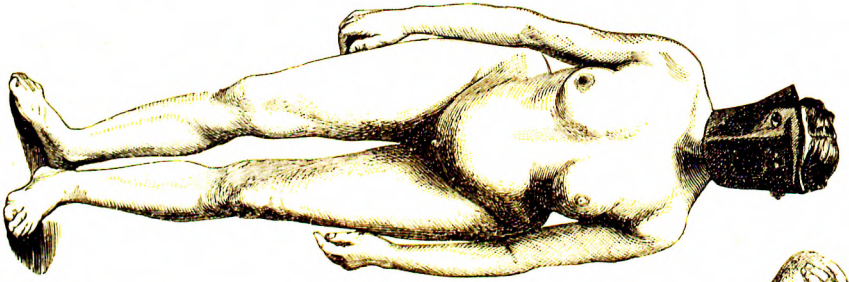


Fig. 39.



Fig. 40.

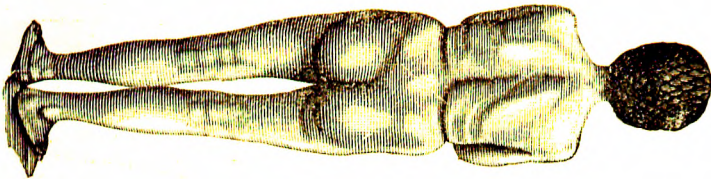


Fig. 41.

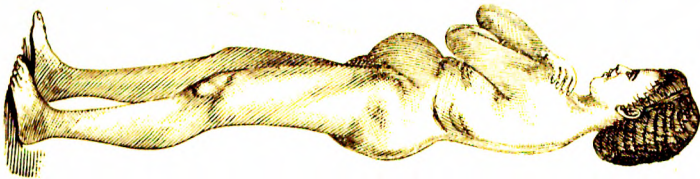


Fig. 42.

Fig. 38, 39 i 40 przedstawiają 42-letnią II—par. Amelię H., pacjentkę profesora v. *Winckla*, którą badałem w roku 1883 (Amelia Hellerowa).

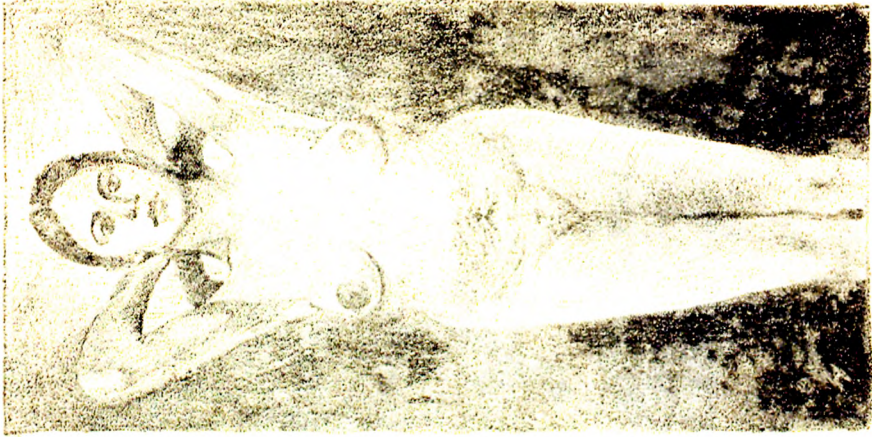


Fig. 44.

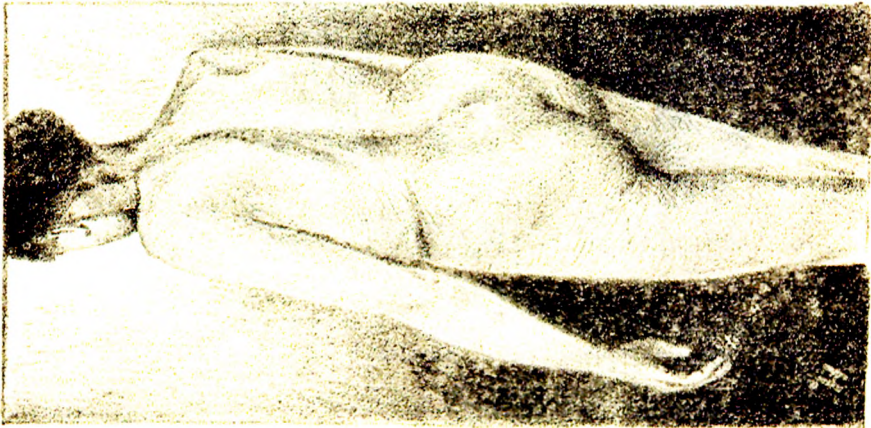


Fig. 43.

Fig. 41 i 42 przedstawiają Teresę Swatoschową, pacjentkę o miednicy spondylolistetycznej, opisaną przez *Schwing'a*.

Fig. 43 i 44 przedstawiają pacjentkę o miednicy spondylo-
listetycznej, u której dokonał cięcia cesarskiego *Herzfeld*.



Fig. 45.

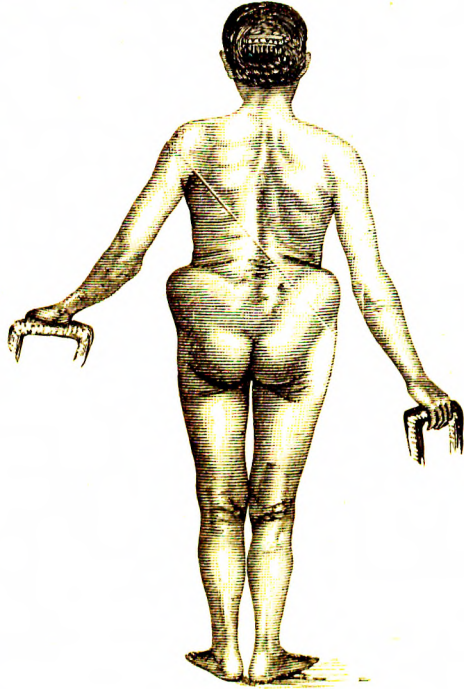


Fig. 46.

Fig. 45 i 46 przedstawiają podobiznę 30-letniej kobiety o krę-
gozmyku, opisaney przez prof. *Breisky ego*.

Fig. 47 i 48 przedstawiają Franciszkę Dol., 38 l., V—p.: spondylolisthesis lumbosacralis. (Spostrzeżenie własne).

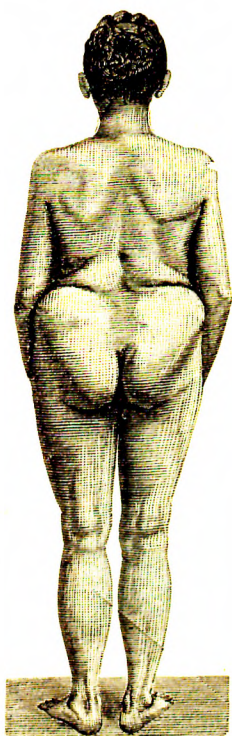


Fig. 47.

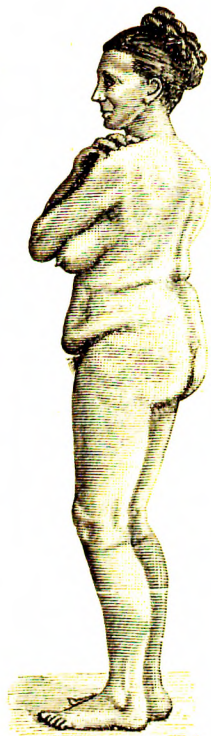


Fig. 48.



Fig. 49.

Fig. 49 przedstawia Annę B. przy końcu ciąży: spondylolisthesis. (Spostrzeżenie własne z Drezna).

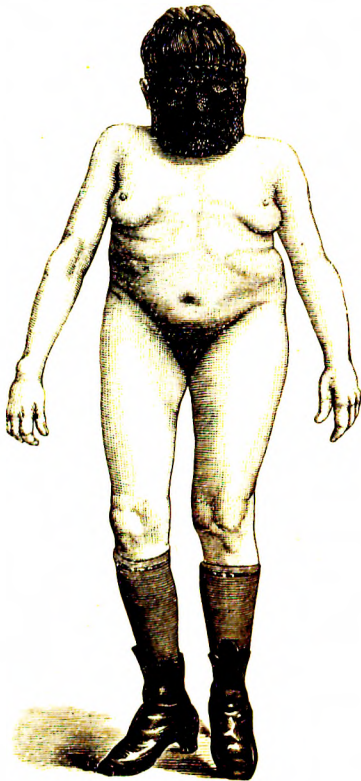


Fig. 50.

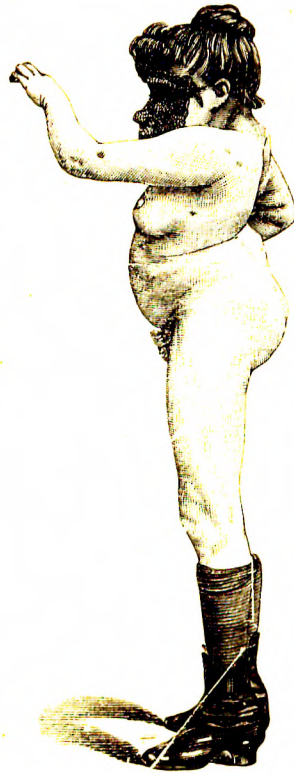


Fig. 51.

Fig. 50 i 51 przedstawiają kyphosis lumbosacralis. (Spostrz. własne z Warszawy, Olimpia K.).

D. C. N.

II.

SPRAWOZDANIA

CIAŻA POZAMACICZNA.

Pohorecky. — **Ciąża pozamaciczna z donoszonym płodem.** (*Časop. lékařů českých*, 1905, № 3).

14 listopada roku ubiegłego na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze demonstrował autor pouczający przypadek ciąży pozamacicznej. Dotyczy on 45 letniej kobiety, która rodziła poraz pierwszy przed 21, ostatnio zaś przed 13 laty. Porody były lekkie, okres poporodowy przebiegał prawidłowo; karmiła sama, miesiączkowała od 16 roku życia co 4 tygodnie bez żadnych dolegliwości. Ostatnia miesiączka 7 listopada 03 r. 12 grudnia podczas pracy koło domu uczuła nagle silne bóle brzucha, z powodu których musiała się położyć; nazajutrz wskazze stan zdrowia o tyle się poprawił, że mogła łóżko opuścić. Jednak po 3 dniach wystąpił znowu żywy ból, klócie i palenie w brzuchu, przywołany zaś lekarz skonstatował zapalenie otrzewnej, żółtaczkę i ostry niezbyt żołądka i kiszek. Gdy pomimo 4-tygodniowe leczenie stan chorej nieznacznie tylko uległ polepszeniu, udała się na oddział prof. Thomayera. Tu 5 lutego przy mocnym bólu krzyża wystąpiło 3 dni trwające krwawienie, które uznano za miesiączkę. Po 3 tygodniowym pobycie w szpitalu chora o tyle wydobrzała, iż została wypisana do domu, z tem wszakże zastrzeżeniem, że ma jakiś guz w brzuchu, który jeszcze raz zbadać wypadnie. Gdy chora zauważyła powolne ale stopniowe powiększanie się brzucha, udała się w kwietniu do lekarza, który stwierdził 6-miesięczną ciążę. Wkrótce potem chora uczuła ruchy płodu. W początkach kwietnia babka wiejska skonstatowała wadliwe położenie płodu i w celu usunięcia takowego poradziła chorej leżeć przeważnie na prawej stronie. Ruchy dziecka czuła chora do 16 sierpnia głównie z lewej strony, gdzie nawet wymacywała części płodu, później atoli zauważyła przesunięcie się płodu jakby ku prawej stronie, ruchy płodu ustały. We wrześniu z powodu umiarkowanego krwawienia zwróciła się do lekarza, który, znalazłszy ciążę pozamaciczną, radził jej poddać się operacji, czego jednak chora nie uczyniła.

Autor po raz pierwszy widział chorą dnia 30 października i znalazł wówczas stan następujący: chora niedokrwiasta, osłabiona, skarży się na znaczne bóle w lewej nodze, brzuch powiększony, kulisty, jak zwykle ku końcowi ciąży. Powiększenie brzucha zależy od obecności jajowatego guza, który, leżąc na środkowej linii, sięga u góry łuku żeberowego, dolnym zaś węższym odcinkiem

wchodzi do wejścia do miednicy. Ścianki guza umiarkowanie napięte, powierzchnia nierówna, konsystencya ciastowata. Badanie przez pochwę ujawnia stosunki następujące: dolny odcinek guza znajduje się w wejściu do miednicy, normalnej zaś prawie wielkości macica przylega doń na znacznej przestrzeni o tyle ściśle, że się nie daje od guza oddzielić. Sam guz nieruchomy. Podczas operacyi okazało się, że guz na całej przestrzeni jest zrośnięty z przednią ścianą brzucha tudzież z poprzeczną i po części z stępującą kiszka grubą. Zgięcie esowate również do guza przyrosłe i nieco ku przodowi przesunięte. Podczas usuwania guza z jamy brzusznej tylna ścianka worka płodowego pękła i część wady płodowej rozlała się. Dolny odcinek uwolniono przez podwiązanie całego więzła szerokiego, zaczynając od rogu macicy. Prawe przydatki normalne, w prawym więzle szerokim znaleziono i usunięto dermoid wielkości gołębiego jaja.

W danym przeto przypadku autor miał do czynienia z lewostronną ciążą trąbkową, przyczem pomimo pęknięcia worka do lewego więzła szerokiego płód rozwijał się pomiędzy dwoma nitkami więzła w kierunku ku mesosigmoideum. Cały preparat waży 4500 gr., płód rodzaju męskiego dobrze rozwinięty i całkiem donoszony. W ścianie worka płodowego z lewej strony znajduje się krwiak (haematoma).

Operacya trwała prawie 3 godziny; chora wyzdrowiała.

FR. GRODECKI.

Worrall.—Migratio extrauterina ovi przy ciążach pozamacicznych. (*Australian Med. Gaz.*, 1904, № 5).

Autor przy laparotomiach wskutek ciąży jajowodowej cztery razy natrafił na przypadki, gdzie corpus luteum leżało w jajniku drugim, nie zaś w jajniku po stronie ciężarnego jajowodu; wobec tego przypuszcza, iż jaje musiało odbyć wędrówkę albo przez macicę, albo drogą pozamaciczną—migratio externa. Ponieważ w jednym przypadku brzuszny koniec jajowodu tej strony, gdzie w jajniku znaleziono corpus luteum, był zarośnięty, stanowczo więc należy tu przypuszczać migratio externa.

Cripps i Williamson (*Brit. Med. Journ.* 1904, I, str. 711) spostrzegali trzy razy ciążę jajowodową po tej stronie, gdzie dawniej z powodu zmian chorobowych usunięto jajnik; także spostrzeżenia opisali Küstner oraz Howard Kelly.

(Referent posiada preparat pośmiertny ciąży bliźniaczej: ciąża dziesięcioletniowa macicy, 17-dniowa w jajowodzie prawym—obydwa zaś corpora lutea znajdują się w jajniku lewym).

FR. NEUGEBAUER.

W. D. Haggard. — **Usunięcie kości płodu pozamacicznego z pęcherza moczowego na drodze cystotomiae vaginalis.** (*Med. Record.*, 8. X, 1904).

31-letnia kobieta uważała się za ciążarną. W przeciągu pierwszych dwunastu tygodni uczuwała ból w pęcherzu i przy oddawaniu moczu. Gdy minęło 6½ miesięcy, ciążarna przestała odczuwać ruchy płodu. Z przyczyny bólów przeleżała wtedy miesiąc w łóżku. Od roku trwają bóle w miednicy, objętość brzucha zmniejszyła się. Nareszcie zjawily się wydzieliny ropne z pęcherza, z moczem wydzielilo się przez cewkę żebro płodu. W ciągu następnego roku tą samą drogą wydzielilo się 86 kostek. Pęcherz był bardzo bolesny, przy obmacywaniu stwierdzono w nim krepitację. Kości płodu, leżące w pęcherzu, okryły się powłoką z fosfatów wapnia. Palcem, wprowadzonym pod narkozą do pęcherza, udało się wymacać obecność mnogich kości oraz otworu prowadzącego do jakiejś zatoki w górnej części pęcherza. Ponieważ kości były za wielkie dla usunięcia przez cewkę, dokonano kolpocystotomii i tą drogą usunięto 55 kostek. Kilka kostek pozostało wśród ziarniny w miejscu pierwotnej siedziby płodu pozamacicznego. Zastosowano obfite przepłukiwania pęcherza, i dopiero po sześciu tygodniach zaszyto przetokę pęcherzowo-pochwową drutem srebrnym. Chora zupełnie wyzdrowiała.

(W podobnym przypadku kol. Groszlik usunął niedawno z pęcherza liczne kości płodu pozamacicznego, od wielu lat obumarłego.—Ref.)

FR. NEUGEBAUER.

DOŚWIADCZENIA NAD ODOSOBNIĄ MACICĄ.

E. M. Kurdinowski. — **Physiologische und pharmakologische Versuche an der isolierten Gebärmutter.** Fیزیologiczne i farmakologiczne doświadczenia nad odosobnioną macicą. (*Zentralbl. f. Physiol.*, XVIII, 1).

Dla ożywienia wyciętej macicy Kurdinowski zastosowywał roztwór fizyologiczny Locke'a. W jednym przypadku macica ciążarna ożywiła się na przeciąg 49 godzin i 40 minut. W dwóch przypadkach spostrzegał K. szczegółowo mechanizm porodu na odosobnionej macicy.

Na zasadzie 26 badań fizyologicznych dochodzi autor do wniosków następujących:

1. Macica odosobniona jest odpowiednia dla wyjaśnienia wielu spornych punktów, dotyczących fizjologii tego narządu, których rozstrzygnięcie jest niemożliwe przez doświadczenia na żyjącem zwierzęciu. Tak np. pytanie, czy macica zdolna jest samodzielnie się kureczyć, rozstrzygnięte być może tylko przez spostrzeżenia nad macicą odosobnioną.

2. Macica jest uzdolniona we wszystkich okresach życia płciowego do samodzielnej, skurczowej czynności; macica dziewicza nie stanowi pod tym względem wyjątku.

3. Samowolne skurcze macicy wyrażają się krzywą fal, które mają wygląd stożka zaokrąglonego u wierzchołka i oddzielone są od siebie równymi prawie przerwami wypoczynkowymi.

4. Macica oddziaływa na bodźce termiczne i mechaniczne; pod ich wpływem skurcze macicy wzmacniają się i stają się mniej lub więcej tężcowymi. W tych warunkach występuje często rzeźwisty tężec.

5. Zimno i gorąco działają na macicę zarówno silnie.

6. Na bodźce elektryczne macica odosobniona jest stosunkowo mało czuła.

7. W końcu ciąży wycięta, a więc odosobniona, macica jest bezwarunkowo zdolna do porodu. Przy obserwowaniu tego ostatniego zwracają uwagę samodzielne skurcze więzów szerokich, aczkolwiek więzy szerokie, a także i obłe, biorą udział i przy skurczach macicy nieciążarnej.

8. Wszystko, co się spostrzega na odosobnionej macicy, a głównie przy pracy jej porodowej, pozwala rozstrzygnąć w pewnym stopniu kwestję sporną w fizjologii macicy, mianowicie kwestję dotyczącą unerwienia tego narządu. Zdaje się, że macica mało ulega wpływowi układu nerwowego centralnego, przynajmniej w czynności swej skurczowej. Badanie macicy odosobnionej wykazuje ważny udział miejscowego unerwienia macicy w wywoływaniu skurczów.

Doświadczenia farmakologiczne dały wyniki następujące:

1. Doświadczenia farmakologiczne nad odosobnioną macicą mają tę zaletę, iż łatwiej jest przy nich, ponieważ macica pozostaje niezależną od układu nerwowego centralnego, objaśnić rodzaj i sposób działania danego środka i oznaczyć granicę między działaniem miejscowym a centralnym.

2. Hydrastinina działa na macicę tężcowo, t. j. że skurcze macicy nabierają charakteru tężcowego.

3. Na naczynia macicy odosobnionej hydrastinina nie wywiera działania, z czego wynika: a) że wywołane przez hydrastininę skurcze nie zależą od zwężenia naczyń, i b) że właściwe hydrastininie działanie, wywołujące zwężenie naczyń, powstaje nie na drodze miejscowego unerwienia, lecz układu nerwowego centralnego.

4. Kwas sfacelinowy działa na macicę w ten sam sposób, jak hydrastinina; nie wywiera on również wpływu na naczynia odosobnionej macicy.

5. Kwas sfacelinowy, zastosowany u żywego zwierzęcia, daje taką samą krzywą skurczów macicy, jaką otrzymuje się na macicy odosobnionej. W obu razach tężcowy charakter skurczów jest nader wyraźny.

6. W ten sposób wyjaśnia się nieco zawikłana kwestya dzia-

łania sporyszu na macicę, a mianowicie iż sporysz wywiera działanie na drodze miejscowego unerwienia, powodując skurcze macicy zupełnie niezależnie od zwężenia naczyń.

7. Adrenalina, w najslabszych nawet roztworach, działa silniej na macicę, niż środki uważane za specyficzne. Wywołuje gwałtowne oddziaływanie, wzmacniając znacznie skurcze maciczne aż do skurczów tężcowych, i zwiększa pobudliwość macicy.

8. Doświadczenia, przedsięwzięte na macicy żywego zwierzęcia i na odosobnionej (wyciętej) macicy tego samego zwierzęcia, dały jednostajną krzywą skurczów.

9. Adrenalina silnie zwęża naczynia macicy odosobnionej.

10. Alkohol i chloralhydrat wywierają na odosobnioną macicę wpływ stosunkowo mały.

11. Tylko skoncentrowane roztwory tych środków znoszą czynność skurczową macicy.

12. Zauważyć można, iż charakter skurczów macicy, wywołanych przez bodźce czy to fizyczne, czy też chemiczne, jest zawsze jednostajny. Krzywe w ten sposób otrzymane posiadają zazwyczaj dłuższe linie obniżenia, niż wzniesienia.

13. Wiele z faktów, spostrzeganych na macicy odosobnionej, można obserwować również na innych narządach o mięśniach gładkich.

Porównawszy własne swe spostrzeżenia z danymi znanymi w literaturze, autor dochodzi do wniosków następujących:

1. Skurcze tkanek o mięśniach gładkich wyróżniają się wogóle przez stosunkowo długie okresy utajenia i przez bardzo powolne pobudzenie; dalej charakteryzują się swym ruchem robaczkowym, powolnością i bezustanną skłonnością do falistego rozszerzenia się daleko po za miejsce, w którym skurcz powstał.

2. Tkanki o mięśniach gładkich posiadają niezaprzeczoną zdolność do zupełnie samodzielnych skurczów, które powstają pozornie bez jakiegokolwiek zewnętrznego bodźca. Skurcze te są regularne, rytmiczne i odpowiednie celowi. Na krzywej występują jako prawidłowe fale o liniach obniżenia i wzniesienia symetrycznych. Po skurczach samodzielnych następują kolejno przerwy wypoczynkowe, przyczem widoczna jest prawidłowość tych zmian.

3. Tkanki o mięśniach gładkich oddziałują na bodźce termiczne, mechaniczne i chemiczne; ich wrażliwość na bodźce elektryczne nie jest stosunkowo znaczna, przynajmniej w narządach odosobnionych. Mięśnie gładkie są szczególnie czułe na szybkie wahania ciepłoty; na tej drodze można utrzymać je w stanie tężcowym, który również występuje przy wielokrotnym działaniu bodźców mechanicznych. Krzywe skurczów, wywołanych sztucznymi bodźcami, odznaczają się mniej lub więcej wydatnym charakterem tężcowym.

4. Ponieważ macica odosobniona więcej niż przez dwie doby

zachowuje swą pobudliwość, to prawdopodobnie mięsień macicy pobudzany być może do skurczów przez wprost nań działające bodźce.

J. ROSENTHAL.

UNERWIENIE NARZĄDÓW RODNYCH KOBIECYCH.

Jung. — **Untersuchungen über die Innervation der weiblichen Genitalien.**

Badania nad unerwieniem narządów rodnych kobiecych. (*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, Tom XXI, Zesz. I).

W r. 1867 Frankenhäuser po raz pierwszy opisał szczegółowo unerwienie narządów płciowych kobiecych; stwierdził on istnienie parzystego ganglion, znajdującego się z boku szyi macicznej i nazwanego następnie *ganglion Frankenhäuseri*. Wielu autorów poddawało niejednokrotnie krytyce wyniki badań Frankenhäusera, utrzymując, że w miejscu, przez niego wskazanem, istnieje nie ganglion, lecz jedynie plexus.

Jung, chcąc przekonać się o prawdziwości twierdzeń Frankenhäusera, zbadal drobnowidzowo zawartość miednic dwóch nowonarodzonych dziewczynek. Autor ten, po możliwie dokładnem odpreparowaniu kości, całą zawartość miednic zatopił w celloidynie i wykonał szereg cięć kolejnych w kierunku strzałkowym, w celu dokładnego zbadania przebiegu, rozgałęzień i połączeń pni i komórek nerwowych. Oprócz tego Jung zbadał w sposób podobny połowę miednicy kilku płodów żeńskich, których długość wynosiła od głowy do pośladków 10, 14, 16 i 23 cm. Preparaty były barwione hematoksyliną-eozyną. Wyniki badań Junga są następujące: 1) W tkance przymacicznej na wysokości sklepienia pochwy i szyi macicznej, nazewnątrz od macicy i pochwy znajduje się zwój (ganglion cervicale), w którym łączą się bardzo obfite włókna nerwowe, które zawierają liczne drobniejsze zwoje; włókna te sięgają z jednej strony do dna miednicy i dolnej części pochwy, z drugiej zaś wzdłuż moczowodów do pęcherza, do zagłębienia pęcherzowo-macicznego i maciczno-odbytnicowego; istnieją dalej włókna idące jajnikami i do ganglion renale; w macicy podotrzewnowo znajdują się zwoje większych rozmiarów. 2) W ganglion cervicale schodzą się wszystkie nerwy narządów płciowych. 3) Zwój ten nie posiada tak znacznych rozmiarów, jak to przypuszczał Frankenhäuser. 4) Cała przednia i tylna ściana pochwy aż do mięśni dna miednicy opleciona jest gęstą siecią włókien nerwowych i zwojów, znajdujących się w połączeniu z ganglion cervicale i coraz rzadszych w kierunku ku środkowej linii pochwy i macicy. Jung stara się następnie rozstrzygnąć pytanie, czy anatomiczne rozmieszczenie nerwów w narządach płciowych może wyjaśnić przyczynę powstawania bólów porodowych. Keilmann i Knüppler objaśniali sprawę powstawania bólów po-

NOWOŚĆ!

Ulepszona
Sprzążka automatyczna
UNIWERSALNA

Niezbędna do pasów brzusznych dla kobiet,
do przepasek menstruacyjnych, napierśni-
ków, gorsetów higienicznych, wszelkiego ro-
dzaju pasów chirurgicznych, suspensoryów, sztucz-
nych kończyn, szelek do prostego trzymania się
i t. p.

NAGRODZONA
Listem Pochwalnym
na Wystawie Wileńskiej.

Patent Nr 7719.



JENERALNA REPREZENTACYA I SPRZEDAŻ
HURTOWA

Warszawa, Żelazna Nr 55.

F. Kwieciński.



PIJCIĘ

Oryginalne Węgierskie

WINA

pod pieczęcią komory celnej

Z WINNIC

D=ra Jules Szabó

Miskolcz Tállya (Tokaj)

w cenach od Rb. 1,20 do Rb. 39,50.

rodowych względami anatomicznymi, uciskiem mechanicznym poprzedzającej części płodu na nerwy szyi macicznej; dotychczas jednak nie umiano wytłomaczyć, dlaczego w dalszym przebiegu porodu następuje potęgowanie się skurezów macicy. Otóż, zdaniem Junga, sprawę tę wyjaśnia obecność znalezionej przez niego gęstej sieci nerwów, oplatających pochwę, przez co staje się zrozumiałe, że, w miarę obniżania się płodu, coraz większa ilość nerwów zostaje podrażniona: teorię Keilmanna i Knüpplera uważa autor za najbliższą prawdy.

ST. NOWAK.

KRAUROSIS VULVAE.

Ph. Jung.—*Die Aetiologie der Kraurosis vulvae.* Przyczyny kraurosis sromu. (*Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn.* T. 52, Z. 1).

Jako kraurosis sromu pierwszy Breisky opisał cierpienie, przy którym następuje zanik większych i mniejszych warg sromnych, z jednoczesnem charakterystycznym zabarwieniem azbestowem skóry, silnie naprężonej i mającej usposobienie do nadpęknięć. Osobniki, cierpieniem tem dotknięte, uskarżają się na naprężenie w częściach płciowych przy chodzeniu, rozstawianiu nóg, spółkowaniu, a także na palenie i swędzenie. Wielu następnych obserwatorów (Janowsky, Ohman, Dusmenil, Martin, Mars, Peter, Heller i t. d.) uważa przyczyny kraurosis za ciemne, gdy znowu jedni jako powód podają wyciek tryprowy lub niespecyficzny (Orthman), inni znowu neurozę (Roux) lub zaburzenia w sferze troficznej nerwów (Longyear), zwyrodnienie naczyń (Lawson Tait), cierpienia pochodzenia zapalnego, często ze swędzeniem (pruritus) połączone (Veit). Wobec tej różnorodności zdań nasuwa się pytanie, czy wogóle kraurosis sromu uważać należy za samoistną chorobę. Obrazy drobnowidzowe mają pewną istotną jednolitość: sklerozę i obrzmienie tkanki łącznej skóry właściwej (corium), zanik brodawek, drobnokomórkowe nacieczenie w głębszych warstwach, zanik w tkance, uległej sklerozie, włókien sprężystych i oprócz tego zanik sieci Malpighiego i warstwy rogowej.

W czterech przypadkach, które ani klinicznie, ani makroskopowo nie przedstawiały się jako kraurosis sromu (w dwóch przypadkach był rak), Jung znalazł, przy niejednokrotnem badaniu drobnowidzowem skóry sromu, za każdym razem zmiany zapalne przewlekłe, dające obraz zmian właściwych kraurosis: różnica była tylko ilościowa. Stąd autor wyprowadza wniosek, iż wszelkie przypadki kraurosis sromu uważać należy za końcowy okres zapalenia przewlekłego sromu (vulvitis chronica). Kraurosis sromu nie może być więc uważane za chorobę samoistną. Przyczyny kraurosis sromu są te same, co zapalenia przewlekłego sromu (zapalenie, powodowane drapaniem przy swiądzie, zapalenie przy wyciekach natury specyficznej lub niespecyficznej, cu-

kromocz, przymiot, samogwałt, nowotwory), z którego w pojedynczych przypadkach powstaje jako okres końcowy. Spostrzegane raki sromu, powstałe na tle kraurosis, są analogiczne z naroślami rakowatemi, powstałymi na skórze uległej zapaleniu, jak np. przy obecności wrzodów goleniowych, na wargach u palaczy tytoniu (w fajce) i t. p.

J. ROSENTHAL.

GORĄCZKA W CZASIE PORODU.

E. Ihm. — **Ueber die Bedeutung des Fiebers in der Geburt.** O znaczeniu gorączki podczas porodu. (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie*, T. 52, Z. 1).

Najlepsze nawet podręczniki położnictwa nie podają najczęściej, w jaki sposób należy postępować przy gorączce, rozpoczynającej się podczas porodu. Autor, na zasadzie spostrzeżeń z kliniki Wintera, określa swe stanowisko w sposób następujący: Bezwzględnie należy bezzwłocznie przystąpić do rozwiązania, nawet w cięższych przypadkach, przy rozpoczynającej się gorączce zakaźnej, jeżeli jest to możliwe w sposób względnie bezpieczny i w warunkach pozwalających na rozwiązanie, a więc np. zapomocą kleszczy, pociągania za nóżki, wymóżdżenia, przy zupełnie lub prawie zupełnie otwartem ujściu macicznym. Inne zachodzą stosunki przy gorączce w okresie otwierania się ujścia macicznego lub przy braku warunków dla zastosowania łatwej metody operacyjnej. Jeżeli w tym razie niema wskazania życiowego (np. nadmierne rozciągnięcie dolnego odcinka macicy), nakazującego przystąpić bezzwłocznie do ukończenia porodu, to lepiej jest postępować wyczekująco. Wynikiem trudnych wysokich kleszczy, wydobywania płodu przy niedostatecznym otwarciu ujścia bywa najczęściej urodzenie nieżywego lub zamierającego dziecka, ciężkie obrażenia przewodu rodowego matki i następnie połów z wysoką gorączką. Lepiej jest wyczekiwać, dopóki dziecko nie zamrze, i następnie dokonać rozwiązania zapomocą łatwiejszej i bezpieczniejszej operacji, jakiem jest wymóżdżenie.

Przy gorączce, dopiero co rozpoczynającej się, wskazane jest przyspieszenie porodu przez pobudzenie wszelkimi sposobami silnych bólów porodowych. Ihm zaleca użycie w tym celu podrażnień od strony powłok brzusznych i gorące natryski pochwowe.

J. ROSENTHAL.

III.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE

TOWARZYSTWO GINEKOLOGICZNE KRAKOWSKIE.

Posiedzenie zwyczajne dnia 26 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy: kol. **Braun**. Obecnych 7 członków.

1) Protokół odczytany przyjęto.

2) Kol. prof. **Rosner**: **Vulvovaginitis pruriginosa infectiosa gravidarum**. (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusji potwierdza kol. WIKTOR STANKIEWICZ, że cierpienie to bywa bardzo uporczywe i dolegliwe; zna on chorą, która wprowadzała sobie lód do pochwy w celu uśmierzania dolegliwości. Używał w celach leczniczych przestrzykiwań rozczytnym sody i octu drzewnego ze skutkiem dobrym, lecz przemijającym rychło.

3) Kol. **Wiktor Stankiewicz** omówił przypadek **raka pochwy**, operowanego od jamy brzusznej sposobem Wertheima z dobrym wynikiem dla chorej. Przypadek ten dotyczył chorej dziewczyny, lat 33 liczącej, l. p. u. 91 (23). Pierwsze objawy zachorzenia datowały się od 4 miesięcy. Przedmiotowo stwierdzić można było naciek rakowaty wielkości dłoni dziecka, zajmujący sklepienie tylne i lewe, ścianę pochwy tylną i obie boczne i przechodzący na ścianę prostnicy. Operację sposobem Wertheima wykonano w danym przypadku typowo, w miejscu, gdzie naciek nowotworowy przechodził na prostnicę, musiano wraz z naciekiem usunąć część jej ściany. Brzegi wyciętej ściany jelita zeszyto. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, i chora, zupełnie uleczona, bez śladu nawrotu choroby, opuściła klinikę w miesiąc po zabiegu.

4) Kol. doc. **Dobrowolski** omówił przypadek **niezupelnego rozległego pęknięcia macicy**, leczony przez wyjęcie macicy drogą pochwy z wynikiem dla chorej niepomyślnym. Przypadek ten dotyczył wieloródki, lat 36 liczącej, l. p. u. 77 (347), która odbyła prawidłowo trzy poprzednie porody. Obecny poród rozpocząć się miał na dobę przed przybyciem do kliniki. W klinice u chorej, zaraz po jej przybyciu, znaleziono położenie płodu główkowe ciemieniowe, główkę w pochwie, płód nieżywy i objawy pęknięcia macicy. Po rozwiązaniu rodzącej przez wymóżdżenie stwierdzono bardzo rozległe pęknięcie szyi po stronie prawej, przez które cztery palce wchodziły w bardzo dużą jamę w tkance przymacicznej, wypełnioną skrzepami. Bardzo znaczne po rozwiązaniu krwawienie do wspomnianej jamy zmusiło do wykonania wyjęcia macicy, które bez większych trudności dało się skutecznie od strony pochwy. Mimo to chora uległa zakażeniu i nazajutrz po operacji zmarła z powodu ogólnego posokowatego zapalenia otrzewnej.

W dyskusji zabierali głos kol.: ROSNER, PIOTROWSKI, JANGUSTYN i W. STANKIEWICZ.

5) Kol. **Piotrowski** omówił przypadek **porodu u kobiety dotkniętej spondylolisthesis**, ukończony cięciem cesarskim sposobem Porry (rzecz drukowana w *Ginekologii*).

W dyskusji zabierał głos kol. prof. ROSNER i wykazywał, jak wszystkie znane objawy kliniczne tego schorzenia kośćca były wyraźnie w danym przypadku zaznaczone.

6) Kol. **Jangustyn** omówił **przypadek samoistnego pęknięcia spojenia łonowego przy porodzie fizyologicznym**, bez uszkodzenia części miękkich, z następczem zropieniem stawu. Przypadek ten był leczony operacyjnie na oddziale ginekologicznym szpi.

tala św. Łazarza z wynikiem zupełnie pomyślnym. W przypadku danym po opróżnieniu ropnia można było stwierdzić rozstąpienie się kości łonowych tylko od przodu.

W dyskusyi zabierali głos kol.: W. STANKIEWICZ, prof. ROSNER i doc. DOBROWOLSKI.

7) Kol. **Wiktor Stankiewicz** przedstawił chorą, l. 45 liczącą, l. p. 120 (52), którą przed laty pięciu operowano w klinice z powodu obrzymego **torbielaka jajnika**, tak ściśle z otoczeniem pozrastanego, że podówczas nie można było nic usunąć w całości, a ograniczono się tylko do częściowego wycięcia. W dwa lata później taż sama chora zgłosiła się z powodu uwięźnięcia przepukliny pępkowej, i z tego powodu operowano ją w krakowskiej klinice chirurgicznej. Obecnie zgłasza się znowu z powodu torbielaka bardzo dużego, zupełnie nieruchomego. Tym razem wykonano zupełne wyluszczenie guza, przyczem wycięto wyrósteł robaczkowy, zraniono jelito cienkie, nacięto moczowód prawy i zamputowano wraz z guzem macicę. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyło się w 3 tygodnie po zabiegu ropnierzce po stronie prawej, które ustąpiła samoistnie po upływie 1½ tygodnia, i wypocina w przymaciczu prawem, która również uległa w zupełności wessaniu.

Sekretarz S. DOBROWOLSKI.

TOWARZYSTWO LEKARZY POLAKÓW W PETERSBURGU.

W dniu 8 listopada n. st. 1904 r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarzy polaków w Petersburgu, które stanowi sekcję miejscowego rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności. Kol. prof. **Szczęśny Raczyński** wygłosił odczyt pod tytułem **Gruźlica kobiecych narządów płciowych**.

Omówiwszy dane piśmiennicze, dotyczące gruźlicy kobiecych narządów płciowych, zwłaszcza przypadki, ogłoszone w języku rosyjskim, prelegent zatrzymuje się na spostrzeżeniach tego cierpienia w klinikach rosyjskich na podstawie otrzymanych przez się z tych klinik odpowiedzi. Gruźlica narządów płciowych kobiecych w niektórych klinikach rosyjskich nie była spostrzegana wcale, w innych odnotowano 1—2, w jednej wreszcie 4 przypadki; 2 przypadki dotyczą gruźlicy części pochwowej szyi macicy. Następnie prelegent przytacza 2 spostrzeżenia własne, z których pierwsze dotyczy rzadkiej postaci gruźlicy części pochwowej szyi.

Przypadek I-szy: chora, lat 33, rodziła 2 razy; ostatni poród odbył się przed 10-ciu laty. Ostatnia miesiączka przed trzema laty. Uskarża się na tępe bóle w dole brzucha od czasu ostatniego porodu. W ostatnich dwu latach obfite wydzieliny z pochwy, niekiedy z domieszką ropy i krwi; znaczne osłabienie ogólne. Badanie: część pochwowa szyi szczupła, całkowicie owrzodzona; poprzeczny waleczek, pokryty nabłonkiem, dzieli wrzód na dwie części: prawą i lewą; na lewo ku górze wrzód przechodzi na sklepienie pochwowe; brzegi wrzodu barwy ciemno-czerwonej, nieco podminowane, nadżarte, strzępiaste; w niektórych miejscach żółtawe gruzelki; dno wrzodu przedstawia nierówną ziarninującą powierzchnię, powleczoneą żółtawym nalotem. Zewnętrzne ujście macicznego odszukać zgłębnikiem nie udało się; macica nieco powiększona, ruchoma, przesunięta w lewo i w tył wskutek skrócenia przez bliźnę lewego więzadła krzyżowo-macieznego. Ogólna niedokrwiistość; złepne zapalenie lewej opłucnej. Mąż zmarł na suchoty. Zawieszoną z ziarniny, zeskrobanej z wrzodu, zastrzyknięto dwóm świnkom morskim bez skutku. Gdy leczenie jodkiem potasu i szaruchą nie przyniosło korzyści, powierzchnia wrzodziąca zwiększała się, prelegent wyciął wrzód i wypalił powierzchnię żegadłem

Pacuelina; w dalszym jednak ciągu zjawily się znowu wrzodziki, które, ulegając rozpadowi i zlewając się, zajęły przednie sklepienie aż do pęcherza moczowego; wtedy wykonano całkowite pochwowe wycięcie macicy. Badanie wyciętej macicy wykazało zupełne zajęcie jej jamy szarawo-żółta zserowaciałą masą; także ognisko znajdowało się w prawej górnej części ściany macicy; wreszcie z lewej strony były dwa szarawe gruzelki. Badanie drobnowidzowe wykazało *gruźlicze porażenie macicy i endosalpingitis tuberculosa*, jakkolwiek zewnętrznie jajowody zmian nie przedstawiały. W przebiegu pooperacyjnym należy zaznaczyć bardzo powolne zabliznianie się powierzchni ziarninowej, która nawet w 1½ miesiąca nie była jeszcze zablizniona ostatecznie. Na mocy tego spostrzeżenia prelegent uważa za niezupełnie uzasadnione zalecanie miejscowej kuracji w gruźlicy części pochwowej macicy; prelegent jest zwolennikiem wycinania w tych przypadkach macicy z jej przydatkami, ponieważ nawet w przypadkach mniej znacznego porażenia szyi przydatki zawsze są porażone, aczkolwiek klinicznie powikłanie to może nie przejawiać się w sposób widoczny.

Przypadek II-gi dotyczy wieśniaczki w wieku lat 29. Poród przed 10-ciu laty; ostatnia miesiączka przed 3-ma miesiącami; przed 3-ma laty przeżyła zapalenie płuc i oplucnej; tegoż roku była wykonana colporrhaphia ant. et colpoperineorrhaphia. Gdy po kilku miesiącach chora znowu wstąpiła do kliniki ginekologicznej z powodu bólów w brzuchu, badanie wykazało: wydech zaostrozony w prawym szczycie płucnym, ciepłota wieczorami podniesiona; z obydwóch stron macicy, nieco z tyłu, wyczuwają się mało ruchome, twarde obrzemia, które rozpoznano, jako zapalenie przydatków macicy. Gdy siedmiodniowe leczenie przeciwwzapalne nie odniosło skutku i obrzemie powoli zwiększało się, prelegent postanowił wyciąć chore przydatki. Po otwarciu jamy brzusznej ście i jelita okazały się usiane gruzelkami i zrosnięte ze ścianą brzuszną, z pęcherzem moczowym i narządami rodnymi. Przerwawszy zrosty, prelegent odosobnił i wydstal przydatki macicy. Ścianki wyjętych jajowodów okazały się mocno zgrubiałe i zawierały w miąższu gruzelki wielkości grochu; niektóre z nich były zserowaciałe lub zropiałe. Pierwotnem ogniskiem gruźliczem była, jak się okazało przy badaniu drobnowidzowem, błona śluzowa jajowodów. Stan chorej po operacji nie polepszył się, wkrótce utworzyła się przetoka między bliźną brzuszną a kiszka stołową, i chora w 3 miesiące po operacji zmarła. Badanie zwłok wykazało: *Tuberculosis pulmonum, hepatis, lienis, peritonii, intestinorum, ovarii dextri*, wreszcie na tylnej ścianie macicy, wewnątrz jej jamy, u wewnętrznego ujścia macicznego, *wrzód gruźliczy*; macica w stanie zaniku.

Przypadek ten zasługuje na uwagę, bo daje miarę trudności rozpoznania gruźlicy narządów płciowych w tych razach, kiedy nie można użyć metody badania drobnowidzowego. W podobnych przypadkach ogromne znaczenie ma, podług prelegenta, ta okoliczność, że w gruźlicy stan chorej zarówno miejscowy, jak i ogólny stopniowo lecz ustawicznie pogarsza się. Gruźlica tem się odróżnia od zakażenia rzeżączkowego, którego cechą są zaostrzenia, trwające kilka tygodni, na przemian ze znośnym stanem zdrowia, i od zakażeń paciorkowcami, wywołujących objawy ostre, które po pewnym czasie przechodzą w stan przewlekły bez następczych nasileń choroby. Ostateczne wnioski prelegenta, oparte na własnych spostrzeżeniach i danych piśmiennictwa, są następujące: 1) gruźlica narządów płciowych kobiecych nie należy do rzadkości; 2) ze względu na częstość zachorzenia poszczególne części narządu grupują się w następującym porządku: jajowody, jama maciczna, kanał szyi macicznej, jajniki, pochwa i część szyi pochwowa; 3) pierwotna gruźlica narządów płciowych kobiecych należy do zachorzeń nader rzadkich; 4) powszechnie przyjęty podział gruźlicy na wstępującą i zstępującą nie jest uzasadniony; gruźlica pierwotna wstępująca w rzeczywistości zaczyna się od jajowodów; 5) w przypadkach gru-

zlicy, w których na pierwszy plan występują objawy ze strony narządów płciowych, należy stosować leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu wszystkiego, co jest już zajęte; 6) przy obraniu drogi operacyjnej prelegent przekłada cięcie brzuszne ze względu na jego lecznicze działanie na gruźlicze zapalenie otrzewnej, wikłające nieraz gruźlicę narządów płciowych; wreszcie 7) niezbędne jest ogólne leczenie wzmacniające.

W dyskusji kol. prof. ZIEMACKI przytacza trzy spostrzegane przez siebie przypadki. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy młodej dziewczyny, która wstąpiła do Instytutu klinicznego wielkiej księżnej Heleny Pawłówny z powodu tumor albus. Oprócz gruźliczego zajęcia stawu kolanowego, mówca znalazł wybitne zmiany w płucach, znaczne wyniszczenie i wysoką gorączkę. Choroba przebiegała z potami. Po upływie pół roku chora zaczęła uskarżać się na powikłanie ze strony narządów płciowych zewnętrznych; badanie wykazało owrzodzenie, przypominające w wysokim stopniu wrzód miękki (ulcus molle). Leczenie środkami przyżegającymi nie odniosło skutku, przeciwnie po 2 tygodniach także wrzód zjawił się po drugiej stronie, a wkrótce cały srom był usiany małymi drążącymi wrzodami. Wobec ujemnych wyników leczenia i tej okoliczności, że chora była virgo intacta, u mówcy powstała myśl o gruźlicy. Badanie na prątki Kocha, dokonane przez niego i przez prof. Pietrowa, stwierdziło ich obecność w wielkiej liczbie. Pod wpływem przyżegania słabymi roztworami kwasu mlecznego wszystkie wrzody zagoiły się, mniejsze w ciągu tygodnia, głębsze po 6—8 tygodni. Przypadek ten mówca spostrzegł przed laty 9, kiedy jeszcze nie wiedziano o istnieniu bacillus smegmae; ten więc przypadek uważa za wątpliwy.

Drugi przypadek dotyczy również młodej dziewczyny, która wstąpiła do klinik z gruźlicą kolana i nerek. Gdy utworzyły się podobne owrzodzenia, jak u poprzedniej chorej, mówca dokonał badania i również znalazł mnóstwo łaseczników, które wziął za łaseczniki Kocha, dokładniejsze jednak badanie wykazało, że były to bacilli smegmae. W tym więc przypadku była nie gruźlica, lecz owrzodzenia, wywołane zbyt obfitym rozwojem łaseczników smegmae.

Trzeci przypadek spostrzegł mówca w ostatnim roku; dotyczy on panny, do której był zawezwany przez ginekologa z powodu bardzo silnych bólów w okolicy ślepej kiszki. Chora gorączkowała (38,5°), brzuch był wzdęty i wykazywał chelbotanie w prawym dole biodrowym. Podczas laparotomii z okolicy jelita ślepego wylało się prawie 2 litry cieczy, cała otrzewna miednicy małej była pokryta strzępami mas zserowatych; jajowody, zwłaszcza prawy, były zajęte przez sprawę gruźliczą; prawy jajowód grubości 2 palców, wciśnięty w stężały wysięk, był nieruchomy. Po operacji chora spędziła lato na południu, obecnie czuje się względnie zdrową.

Kol. MACZEWSKI, zgadzając się na trudności napotymane przy odszukaniu pierwotnego ogniska gruźliczego w przypadkach gruźlicy narządów płciowych, przypuszcza, że gruźlica narządów rodnych może być sama przez się pochodzenia pierwotnego. Przemawiają za tem doświadczenia Popowa, dokonane w Instytucie medycyny doświadczalnej, wykazujące, że do uszkodzonej lub wypędzonej jodyną pochwy można zaszczerpić łaseczniki Kocha. Pierwotne zakażenie części rodnych może nastąpić sub coitu lub przez instrumenta podczas badania. Mówca spostrzegł w szpitalu Obuchowskim kilka przypadków gruźlicy narządów płciowych kobiecych; jeden z tych przypadków, spostrzegany przez kol. Bereśniewicza, który upoważnił mówcę do ogłoszenia go, dotyczył wycieńzonej chorej ze zmianami w płucach o naturze podejrzaney; badanie ginekologiczne wykazało ropień w tylnem sklepieniu. Przypuszczając zwykły ropień, kol. Bereśniewicz rozciął tylny sklepienie; wylało się dużo ropy o zapachu kałowym. Do rany założono sączek. Kał wydzielał się wciąż; chora po 8 dniach zmarła. Badanie zwłok wykazało: Tuberculosis mi-

liaris, enterocolitis tuberculosa, perforatio intestini, peritonitis saecata; kał pochodził z jelita, przedziurawionego z powodu sprawy gruźliczej; badanie wykryło laseczniki Kocha. Prątków Kocha w przypadkach gruźlicy macicy i jajowodów zwykle nie znajdowano; według Fayta, obecność laseczników jest wskazówką złego rokowania, ich brak—lepszego. Wreszcie mówca zaznacza, że prelegent, podając całą odnośną kazuistykę rosyjską, pominął milezieniem kazuistykę ojczystą z piśmiennictwa polskiego, nie przytoczył n. p., spostrzeżenia Krzywickiego.

Kol. doc. WITOLD ORŁOWSKI zaznacza również, że prelegent nie omówił przypadku gruźlicy części pochwowej macicy, podanego przez Cz. Stankiewicza. Co się tyczy leczenia gruźlicy narządów rodnych, to jakkolwiek, będąc internistą, nie uważa się za kompetentnego w tej sprawie, wydaje mu się jednak zbyt pospieszmem wnioskowanie na podstawie jednego spostrzeżenia o niezbędności doszczętnego wycinania uległych gruźlicy narządów nawet wtenczas, gdy porażenie przydatków macicy nie da się stwierdzić przy badaniu chorej. Istotnie, zdarzało się mówcy spotykać w piśmiennictwie nawet ojczystem (Stankiewicz) opisy przypadków, gdzie po wyłyżeczkowaniu z macicy mas gruźliczych z następczym zastosowaniem przyżegań występowała bardzo wyraźna poprawa stanu ogólnego i objawów miejscowych.

Prezes kol. STRAWIŃSKI zapytuje o stanie sąsiednich gruczolów w 1-ym przypadku prelegenta.

Prelegent odpowiada, że sąsiednie gruczolę nie były powiększone.

Kol. STRAWIŃSKI uważa, że podobny stan gruczolów ma wielkie znaczenie rozpoznawcze: sprawie rakowej i kile towarzyszy najczęściej porażenie gruczolów.

Prelegent kol. prof. RACZYŃSKI w odpowiedzi kol. prof. ZIEMACKIEMU tłumaczy, że 1-szy jego przypadek nie był gruźlicą, ponieważ owrzodzenia gruźlicze nigdy nie goją się szybko; znalezione prątki były zapewne bacilli smegmae, tembardziej, że laseczniki Kocha zwykle nie są znajdowane w owrzodzeniach gruźliczych. Co się tyczy 3-go przypadku kol. prof. Ziemackiego, prelegent podkreśla zaznaczoną przez kol. prof. Ziemackiego okoliczność, mianowicie, ogromną trudność wydzielenia dotkniętych gruźlicą jajowodów wskutek ich zrośnięcia z częściami sąsiednimi; ten objaw, zdaniem prelegenta, cechuje gruźlicę. W odpowiedzi kol. MACZEWSKIEMU zaznacza, że dyskusja na ostatnim Zjeździe położniczym międzynarodowym w Rzymie wykazała, że im krytyczniej zachowywać się wobec prac dawniejszych i im szczegółowiej badać nowe przypadki, tem bardziej przychodzi się do wniosku, że pierwotna gruźlica narządów płciowych jest sprawą bardzo a bardzo rzadką. Prelegent zaznacza wreszcie, że rozpoznanie gruźlicy narządów płciowych ma ogromne znaczenie pod względem leczniczym: stosowane nieraz w chorobach kobiecych kąpiele błotne o wysokiej ciepłocie pogarszają stan w razie tła gruźliczego; chore te należy posyłać na południe do uzdrowisk lub na kumys.

Na tem dyskusja nad odczytem kol. prof. Raczyńskiego została ukończona.

WITOLD ORŁOWSKI.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA WARSZAWSKA.

VII. Posiedzenie dnia 29 grudnia 1904 r.

Przewodniczący: prezes kol. **T. Boryssowicz**. Zastępuje sekretarza: kol. **W. Staniszewski**.—Obecnych na posiedzeniu członków Sekcji 19, gości 9.

I. Po przyjęciu protokołu, przewodniczący odczytuje list prof. Marsa ze Lwowa w sprawie Kongresu ginekologicznego międzynarodowego w Petersburgu.

II. Kol. **Skarżyński** (jako gość) przedstawił przypadek **uterus bicornis duplex** z oddziału kol. Grzankowskiego.

Chora lat 38, 13 lat za mężem, rodziła 11 razy, ostatni raz przed 1½ rokiem, ronila raz jeden przed trzema miesiącami. Miesiączkowała od 15 roku życia, po 6—7 dni, co 4 tygodnie. Przerw podczas miesiączki nie było. Dwa ostatnie porody odbyły się w przytulku, i przy porodzie tej wady nie zauważono.

Przy badaniu dwuręcznym wyczuwamy część pochwową ze ścianą przednią pochwy, nieco opuszczającą się ku sromowi. Część pochwowa macicy krótka i gruba, z dwoma wrębami na przedniej i tylnej wardze w kierunku przednio-tylnym. Ujście zewnętrzne przepuszcza koniec palca, i na głębokości 1½ ctm. w kanale szyjki wyczuwa się przegroda w kierunku przednio-tylnym, dzieląca kanał na dwie równe części. — Części nadpochwowe macicy wyczuwamy dwie, i łączą się one pod kątem ostrym w wspólną wyżej opisaną część pochwową. — Dwa trzony macicy, zwrócone w odpowiednie strony, posiadają po jednym jajowodzie i jajniku z właściwej strony, które wyczuwają się bardzo wyraźnie. Prawy trzon z częścią nadpochwową są nieco grubsze, tak, iż przy pobieżnym badaniu możnaby lewy trzon z lewą częścią nadpochwową uważać za lewy jajnik z szypułą. Badanie zgłębnikiem stwierdza obecność przegrody i dwie jamy maciczne, z których prawa jest nieco obszerniejsza i dłuższa (8½ i 8 ctm).

W kwestyach porodu przy tej wadzie odsyłamy do pracy: Werber M. Ueber Uterus bicornis unicollis und seine Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt. (Inaugur. Dissert. Strassburg 1902. 33 przypadki z literatury i 3 własne).

Kol. J. JAWORSKI czyni uwagę, iż bardzo ciekawe są w takich przypadkach zbożeń w rozwoju macicy pomiary całego ciała. Mianowicie u pewnej liczby kobiet, które posiadały uterus duplex stwierdzono nadmierny rozwój całego ciała, wyrażający się przedewszystkiem przez zwiększoną nadmiernie szerokość twarzy, klatki piersiowej i miednicy. Kobieta przedstawiona, zdaniem kol. J. Jaworskiego, może w nieznacznym stopniu zbliżyć się do takiego typu.

III. Kol. **Antecki** (jako gość) przedstawia chorą z niezwykle cierpieniem narządów płciowych kobiecych o niejasnej etiologii. Cierpienie polega na obecności głębokich, krwawych **owrzodzeń śluzówki pochwy**, które powstały w następstwie hysterektomii, wykonanej z powodu uporczywych krwotoków (kol. Raum). Istniejące owrzodzenia nie wykazują dążności do gojenia się przy żadnej absolutnie terapii, a nawet po doświadczeniu, chirurgicznym ich usunięciu dają po pewnym czasie nawrót. Obecny już czwarty z rzędu nawrót przedstawia się na przedniej powierzchni pochwy w postaci dwóch owrzodzeń wielkości monety 40-groszowej, o dnie czerwonym, gdzieniegdzie pokrytem szarym nalotem, i brzegach podminowanych; owrzodzenia łatwo krwawią nawet i bez dotknięcia.

Chora ma być ponownie zapisana na oddział kol. Rauma dla dokładniejszego zbadania natury cierpienia.

Kol. J. JAWORSKI uważa przypadek kol. Anteckiego za zasługujący ze wszechmiar na uwagę. Zdaniem kol. Jaworskiego rozpoznanie tutaj wahać się może pomiędzy gruźlicą, przymiotem a syneycyotomem. Rozstrzygnięcie wątpliwości nastąpić może tylko po powtórnie bardzo drobiazgowym zbadaniu usuniętej macicy, przydatków, a następnie wyskrobim owrzodzenia. Tak zwane pierwotne owrzodzenia gruźlicze pochwy spotykane bywają najczęściej u dzieci. Owrzodzenia te umiejscawiają się głównie około cewki moczowej i lechtaczki. Są one stale bogato unaczynione i silnie przekrwione.

Po pewnym czasie występują i ogólne objawy, co odbija się na stanie chorej (w przypadku przedstawionym mającej wygląd zdrowy).

Oddaję reprezentacye na gubernie Królestwa
i Cesarstwa.



Niema zimnych i wilgotnych mieszkań

jeśli obsadzić w piecu

Multiplikator 3 Medale Złote

Patent
Geasselseder i Niemcezek.

Ogrzewania

ogrzewa pokój w 30 m. do samej podłogi.

Oszczędza do 50% opału.

Piece żelazne Multiplikatorowe

nie wydzielają swędu, utrzymują ciepło 8 g. po napaleniu.

BIURO TECHNICZNE

Dr. W. P. KLOBUKOWSKI, inżynier chemik

WARSZAWA,

Telefon 1502.

Aleja Jerozolimska 71.



Ostrzega się przed nieudatnemi naśladownictwami.

Na nadchodzący sezon letni polecam

Wentylatory stołowe

SYSTEMU SPRĘŻYNOWEGO

działające za jednym nakręceniem 5 godzin.

Odświeżają i chłodzą powietrze, mogą być dowolnie przenoszone z miejsca na miejsce, **zdobią mieszkanie.**

Cena za sztukę
Rubli 40.

Główny skład
Nowogrodzka Nr 24.

Precz z farbami olejnymi!!
o 50⁰/₀ tańsza farba ogniotrwała,
w zupełności zastępująca farbę olejną, higieniczna,
bo można zmywać wodą.

Wykonuję wszelkie roboty malarskie, odnawianie szpitali, lecznic i klinik.

Edward Cegielski

WARSZAWA,

KAPITULNA Nr 5.

Zresztą badanie histologiczne wyskrobów na gruźlicę, obecność łaseczników Kocha w tkance nacieklej, rozstrzyga o istocie sprawy.

Przymiot, który w pewnym stopniu daje obraz zbliżony do gruźlicy, w tym przypadku może być wykluczony na podstawie bezskuteczności leczenia swoistego, które było zastosowane.

Za syncycyomatem zdaje się przemawiać nasamprzód powstanie cierpienia bezpośrednio po poronieniu, a w krótkim czasie po porodzie (prawie w 90% nowotwór ten rozwija się po ciąży patologicznej), powtórne wielkie krwotoki maciczne, które ostatecznie zmusiły po wyczerpaniu środków do usunięcia całego narządu, wreszcie pojawienie się w pochwie wrzodzących nacieków, które uważaćby trzeba za przerzuty; w końcu brak odczynu ze strony gruczołów pachwinowych.

Przebieg sam w tym razie, jeżeli moje przypuszczenie jest słuszne, mówi kol. Jaworski, pozostał niezwykły. Tłomaczę go sobie w taki sposób: złośliwy twór macierzysty dał przerzut w pochwie, tutaj właśnie przerzuty najwcześniej występują, gdy w płucach najczęściej, następnie bardzo w porę twór ten, wraz z macią usunięty, nie zdołał dać już przerzutów w innych narządach, co uratowało chorą od zguby.

Przypominam, między innymi, przypadek Schmorla, w którym, lubo syncycyomat całkowicie został usunięty, chora mimo to później zginęła z powodu przerzutów do płuc, wątroby, nerek, kiszki. Przypadek kol. Anteckiego byłby w tym razie ciekawym dowodem w odwrotnym kierunku. W każdym razie kol. Jaworski wyraża zdanie, że tylko drobiazgowo badanie histologiczne może wyjaśnić rozpoznanie.

IV. Kol. **Wł. Staniszewski** przedstawia preparat **cięży jajowodowej** z pęknięciem worka płodowego, operowanej przez siebie na oddziale kol. Grzankowskiego. Wycięto rozszerzony jajowód lewy wielkości małego jaja kurzego, wypełniony pozostałościami jaja płodowego dwumiesięcznego. Zrosty jajowodu z siecią, okrężnicą, pęcherzem, tylną ścianą macicy i *S. romanum* były bardzo liczne i przedstawiały duże trudności techniczne.

Jama Douglasa była wypełniona obficie skrzepami. Po obszyciu rany po wyciętym jajowodzie szwem ciągłym i założeniu worka Mikulicza do jamy Douglasa (z powodu ciepłoty 38^o,9 nie zaszywano brzucha doszczętnie), na ranę brzucha nałożono szew trzypiętrowy i opatrunek. Obecnie trzy tygodnie po operacji, chora już chodzi, gojenie się rany brzusznej prawidłowe, przetoka po worku zwęża się.

V. Kol. **Grzankowski** przedstawił dwa preparaty **cięży pozamacicznej w fazie poronienia jajowodowego**.

I. Chora A. K. (Nr. Księgi oddział. 277, 1898), lat 28, zamężna 4 lata, rodziła 1 raz przed 8 laty. Miesiączkowała po raz ostatni przed 9 tygodniami. Pierwszy napad bólów w brzuchu miała przed 3 tygodniami, drugi w przeddzień przybycia do szpitala. Zemdlała, i bardzo anemiczną w stanie podgorączkowym przywiezła do szpitala Pogotowie ratunkowe. Badanie wykryło w brzuchu wzdętym obecność płynu wolnego i guz walcowaty w okolicy jajowodu prawego. W ujściu macicznym sterczał kawałek błony doczesnej.

Chorą operowałem 3-go dnia po przybyciu. Wyciąłem jajowód ciężarny i zaszyłem brzuch doszczętnie. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Chora po 3½ tygodniach opuściła szpital.

Preparat przedstawia jajowód grubości 3 palców, z rozwartym ujściem jajowodowym, zawierającym skrzepy krwi. Na przecięciu widzimy wewnątrz jajowodu całe jaje płodowe z zarodkiem 9-tygodniowym, usadowione w jego odcinku zewnętrznym.

2. Chora K. R. (z d. 6/XII. 1904 r.) lat 29, zamężna od lat 8-u, nie rodziła i nie ronila. Miesiączkowała po raz ostatni przed 3 miesiącami nieco krócej niż zwykle.

Przed 7 tygodniami chora miała 3 napady bólu ze zemdleniem, w 2 tygodnie później powtórzył się napad bólu ze zemdleniem i przed 3 dniami ponowił się w tak silnym stopniu, że chora cały dzień leżała nieprzytomna; w takim stanie przywiozła ją Pogotowie ratunkowe do szpitala.

W szpitalu przytomność wróciła, ciepota wynosiła 38,4.

Badanie wykazało wolny plyn w brzuchu i guzowatość w okolicy prawego jajowodu.

Chorą operowałem następnego dnia po przybyciu: wyciąłem jajowód ciężarny, zaszyłem brzuch doszczętnie.

Przebieg pooperacyjny był powikłany zapaleniem opłucnej z wysiękiem, co trwało około 2 tygodni; pacjentka po 7 tygodniach zdrowa opuściła szpital.

Preparat przedstawia jajowód grubości 3 palców w odcinku zewnętrznym, i na napiętym guzie leży ujście jajowodowe w kształcie rozetki, z otworem zięjącym, wypełnionym krwią.

Na przecięciu widzimy wewnątrz jajowodu całe jaje płodowe z zarodkiem 3-miesięcznym. Zwracam uwagę na podobieństwo obydwóch przypadków i na cechy charakterystyczne dla poronienia jajowodowego, które były w tych dwóch razach: bóle napadowe, kurczowe, z długimi nieraz przerwami, zależne od skurczu jajowodu i bolesności otrzewnej przy wylewie krwawym; zapasé nagła lub powolna i obecność wolnego plynu w brzuchu. Operacja nie przedstawiała trudności technicznych, bo starych zrostów i zlepów nie było. Ciepota podwyższona, zależna od ostrego wylewu krwi do otrzewnej, pozwoliła na doszczętné zamknięcie jamy brzusznej. Pośpiech operacyjny, niekiedy konieczny w nagłych przypadkach, nie był tak wielki, bo operacja była robiona 2-go —3-go dnia po przybyciu chorych. Uśpienie chloroformowe chore przy ostrej niedokrwistości zniosły dobrze.

IV.

OCENY

A. Karczewski i Z. Koronkiewicz.—O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycisowania macicy. (*Odczyty kliniczne*, № 189, Warszawa, 1904).

Niewielka ta rozmiarami praca ma wartość nieposlednią nie tylko dla specjalistów, ale i wogóle dla lekarzy praktyków; omawia bowiem zwięzle, ale szczegółowo i zrozumiale wszystkie dotychczas znane sposoby zachowawczego leczenia wycisowanej macicy, poddając je ścisłej i umiejętnej krytyce. Opierając się na dwóch spostrzeganych przez siebie przypadkach wycisowania macicy, uleczonych zapomocą stosowania pęcherza gumowego,

napełnionej wodą, autorowie gorąco przemawiają za tym sposobem leczenia, gdyż prowadzi do restitutio ad integrum. Zabieg powyższy nie pociąga za sobą żadnych następstw, któreby pod jakimkolwiek względem mogły oddziaływać szkodliwie na zdrowie i płodność kobiety, gdy przeciwnie po zabiegach krwawych, przedsięwziętych celem odnicowania macicy, o restitutio ad integrum niema mowy. Po rękoczynie Küstnera stwierdzono powstawanie tyłopochylenia macicy, najczęściej umocowanego, które już samo sprawiać może rozmaite dolegliwości, być przeszkodą do zajścia w ciążę, a podczas niej stać się przyczyną tak ciężkiego powikłania, jakim jest tyłozgięcie macicy ciężarnej. Po krwawym rozcięciu przedniej ściany macicy celem odnicowania (Spinelli), macica zrośnie się z pęcherzem i pochwą, które to przymocowanie macicy może spowodować utrudnienia porodu, jakie wielokrotnie spostrzegano po operacjach, dokonywanych w celu leczenia tyłozgięcia macicy (vagino et vesicofixatio). Najważniejszym prócz tego jest, że po krwawym odnicowaniu macicy, czy to przez nacięcie tylnej czy też przedniej jej ściany, pozostaje w macicy blizna, która pęknąć może przy następnych porodach—co, rozumie się, nie jest rzeczą obojętną.

Autorowie w końcu zwracają uwagę, że szczególne upodobanie niektórych ginekologów do interwencji krwawej i niesprawiedliwione zgola lekceważenie metody ucisku stałego daje się wytłomaczyć jedynie w ten sposób, że w naszych czasach, których cechą znamioną stanowi wielka pochopność do leczenia operacyjnego, zabiegi niekrwawe nie cieszą się wielkim uznaniem, i sądzą, iż ci ginekologowie, którzy więcej sobie cenią opinię przezornego i rozważnego lekarza, aniżeli problematycznej wartości tytuł operatora, zgodzą się z nimi, iż ucisk stały w postaci pęcherza gumowego, pomimo udoskonalenia zabiegów krwawych, w leczeniu przewlekłego wycisowania macicy, pozostanie i nadal metodą wyborową.

Rozprawa ta, napisana dobrym językiem, w tonie nieco polemicznym, jest cennym nabytkiem dla naszego piśmiennictwa.

J. ROSENTHAL.

V.

WIADOMOSCI BIEŻĄCE

WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

OD REDAKCYI. Redaktor *Ginekologii* dr. Czesław Stankiewicz po dłuższym wypoczynku z powodu przebytej choroby powrócił do Warszawy.

Zeszyty grudniowy i styczniowy wyszły pod kierunkiem dra Zygmunta Monsiorskiego, zastępcy redaktora.

Redakcyja składa serdeczne podziękowania współpracownikom i przyjaciołom *Ginekologii* za nadesłane dla pisma życzenia jaknajlepszego rozwoju w roku 1905.

Następne, trzecie z kolei w r. b., posiedzenie Sekcyi ginekologicznej warszawskiej odbędzie się we czwartek, dnia 16 marca. Na porządku dziennym dalszy ciąg dyskusyi z powodu odczytu kol. Zwejgbauma: „W sprawie opieki nad położnicami i noworodkami“.

— *Gazeta Lekarska* w № 5 r. b. pisze: „*Warszawskij Dniownik* podaje wiadomość, że przy warszawskich przytułkach położniczych ma powstać szkoła akuszerki 2-jej klasy i że opracowaniem ustawy tej szkoły ma zająć się specjalna komisya pod przewodnictwem prof. J. Kosińskiego.

Powtarzając tę wiadomość, nie podobna nam nie przypomnieć tu faktu, niestety aż nadto dobrze znanego, że sprawa pomocy położniczej w Królestwie nigdy jeszcze tak źle nie stała, jak w ostatnich paru latach, mianowicie od czasu zamknięcia szkoły babek wiejskich i zaprowadzenia egzaminów na akuszerki 2-jej klasy w języku państwowym. Wymaganie od kobiet z ludu, żeby w ciągu 1—1½ roku nauczyły się i położnictwa i języka państwowego, jest nadmierne. To też pożytek dla kraju projektowanej szkoły zależy głównie od tego, w jakim języku uczennice będą odbywały w niej naukę i egzamina“.

Pogląd *Gazety Lekarskiej* podzielamy w zupełności.

— Czytamy w zeszycie styczniowym *Nowin Lekarskich*: „Ponieważ dobre chęci redakcyi *Nowin Lekarskich* co do wydawnictwa *Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego* zaraz na samym początku spotkały się z niechęcią i obojętnością ze strony tych, którzy zdawałoby się najbardziej wydawnictwo to popierać powinni byli, przeto redakcyja wyda jedynie „Teoryę jestestw organicznych“ Jędrzeja Śniadeckiego z życiorysem i oceną dzieła, które dołączymy do następnego numeru *Nowin Lekarskich* dla tych, którzy wnieśli lub wniosą prenumeratę trzech marek. Nadmieniamy, że cena ta za obszerne dwutomowe dzieło nie pokryje ani kosztów papieru i druku, chętnie mimo to po cenie tak niskiej oddajemy prenumeratorom powyższe dzieło, bo jesteśmy przekonani, że, czytając tak, dobrej służymy sprawie“.

Wyrażamy szczerzy żal z powodu niedojścia do skutku wydawnictwa *Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego*. Dla kultury umysłowej szerokich kół lekarskich jest to niewątpliwie strata poważna; obojętność ogółu dla sprawy tak doniosłej da się chyba wytłumaczyć jedynie ciężkiem i niepewnym położeniem chwili obecnej. Za wydanie „Teorii jestestw organicznych“ należy się Szanownej Redakcyi *Nowin Lekarskich* serdeczna wdzięczność.

— Znajdujemy w *Gazecie Lekarskiej*, № 7, następującą notatkę: „Od pewnego czasu dochodzą nas alarmujące wieści o zbyt bezwzględnym postępowaniu Instytutu położniczego z choremi swemi. Ciężarne i położnice, u których rozpoznano syfilis, lub co do których zrodziło się choćby tylko podejrzenie choroby wenerycznej, Instytut bez względu na stan ich zdrowia przesyła natychmiast na kurację do szpitala św. Łazarza. Skutki takiego pośpiechu muszą być dla przesyłanych fatalne. W drugim półroczu roku zeszłego tak bezwzględnie obszedł się Instytut z kobietą, będącą w ostatnich chwilach ciąży. Nie przyjęto jej do Instytutu z powodu nieznacznych lepieży ostrych, lecz skierowano ją do szpitala św. Łazarza, gdzie, przybywszy o 3-iej w nocy, po dwu godzinach pobytu urodziła. Tak sobie poradzono z trzema położnicami, choremi wprawdzie na syfilis, lecz które z powodu położu należało przez tydzień przynajmniej pozostawić w absolutnym spokoju, a tymczasem jedną z nich przesłano do św. Łazarza na drugi dzień po poronieniu, drugą na 3-ci dzień po porodzie, trzecią na 4-ty dzień po porodzie przedwczesnym pomimo, że dwie z nich w tym czasie jeszcze gorączkowały. Tak wreszcie postąpiono z ciężarną, u której w szpitalu św. Łazarza, dokąd skierowaną została, nie wykryto ani syfilisu, ani innej choroby wenerycznej, a natomiast stwierdzono stan bardzo groźny wskutek pęknięcia macicy. Ponieważ w szpitalu św. Łazarza laparotomii robić nie można, więc rodzącą zwrócono z powrotem Instytutowi, gdzie wkrótce po operacji zmarła.

Tak więc porządkowi stało się zadość. W rubrykach ksiąg Instytutu odnotowano wszystko prawidłowo. Z tego jednak dla cierpiących pociecha niewielka. Ani opieki, ani przytulka tam nie zaznały. Z instytucyi na wskroś z powołania humanitarnej czeza formalistka wygnała ducha miłosierdzia.“

Słuszne uwagi powyższe nie wymagają żadnych komentarzy.

ZJAZDY LEKARSKIE.

Porządek obrad Kongresu ginekologicznego międzynarodowego w Petersburgu (12—18 września r. b.) obejmuje następujące kwestye:

- 1) O porodzie wymuszonym. Referenci: Pinard (Paryż), Simpson (Edyburg), Schauta (Wiedeń), Morisani (Neapol).
- 2) Wartość porównawcza zabiegów operacyjnych przy zbroczeniach macicy ku tyłowi. Referenci: Olshausen (Berlin), Pozzi (Paryż), Westermarck (Sztokholm), Bumm (Berlin).
- 3) Leczenie operacyjne włókniako-mięśniaków macicy. Referenci: Martin (Gryfia), Bantock (Londyn), Treub (Amsterdam), Mangiagalli (Medyolan).
- 4) Droga przez pochwę w położnictwie i ginekologii. Referenci: Fritsch (Bonn), Richelot (Paryż), Bacon (Chicago).
- 5) Chorio-epithelioma. Referenci: Pestalozza (Florecya), Béatrix (Genewa), Keiffer (Bruksela).

— 34-ty Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie w d. 26—29 kwietnia r. b. Przewodnictwo Zjazdu złożono w ręce prof. Krönleina z Zurychu.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

— W Sekcyi ginekologicznej warszawskiej na posiedzeniu dnia 26 stycznia r. b. dokonano wyborów Zarządu na rok 1905. Prezesem obrano dra Teodora Boryssowicza, wiceprezesami drów Franciszka Neugebaura i Józefa Jaworskiego, sekretarzem dra Czesława Stankiewicza (wszystkich ponownie).

— W Towarzystwie ginekologicznem krakowskim obrano na rok 1905: prezesem prof. Jordana, wiceprezesem prof. Rosnera, sekretarzem I docenta dra Dobrowolskiego, sekretarzem II dra Wierzbickiego, bibliotekarzem dra Cetnarowicza.

— W Towarzystwie lekarskiem lwowskim, prezesem na rok 1905 obrano dra Emila Wechslera, wiceprezesem dra Jakóba Mahla, sekretarzem dra Aleksandra Zawadzkiego.

— W Towarzystwie lekarskiem wileńskim wybrani zostali na rok bieżący: na prezesa dr. Wojnicz, na wiceprezesa dr. Marenicz, na sekretarzy drzy Lapedes i Zawadzki, na skarbnika dr. Rudziewicz, na bibliotekarza dr. Sumorok i na konserwatora pro-wizor Stefanowski.

— W Towarzystwie lekarzy polskich w Petersburgu wybrani zostali na rok 1905: prezesem dr. Strawński, wiceprezesem prof. St. Zaleski; 1-szym sekretarzem doc. W. Orłowski; 2-gim sekretarzem dr. Uliński; skarbnikiem dr. Wierciński; bibliotekarzem dr. Ostrowski. Na członków Komitetu między innymi powołani zostali: dr. Karnicki i prof. Ziemacki; na zastępcę: prof. Raczyński.

— W Towarzystwie lekarzy polskich w Chicago obrano prezesem na rok 1905 dra Wł. Kuflewskiego, wiceprezesem dra Sieminowicza, sekretarzem dra Kalacińskiego, skarbnikiem dra Pietrzykowskiego.

— W Towarzystwie lekarzy czeskich w Pradze wybrani zostali na r. 1905: prezesem prof. dr J. Hlava, wiceprezesem dr A. Chvojka. Jednym z sekretarzy (zapisowatele) tego Towarzystwa został obrany dr. Ostrčil, którego piękną pracą o ciąży pozamacicznej streściliśmy w zeszytcie listopadowym *Ginekologii*.

— Royal medical and surgical Society w Londynie obchodzi w roku bieżącym stu-letni jubileusz istnienia.

DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

— Paryscy lekarze i chirurdzy postanowili wznieść pomnik znakomitemu operatorowi Péanowi. Składki na ten cel przyjmuje Dr. M. Bronchin, 20, rue Grenelle, w Paryżu.

— Otrzymaliśmy zeszyt okazowy nowego miesięcznika p. t. *Nowe Lek*, poświęconego najnowszym zdobyczom medycyny i farmacji: „Pragniemy,—pisze w słowie wstępnem Redakcyja—zaznajamiać ogół lekarski z wszystkimi nowościami w dziale lecznictwa. Nie pominiemy milczeniem ani jednego nowego leku, ani jednej nowej metody leczniczej; w piśmie naszym każdy lekarz i każdy farmaceuta znajdzie odwzorowanie postępu współczesnej terapii“. Redaktorem i wydawcą nowego pisma jest p. Franciszek Karpiński. Zeszyt pierwszy przedstawia się bardzo dodatnio tak pod względem doboru artykułów, jak pod względem zewnętrznym. *Nowym Lekom* życzymy serdecznie jaknajlepszego rozwoju.

— Liczba lekarzy na Litwie i Białej Rusi wynosiła przed wojną 967, a mianowicie: w gub. wileńskiej było lekarzy 240, w kowieńskiej 114, w grodzieńskiej 229, w mińskiej 147, w witebskiej 101 i w mohylewskiej 136. Przy ludności całego obszaru, wy-

noszącej 14 milionów, okazuje się, iż jeden lekarz wypada na 14000 (!) mieszkańców. A obecnie, gdy więcej niż połowę lekarzy powołano do armii czynnej, o ileż gorsze panują stosunki.

— Pod tytułem *Przyszłość* zaczęło wychodzić w Krakowie nowe pismo, poświęcone walce z alkoholizmem. Redaktorem jest dr. A. Wróblewski. (*Przeł. Lek.* 1905, № 7).

— Dr. Doyen wytoczył proces pp. Parnabaud i Pathé o wystawianie na jarmarkach w Niemczech i Włoszech zdjęć kinematograficznych swoich operacyj. Wprowadzając kinematograf do sali operacyjnej, dr. Doyen miał na myśli cele wyłącznie pedagogiczne. Trybunał paryski po długich debatach uznał, iż zdjęcia kinematograficzne, dokonane kosztem dra Doyena, są jego wyłączną własnością, i skazał pozwanych na zapłacenie 8 000 fr. odszkodowania, zamiast żądanych przez d-ra Doyena 200-tysięcy (*Matin*).

— Rozprawa dra Cousina p. t. „De l'imprégnation de la mère“ stała się powodem rozvodu i procesu. Pewien młodzieniec, zaręczony z wdową, zerwał z nią po przeczytaniu wywodów d-ra Cousina, twierdząc, iż nie chce, by jego dzieci były podobne do pierwszego męża swej narzeczonej. Wdowa wystąpiła do sądu, żądając od wydawcy broszury odszkodowania w kwocie 100 tysięcy franków.

Fakty t. z. impregnacji matki, inaczej telegonii, są znane w świecie zwierzęcym. Dr. Vaquines zbiera obecnie materyały, by na ich podstawie rozstrzygnąć sprawę telegonii odnośnie do rodzaju ludzkiego. (*Gaz. méd. de Paris*, 1905, №№ 6 i 8).

— W Filadelfii otwarto szpital, przeznaczony wyłącznie dla dotkniętych nowotworami złośliwymi.

WIADOMOŚCI OSOBOWE.

— Dochodzi nas z Krakowa wiadomość, iż dyrektor kliniki krakowskiej Radca dworu prof. *Henryk Jordan* ponownie zapadł na zdrowiu i wyjeżdża na kurację do Karolowych Warów. Czcigodnemu profesorowi przesyłamy najserdeczniejsze życzenia szybkiego powrotu do zupełnego zdrowia.

— Dr. med. *Mikołaj Strawiński*, prezes Koła lekarzy polskich w Petersburgu, obchodził w dniu 1 stycznia r. b. jubileusz 35-letniej pracy lekarskiej. Czcigodny jubilat liczy obecnie lat 58; z zawodu jest akuszerem. Redakcja *Ginekologii* złożyła Mu serdeczne życzenia po lacinie w depeszy, wysłanej przez kol. Neugebaura. Szczegółowy opis obchodu jubileuszowego znajdujemy w № 3-cim *Gazety Lekarskiej*.

— Prof. *Mikulicz-Radecki* (Wrocław) poddał się w styczniu r. b. operacji przepukliny pępkowej. Operacji dokonał szczęśliwie prof. Eiselsberg.

MIANOWANI:

— Katedrę medycyny operacyjnej fakultetu paryskiego objął znany Dr. *Pawel Segond*.

— Dr. *K. Skrobanski* habilitował się z ginekologii i położnictwa w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

— Dr. *Fausto Pini* habilitował się z ginekologii i położnictwa w Modenie.

ZMARLI:

— Prof. *Mikołaj Sklifasowski*, słynny chirurg rosyjski, zmarł dnia 13 grudnia 1904 roku.

VI.

ZAPISKI LECZNICZE

Wyjaławianie wody. Dr. Prieur w pracy swej p. t. „Mode de préparation rapide d'eau stérilisée et de sérum artificiel“ podaje następujący sposób: do litra wody dodaje się 4 do 8 kropel nalewki jodowej; po upływie 20 minut woda już jest jałowa.

Dionina (Aethylmorphinum hydrochloricum). Białny proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Znajduje zastosowanie, jako *sedativum*, przy podrażnieniu narządów płciowych, onanizmie, bólach miesiączkowych, parametritis, perimetritis, oophoritis, przy bólach, spowodowanych przez nowotwory złośliwe. Stosuje się wewnątrznie w postaci kropli w dawce od **0,015—0,04**, 2—3 razy dziennie, np. w połączeniu z Aq. laurocerasi, również w postaci czopków lub kulek pochwowych.

Suppositoria dionini.

Rp. Dionini 0.04
Ol. cacao 2.0
M. f. supp. D. t. dos. No. X
S. Zakładać po jednym czopku.

Globuli vaginales cum dionino.

Rp. Dionini 0.03
Ammon. sulphoichtyol. 0.2
Ol. cacao 2.0
M. f. glob. vag. D. tal. dos. № X
S. Wiadomo.

Podskórnice:

Rp. Dionini 0.6—1.0
Aq. destill. 20.0
M. D. S. Zastrzyknąć 1 strzykawkę Pravaza.
(Revue neur., psych., fysik. a-diaet. therapii, Unor, 1905).

Redaktor i Wydawca: Dr. Czesław Stankiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 28 Февраля 1905 г.

Druk A. T. Jezierskiego, Nowy-Swiat 47.

Specyjalnie Sale Operacyjne i t. p. ubikacje

z warstwą jednolitą, podobną do emalii, wytrzymującą zmywanie środkami dezynfekcyjnymi, wykonywa specyjalnie

Chmielna 20, w Warszawie, **G. Koeck.**



Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewiczza

Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny. Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka. — Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis). — Przyjmowane są: chore ginekologiczne (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu może pozostać w zupełnej tajemnicy. — Opieka lekarska: kierownik Zakładu, prócz tego lekarz zakładowy, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała położna, wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie od umowy. Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, możliwe ustępstwa.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu Nr 1846.

„ZDROWIE”

ORGAN WARSZ. TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,

Poświęcony higienie publicznej i prywatnej, wychodzi na początku każdego miesiąca w zeszytach objętości 5 — 6 arkuszy druku i zawiera:

1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępu i higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia zbiorowe. 3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i oddziałów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez G. Tołwińskiego. 6) Bibliografię. 7) Wiadomości bieżące, przegląd prasy, korespondencye.

Zwraca się uwagę na zeszyty, wydane w r. 1903, a poświęcone specyjalnym działom higieny:

Zeszyt 6/7 zawiera narady nad higieną prowincyi. Zeszyt 10 jest poświęcony higienie szkolnej.
" 8 jest poświęcony higienie miast. " 11 " gruźlicy i jej zapobieganiu.
" 9 " " produktem spożywczym. Cena pojedynczego zeszytu 50 kop.

NARADY NAD HYGIENĄ PROWINCYI — 2 Rb.
Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 k. 50.

Członkowie rzeczywisci Towarzystwa Hygienicznego otrzymują „ZDROWIE” bezpłatnie, zwyczajni opłacają w Warszawie rb. 2, na prowincyi rb. 3 rocznie.

Redaktor Dr. Med. **W. Janowski**, Nowogrodzka 46 (telefonu № 2725).
Administrator **G. Tołwiński**, ul. Św. Barbary 4 (telefonu № 2945)

GAZETA LEKARSKA

pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim
głęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktorem odpowiedzialnym jest dr. **Gajkiewicz Wł.** Wydawcą jest dr. **Pruszyński Jan**
(Hoża 50).

Cena Gazety Lekarskiej:
w Warszawie rocznie rb. 7. Półrocznie rb. 3 kop. 50.
Z przesyłką w Państwie Rosyjskiem i zagranicą:
Rocznie rb. 8, półrocznie 4.

Wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“:

- 1) *Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych*, przez d-ra Wł BIEGAŃSKIEGO. Tom I. Cena rb. 4, z przesyłką rb. 4 kop. 50. Tom II. Cena rb. 4 kop. 5, z przesyłką rb. 5
- 2) *Wykład chorób dróg oddechowych*, przez d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO. Tom I. *Choroby tchawicy i oskrzeli*. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40. Tom II. *Choroby płuc*. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.
- 3) *Dyagnostyka anatomo-patologiczna*, przez d-ra Z. DMOCHOWSKIEGO. Cz. I. *Klatka Piersiowa*. Cena na papierze kredowym rb. 4, przesyłka kop. 50.

Nabywać można u Wydawcy „Gazety Lekarskiej“ (Hoża 50) i we wszystkich księgarniach

Zakład wyrobów elektro-medycznych i dentystycznych

Wł. Makowski

Warszawa, Nowogrodzka № 17. — Telefon № 2717.

Poleca własnego wyrobu:

Transformatory, Akumulatory z opornikami do oświetlania i kaustyki,
Baterie galwaniczne o prądzie stałym i przerywanym, **Elektromotory, Maszyny elektryczne** statyczne, **Galwanometry, Volt-i Ampermetry**, **Kolowrotki elektryczne do borowania i szlifowania zębów** i t. p.

Urządza instalacje oświetlenia elektrycznego, połączeń telefonicznych itp.
Ładowanie akumulatorów elektrycznością uskutecznia się na każde żądanie wraz z ich dostawą do domów.

==== Ceny przystępne. ====

Głos Lekarzy

Dwutygodnik poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej. wychodzi we Lwowie pod redakcją *Dr. Szczepana Mikołajskiego* i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron — 6 marek — 3 ruble.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Śniadeckich, 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

wychodzi 44 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Redaktor główny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Przegląd Lekarski jest Organem Tow. lek. krakowskiego, lwowskiego i Tow. lek. galicyjskich.

Przegląd Lekarski zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik i szpitali. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszczenia prac oryg. IV. Zapiski lecznicze. V. Felieton. VI. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

Cena prenumeraty wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.

Nadsyłać można wprost do Administracji „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie, Wielopole 4, lub za pośrednictwem księgarni warszawskich i prowincjonalnych.



Zakład TEOFILA PETZA w Warszawie Chmielna 12.

Poleca własny wyrób sterylizatorów do narzędzi, rozmaitej wielkości puszek do gipsu, waty, gazy, ligatur; puszek do tamponowania macicy, przyrządy do parowych i suchych ciepłych kąpieli oraz wszelkie wyroby blacharskie. Obstalunki załatwia szybko i podług życzenia.

Krytyka Lekarska

Pismo miesięczne.

ZAWIERA:

rozbiór zasadniczych pojęć medycyny, oceny prac naukowych polskich, opracowania z historii medycyny przedewszystkiem w Polsce, sprawy społeczne lekarskie i zawodu lekarskiego. — Cena rub. 4 rocznie, z przesyłką rub. 5.

Redakcyja i administracyja w WARSZAWIE,
NOWO-SENATORSKA 6.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

w WARSZAWIE

Fabryka ul. Ciepła № 12.



№ 1022

Magazyny {
WARSZAWA, ul. Grzybowska Nr 19.
PETERSBURG, ul. Morska Nr 15.
MOSKWA, ul. Wielka Łubinka,
dom Tow. Ubezp. „Rosya”.



№ 540



Poleca przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych, oraz gabinetów lekarskich, a mianowicie:

Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie, i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacyj ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kółkach dla chorych i t. p.

wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19.

==== Ceny niskie. — Katalogi ilustrowane gratis franco na żądanie. ====

Poleca się uwadze
rekonwalescentów.

✱ ŻĄDAĆ WSZĘDZIE. ✱

Del Pino y C^o

TONICZNE.

SŁODKIE I WYTRAWNE.

FIRMY

Wina * * * * *
Hiszpańskie

BIURO TECHNICZNO - RYSOWNICZE DRZEWIECKI i S-ka Warszawa, Złota 61

Wykonywanie planów kanalizacyjnych i do akcyzy. Kosztorysy robót budowlanych i kanalizacyjnych. Kosztorysy do ministerjum podług „urocznawo położenia”. Rachunki budowlane dla pp. Obywateli i Majstrów. Rachunki kanalizacyjne. Rachunki do towarzystw ubezpieczeń. Niwelacje. Dozór Techniczny robót kanalizacyjnych.

PRACOWNIA ARTYSTYCZNA

Warszawa Marszałkowska Nr 134

Jan Nagórski

POLECA:

Monogramy, Herby, Żetony, Fac-Simile

Albumy, Pieczętki, Szyldziki, Bizuteryę

Ceny konkurencyjne.

EDWARD SULIKOWSKI i Sp., Inżynier.

!! NOWOŚĆ PATENTOWANA !!

Kupujcie **przybór, oszczędzający 50% zapalek**

na wietrze, niepogodzie i przeciągach Inżyniera E. H. Sulikowskiego.

Cena: aluminiowy 7½ kop., mosiężny 10 kop., złożony 15 kop.

Poleca się pp. Sportsmenom, Myśliwym, Wojskowym, Podróżnym, Służbie Dróg Żelaznych itp. Żądać w dystrybucjach, w składach przyborów podróżnych, myśliwskich i wojskowych, w składach lamp i oświetleń, w sklepach galanteryjnych.

Wata Grabolowa Antinikotynowa,

pochłania nikotyne, absorbuje gorzyc i nieprzyjemny zapach dymu, polepsza przymioty tytoniu. Paczka dla 300 szt. papierosów lub cygar 10 kop. Żądać w dystrybucjach i składach aptecz.

Sprzedaż Hurtowa: **Warszawa, Jerozolimka 21 m. 21.**

✱ BIURO TECHNICZNE ✱

L. KEGEL & C^o

poleca uznane za najlepsze

Samochody „MORS”

odznaczone medalami na wystawie i konkursie oraz

wszelkie przybory.