

# GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM  
I POŁOŻNICTWU

REDAKTOR: CZESŁAW STANKIEWICZ  
Właściciel Prywatnego Zakładu Ginekologicznego w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY:  
(WARSZAWA)

**TEODOR BORYSSOWICZ**

współwłaściciel Warsz. Zakładu Ginekologicznego.

**GUSTAW CHODAKOWSKI**

właściciel Prywatnego Domu Zdrowia.

**ZYGMUNT MONSIORSKI**

lekarz ambulatoryum chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

**FRANCISZEK NEUGEBAUER**

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangielickiego.

**TOMASZ REUTT**

ordynator oddziału ginek. Szpit. Praskiego.

**JAKÓB ROSENTHAL**

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

Adres Redakcyi: Złota 3, w Warszawie. Telefon № 1846.

Przedpłata roczna: Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę przyjmuje REDAKCYA, Biura Ogłoszeniowe i księgarnie w kraju i zagranicą.

WSZYSTKIE ARTYKUŁY SĄ PŁATNE.

Première année. MARS 1904. № 2.

**GINEKOLOGIA**

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Redacteur en chef: Dr. Czesław Stankiewicz, VARSOVIE, ZŁOTA 3.

I Jahrgang. MÄRZ 1904. № 2.

**GINEKOLOGIA**

PÖLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

Redacteur: Dr. Czesław Stankiewicz, WARSCHAU, ZŁOTA 3.

INSTYTUT SZCZEPNIENIA OSPY  
D-ra T. STĘPNIEWSKIEGO  
Warszawa, Złota Nr. 28.

Marzec, 1904.

**W poczet współpracowników „Ginekologii“ raczyli się zapisać:**

Dr. Mieczysław Bełżyński (Łódź), Dr. Rudolf Breiter (Lwów), Dr. Władysław Bujalski (Wilno), Docent Dr. Władysław Bylicki (Lwów), Dr. Cercha (Kraków), Docent Dr. Chlumský (Kraków), Dr. Czesław Czerwiński (Lublin), Prof. Dr. Adam Czyżewicz (Lwów), Docent Dr. Stanisław Dobrowolski (Kraków), Dr. Jan Gromadzki (Warszawa), Dr. S. Flatau (Norymberga), Dr. F. Grodecki (Kowno), Dr. Józef Idzikowski (Warszawa), Prof. Dr. Henryk Jordan (Kraków), Prof. Dr. Julian Kosiński (Warszawa), Dr. Bohdan Korybut-Daszkiewicz (Warszawa), Dr. Stanisław Kurtz (Warszawa), Dr. Jan Lachs (Kraków), Dr. Józef Laskowski (Warszawa), Dr. Adam Małkowski (Warszawa), Prof. Dr. Antoni Mars (Lwów), Dr. Alfred Michelis (Chełm), Dr. Bolesław Motz (Paryż), Docent Dr. Witold Orłowski (Petersburg), Dr. Eugeniusz Podhorecki (Petersburg), Dr. Pomorski (Poznań), Dr. Wincenty Puławski (Radziejów), Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków), Prof. Dr. Wacław Rubeska (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Dr. Józef Saks (Łódź), Docent Dr. Sołowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Warszawa), Prof. Dr. Heliodor Świącicki (Poznań), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątorok (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).

---

# JULJA Szoberowa

w WARSZAWIE, ŻÓRAWIA 7.

POLECA PASY BRZUSZNE: DZIANE, FISZBINOWE I ELASTYCZNE, PASY MIESIĘCZNE Z PODUSZKAMI, GORSETY HYGIENICZNE I ZWYCZAJNE, NAPIERŚNIKI, SZELKI DO PROSTEGO TRZYMANIA SIĘ I T. P.

**Apteka w Warszawie K. Wendy**

Posiada na składzie:  
SUROWICE przeciwblonńczą  
SUROWICE przeciwgronkowcą  
SUROWICE przeciw paciorkowcą  
SUROWICE przeciw tężcową  
i inne

SZPRYCE do SUROWIC.

# JABŁOŃSKI

WYCIĄG IGLIWIWA SOSNOWEGO

używany do kąpeli w wielu chorobach, zawierający w sobie wszystkie części lecznicze igieł sosnowych, jak lotne tak i stałe, zupełnie rozpuszczalny w wodzie.

Wyrobu Apteki

E. Kuskowskiego

w JABŁONNIE POD WARSZAWĄ.

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZ.

ŻAДАĆ W SZEDZIE JABŁOŃSKIEGO EKSTRAKTU SOSNOWEGO. ○○○○○

# Gazeta Lekarska

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

wszystkim gałęziom 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 rb. 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. 50, 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, z przesyłką kop. 40. Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50. przesyłka kop. 50.

3) Dyagnostyka anatomo-patologiczna, p. d-ra Z. Dmochowskiego. Cz. I. Klatka piersiowa. Cena rb. 3, na papierze kredowym rb. 4, przesyłka kop. 50.

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



# DOM ZDROWIA

D-ra Gustawa Chodakowskiego

w Warszawie, Długa № 8.

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

Stały konsultant Zakładu: Dr. med. Franciszek Neugebauer. Ordynatorzy: Dr. med. Zygmunt Monsiorski, Dr. J. Grodzki.



## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej

Dra med. Gustawa Vogel'a

**PODRĘCZNIK POŁOŻNICTWA**

dla lekarzy i studentów w tłumaczeniu polskiem

Zweygbauma i Popiela z 214 rysunkami w tekście.

==== Cena 4 rb. z przesyłką 4.50. — Warszawa, 1904 r. ====

SPECYALNIE  
**SALE OPERACYJNE**

i t. p. ubikacje

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

**G. Koeck**

==== Chmielna 20. w Warszawie. ====

**Sterylizowana** Watę, Gazę hydr. i jodoform., Kat-gut jodowy i ligatury, Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fyzyolog. roztwór soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyeczne zamykadła do irygatorów i t. d. poleca

**PRACOWNIA STERYLIZACYJNA**

Dra Borzymowskiego.

Warszawa, Twarda 30.

PRYWATNY ZAKŁAD LECZNICZY

**Chirurgiczno - Ginekologiczny**

Z ODDZIAŁEM DLA RODZĄCYCH

Boduena Nr. 5, telefonu Nr. 3083.

Drów Anteckiego, Cykowskiego, Kossobudzkiego, Laskowskiego, Leśniowskiego, Ryłki, Sławińskiego i W. Żurakowskiego.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie (Rb. 1.50—5 rb.)

90419

# GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM  
I POŁOŻNICTWU.

## T R E Ś Ć.

### I. PRACE ORYGINALNE.

- Docent Dr. **S. Dobrowolski**, Kraków. O cytotoksynach łożyskowych . . . . . 3
- Dr. med. **Z. Monsiorski**, Warszawa. Placenta praevia. Główniejsze fazy w rozwoju nauki o wadliwym przyczepie łożyska oraz stan kwestyi w świetle dzisiejszych pojęć . . . . . 7
- Dr. **A. Michelis**, Chelm. Kilka słów o anencefalii (z 2 rysunkami) . . . . . 21
- Dr. **A. Troczewski**, Kutno.—Cięża śródmiąższowa . . . . . 26

### II. STRESZCZENIA ZBIOROWE I SPRAWOZDANIA.

- Dr. **L. Kozicki**, Warszawa. Spółczesny stan nauki o surowicy przeciwciężarniczej . . . . . 30
- SPRAWOZDANIA. DE SINÉTY. Miesiączkowanie zastępcze i przegroda pochwy. — W. S. GRUZDIEW. W sprawie terapii przetok pęcherzowych u kobiet. — F. LEJARS. Hysterotomia próbna. — F. JAYLE. Wycięcie macicy nadpochwowej z powodu włókniaków. — O. OBERLÄNDER. O korzyściach drenowania jamy brzusznej na drodze pochwowej. — A. CZYŻEWICZ. Przypadek donoszonej ciąży zamacicznej z żywym płodem. — J. JAWORSKI. Przyczynę kliniczną do przebiegu ciąży zaśniadowej. — H. FRITSCH. Postępowanie w przypadkach krwotoków poporodowych. — Fr. NEUGEBAUER. Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie.

### III. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

- Towarzystwo Lekarskie Warszawskie (z rys.) . . . . . 50
- Towarzystwo Lekarskie Krakowskie . . . . . 55

### IV. OCENY.

- F. Schenk**. Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes. Ocenil R. . . . . 56

### V. FELIETON.

- W sprawie Zjazdów lekarskich. — Przemówienia a sprawozdania. — Polemiki lekarskie, przez VERUSA . . . . . 58

### VI. KORESPONDENCYE.

- Listy z Pragi Czeskiej, przez D-ra P. RUDZKIEGO . . . . . 61

akc. 142-52-161



VII. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. . . . .	63
VIII. KRONIKA ŻALOBNA. Ś. p. Adam Gliszczyński (z portretem) . . . . .	67
IX. ZAPISKI LECZNICZE. Niektóre nowsze środki stosowane przy krwawieniach macicznych	71

## SOMMAIRE.

I. TRAVAUX ORIGINAUX.	
Sur les toxines placentaires, par M. S. DOBROWOLSKI (de Cracovie).	
Placenta praevia, par M. S. MONSIORSKI (de Varsovie).	
Quelques mots sur l'anencéphalie, par M. A. MICHELIS (de Chelm).	
Grossesse éctopique interstitielle, par M. A. TROCZEWSKI (de Koutno).	
II. ANALYSES.	
Sur le sérum antistreptococcique, par M. L. KOZICKI (de Varsovie).	
Analyses: De Sinéty, W. S. Gruzdziew, F. Lejars, F. Jayle, O. Oberländer, A. Czyżewicz, J. Jaworski, H. Fritsch, F. Neugebauer.	
III. SOCIÉTÉS MÉDICALES DE VARSOVIE ET DE CRACOVIE.	
IV. CRITIQUE.	
V. FEUILLETON, par VERUS.	
VI. CORRESPONDANCES.	
Lettres de Prague, par M. P. RUDZKI.	
VII. NOUVELLES.	
VIII. NÉCROLOGIE.	
Prof. Adam Gliszczyński.	
IX. NOTES THÉRAPEUTIQUES.	

## INHALT.

I. ORIGINALARBEITEN.	
Ueber placentare Cytotoxine, von S. DOBROWOLSKI (Krakau).	
Placenta praevia, von S. MONSIORSKI (Warschau).	
Einige Worte ueber Anencephalie, von A. MICHELIS (Chelm).	
Graviditas interstitialis, von A. TROCZEWSKI (Kutno).	
II. SAMMELBERICHTE.	
Ueber Antistreptokokkenserum, von L. KOZICKI (Warschau).	
REFERATE: De Sinéty, W. S. Gruzdziew, F. Lejars, F. Jayle, O. Oberländer, A. Czyżewicz, J. Jaworski, H. Fritsch, F. Neugebauer.	
III. VERHANDLUNGEN DER AERZTLICHEN GESELLSCHAFTEN.	
Warschauer aerztliche Gesellschaft.	
Krakauer aerztliche Gesellschaft.	
IV. KRITIKEN.	
F. Schenk. Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes.	
V. FEUILLETON, von VERUS.	
VI. KORRESPONDENZEN.	
Briefe aus Prag, von P. RUDZKI.	
VII. LAUFENDE NACHRICHTEN.	
VIII. NEKROLOGIE.	
Prof. Adam Gliszczyński.	
IX. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.	

## OD REDAKCYI.

ZESZYT MARCOWY „GINEKOLOGII“ Z POWODU ZWIĘKSZONEJ OBJĘTOŚCI WYCHODZI Z OPÓZNIENIEM, ZA KTÓRE CZYTELNIKÓW NASZYCH UPRZEJMIE PRZEPRASZAMY.

## I. PRACE ORYGINALNE

# O cytotoksynach łożyskowych

PODAŁ

Docent Dr. STANISŁAW DOBROWOLSKI (Kraków).

Podwaliną nauki o jadach komórkowych czyli t. zw. *cytotoksynach* były prace Miecznikowa i Bordeta. Gdy zbadano i bliżej wyjaśniono działanie hematotoksyn, jadów, działających na krążki czerwone krwi, a równolegle niemal stwierdzono istnienie innych toksyn, jak leukotoksyn, spermatotoksyn, hepatotoksyn, nefrotoksyn, neurotoksyn i t. d., siłą rzeczy zrodziły się usiłowania, by otrzymać swoistą toksynę łożyskową.

Veit<sup>1)</sup> i Scholten byli pierwsi, którzy podjęli odnośne badania, wprowadzając królikom do otrzewnej zawiesinę z łożysk króliczych i ludzkich. Pod działaniem zawiesiny w dawkach średnich występował białkomocz, uważany przez Veita za równoznaczny z białkomoczem u ciężarnych; przy dawkach dużych zwierzęta padały.

Charrin i Delamare<sup>2)</sup> stwierdzili jadowitość zawiesiny łożyskowej i starali się określić wysokość dawki zabójczej dla danego gatunku. Liepman<sup>3)</sup> otrzymał surowicę łożyskową ze krwi królika, któremu uprzednio w ciągu kilku tygodni wstrzykiwał do otrzewnej zawiesinę z łożysk ludzkich. Cechą charakterystyczną surowicy Liepmana jest odczyn swoisty na kosmki: po dodaniu kosmków lub surowicy krwi ludzkiej, zawierającej kosmki, powstaje zmętnienie i osad, gdy inne tkanki podobnego działania nie mają. Wbrew autorom, cytowanym wyżej, Liepman nie był w stanie potwierdzić

<sup>1)</sup> VEIT. Ueber Albuminurie in der Schwangerschaft. Gyn. Ges. in Berlin, 11. IV. 1902. *Berl. Klin. Woch.*, 1902, № 22 i 23.

<sup>2)</sup> Soc. de biol. 13. VII. 1901. *Sem. méd.* 1901, str. 238.

<sup>3)</sup> LIEPMAN. Ueber ein für menschliche Placenta spezifisches Serum. *Deutsche med. Woch.* 1902, № 51 i 1903, № 5.

faktu wybitnej toksyczności zawiesiny łożyskowej ludzkiej. W jego spostrzeżeniach biłkomocz notowano rzadko, zdaniem autora, jako zwykły odczyn ustroju wobec dowozu znacznej ilości białka obcego.

Ascoli<sup>1)</sup> badał działanie dwojakiej surowicy łożyskowej: *heterosyncytiolizyny*, otrzymanej przez wstrzykiwanie zawiesiny z łożysk świnek morskich królikom, i *izosyncytiolizyny* — przez wstrzykiwanie zawiesiny łożyskowej króliczej królikom. Surowica heterosyncytiolityczna, wstrzykiwana podskórnie i wprowadzona do krwi, nie wywoływała u zwierząt odnośnego gatunku przerwania ciąży; po wprowadzeniu do żyły występował biłkomocz. Wstrzyknięta pod opony mózgowie surowica ta sprowadzała śpiączkę i drgawki, a przy dawkach średnich i większych — śmierć zwierzęcia. Ogrzana do 60° C traciła swe działanie swoiste.

Surowica izosyncytiolityczna działała podobnie, lubo znacznie słabiej. Zdaniem Ascolego, w sprawie powstawania drgawek porodowych u kobiet wybitną odgrywają rolę krążące we krwi izocyto-toksyny łożyskowe.

Zupełnie niezależnie od prac wymienionych, jeszcze w czerwcu 1901 r., rozpocząłem w pracowni bakteryologicznej prof. Nowaka szereg badań doświadczalnych, wychodząc z założenia, że jeżeli jady komórkowe wogóle dla tych lub innych tkanek swoiste niszczą odpowiednie tkanki, to i toksyny łożyskowe muszą powodować zmiany destrukcyjne w łożysku. Innemi słowy pragnąłem wyświecić, jakie zmiany zachodzą w łożyskach pod wpływem swoistej toksyny i czy prowadzą one w dalszem następstwie do przerwania ciąży.

Do doświadczeń używałem wyłącznie surowicy heterotoksycznej (*heterotoksyn*), stosując ją u zwierząt tego gatunku, z którego pochodziło łożysko. Technika otrzymania tej surowicy względnie dość prosta została w innym miejscu<sup>1)</sup> szczegółowo opisana, tu zaznaczę jedynie, iż świeże, pozbawione krwi łożyska gatunku A, zmiążdżone w mózdzierzu lub prasie hydraulicznej Nefediewa i przekształcone w zawiesinę, wstrzykiwałem pod skórę lub do otrzewnej zwierzęciu gatunku B, co powtarzałem kilkakrotnie w odstępach 10—20 dniowych, a w kilkanaście dni po ostatniem zastrzyknięciu, upu-

<sup>1)</sup> ASCOLI. Zur experimentellen Pathogenese der Eclampsie *Centr. f. Gyn.* 1902, № 49.

<sup>1)</sup> S. DOBROWOLSKI. O cytotoksynie łożyskowej. Z pracowni bakteryologicznej prof. Nowaka w Krakowie. *Rozpr. Akad. Umiejętn. Wydz. matem. przyr.* T. LIII Ser. B., str. 169—185. Tow. lek. krak. 4. XI. 1903. *Przeegl. lek.* XLII, 690.



ściwszy pewną ilość krwi, otrzymywałem surowicę toksyczną swoistą dla gatunku A.

Tu muszę zauważyć, iż w celu powyższym nadają się jedynie małe i średnie dawki zawiesiny łożyskowej, które są dobrze znoszone przez zwierzęta innego gatunku, gdy natomiast dawki większe działają zabójczo.

Doświadczenia swoje mogę podzielić na trzy główne grupy. Do pierwszej zaliczam doświadczenia, wykonane z surowicą heterotoksyczną swoistą dla świnek morskich. Szereg drugi spostrzeżeń dotyczy surowicy heterotoksycznej swoistej dla królików. Ostatnie wreszcie badania odnoszą się do surowicy toksycznej swoistej dla kobiet. Badanie otrzymanych surowic na precipityny we wszystkich trzech przypadkach dało wynik ujemny.

*Doświadczenia z surowicą łożyskową heterotoksyczną swoistą dla świnek morskich.* Wykonawszy u kozy w sposób wyżej podany szereg zastrzyknięć zawiesiny z 3 łożysk świnek morskich, otrzymałem z krwi żyły szyjnej w przyrządzie Latapie jałową surowicę łożyskową, swoistą toksyczną dla świnek morskich. Surowica ta w małych dawkach (0,5—1 ctm.<sup>3</sup>), nawet wprowadzona do żyły i pod opony, nie spowodowała poronienia u świnek prośnych, gdy natomiast dawki średnie (3—6 ctm.<sup>3</sup>) zawsze wywoływały poronienie, a większe działały jednocześnie zabójczo na płody. U królic kotnych działanie surowicy było również widoczne, acz poronienie nie następowało tak szybko, jak u świnek. Ustrój macierzysty, tak u królic, jak u świnek morskich, wziętych do doświadczenia, zachowywał się odpornie wobec surowicy: wszystkie zwierzęta pozostały zdrowe.

U świnek nieprośnych surowica heterotoksyczna nie spowodowała żadnych zbroczeń nawet przy dawce 5 ctm.<sup>3</sup>.

Doświadczenia kontrolujące ze zwykłą surowicą kozią, przeprowadzone na świnkach prośnych, dobitnie wykazały, iż surowica ta właściwości poronnych zgoła nie posiada.

Ogrzana do 60° C w przeciągu godziny surowica heterotoksyczna traciła własności jadowite i nawet w dawce 7 do 9 ctm.<sup>3</sup> nie była w stanie wywołać poronienia.

W utkaniu łożysk pod działaniem surowicy swoistej stwierdziłem lekkie stłuszczenie.

Doświadczenia moje, przedsięwzięte z wprowadzeniem heterotoksyn pod opony mózgowe, wypadły na ogół niekorzystnie dla hipotezy Ascoleo. Drgawki występowały nie we wszystkich przy-

padkach, a i tam gdzie były, nie złożyły się na obraz typowy, podobny do drgawek porodowych u kobiet.

*Doświadczenia z surowicą łożyskową heterotoksyczną swoistą dla królików.* Surowicę łożyskową heterotoksyczną swoistą dla królików uzyskałem z krwi owcy, której w ciągu 6 tygodni wstrzyknąłem czterokrotnie zawiesinę z dwóch łożysk króliczych. Surowica ta, zastrzyknięta królicom ciężarnym w ilości 10 ctm<sup>3</sup>, wywołała poronienie u królicy więcej kotnej po 30 godzinach, u mniej kotnej po dwóch dniach. Pierwsza króliczka rzuciła płody niedonoszone, żyjące, które w ciągu doby następnej wszystkie wyginęły; druga, mniej kotna poroniła płody nieżywe. Inna wreszcie króliczka, będąca u kresu ciąży, rzuciła płody nieżywe już w kilka godzin po zastrzyknięciu 6 ctm<sup>3</sup> surowicy swoistej. Po wstrzyknięciu 10 ctm<sup>3</sup> surowicy do żyły w pięć dni nastąpiło przerwanie ciąży, a nieczasowe płody padły zaraz po urodzeniu. We wszystkich tych spostrzeżeniach królice pozostały zdrowe.

Małe dawki surowicy swoistej (2—3 ctm<sup>3</sup>), stosowane podskórnie lub pod opony, nie wywierały żadnego wpływu ani na przebieg ciąży u królic, ani na stan ogólny. W przeciwieństwie do tego dawki duże (15 ctm<sup>3</sup>) wywierały na ustrój macierzysty działanie wybitnie toksyczne. Dawki te prócz poronienia powodowały u królic ciężarnych niechybną śmierć. Zabójcze działanie surowicy na płody królicze występowało szybko, wkrótce po zastrzyknięciu, dlatego też w przypadkach późnych poronień mogłem często widzieć stany znacznej maceracji płodów rzuconych.

U królic nieciężarnych nawet wysokie dawki (po nad 15 ctm<sup>3</sup>) nie spowodują żadnych zaburzeń chorobowych.

Ogrzana do 60° C surowica łożyskowa traci swe własności toksyczne. Badanie histologiczne łożyska u królic padłych pod wpływem surowicy swoistej wykazuje rozległe zmiany, polegające na stłuszczeniu tkanki łożyskowej.

*Doświadczenia z surowicą łożyskową heterotoksyczną ludzką.* W dziale tym starałem się przedewszystkiem wyjaśnić działanie zawiesiny łożyskowej ludzkiej na ustrój zwierzęcy. Na podstawie szeregu doświadczeń, dokonanych na królikach, doszedłem do wniosku, iż małe dawki (2—3 ctm<sup>3</sup>) zawiesiny nie spowodują zaburzeń chorobowych nawet w tych razach, gdy zawiesina była przygotowana z łożysk, pochodzących od kobiet z drgawkami porodowymi.

Co się tyczy surowicy heterotoksycznej swoistej dla kobiet, otrzymałem ją z krwi capa, któremu czterokrotnie wprowadziłem

pod skórę po 6 cm<sup>3</sup> zawiesiny łożyskowej ludzkiej. Wiedząc z poprzednich doświadczeń, jak surowice łożyskowe toksycznie działają w pewnych dawkach na ustrój płodu i macierzysty, nie robiłem doświadczeń u kobiet. Przypuszczać wszakże można na zasadzie poprzednich doświadczeń, że i surowica heterotoksyczna swoista dla kobiet posiada wysoką zdolność przerywania ciąży. Czy tak jest rzeczywiście, pokażą dalsze badania, poprzedzone wykonaniem doświadczeń na rozmaitych gatunkach zwierząt wyższych. U ciężarnych królic i świnek morskich surowica omawiana nie wywoływała poronienia, gdyż zwierzęta te na drabinie zoologicznej zbyt daleko stoją od człowieka.

Wnioski, jakie ze swych doświadczeń mogłem wyprowadzić, są następujące <sup>1)</sup>:

1. Zawiesina z łożysk zwierzęcych, wstrzykiwana zwierzętom innego gatunku, jakoteż zawiesina z łożysk ludzkich, wstrzykiwana zwierzętom w dawkach niezbyt dużych, jest dla zwierząt zupełnie obojętna bez względu na to, czy ją wstrzykujemy podskórnie, czy też do otrzewnej.

2. Można otrzymać surowicę łożyskową heterotoksyczną, wywołującą w określonych dawkach przerwanie ciąży bez względu na to, w jaki sposób zostaje wprowadzona do ustroju.

3. Małe dawki tej surowicy nie działają zupełnie.

4. Duże dawki tej surowicy wywołują zawsze poronienie, ale mogą też zabić zwierzę, użyte do doświadczenia.

5. Surowica ta nie szkodzi zwierzętom nieciążarnym nawet w dawkach zabójczych dla ciężarnych.

6. Surowica, ogrzewana do 60° C, traci własności toksyczne, a poronienie sprowadza bardzo niepewnie.

7. Surowica ta, wprowadzona zwierzętom pod opony, nie wywołuje innych zaburzeń, jak wprowadzenie takiej samej ilości innego płynu, a przede wszystkim nie wywołuje żadnego typowego obrazu drgawek, któryby był podobny do drgawek porodowych, przytrafiających się u kobiet.

8. Surowica posiada pewne działanie tylko u zwierząt tego gatunku, dla którego była przygotowana, u zwierząt gatunku pokrewnego działa już bardzo niepewnie.

<sup>1)</sup> S. Dobrowolski l. c.

# PLACENTA PRAEVIA

Główniejsze fazy w rozwoju nauki o wadliwym przyczepie łożyska  
oraz stan kwestyi w świetle dzisiejszych pojęć

opracował

Dr. med. **Zygmunt Monslorski** (Warszawa).

Niezmiernie ważne powikłanie ciąży i porodu, wymagające wielu starań i zabiegów ze strony lekarza; źródło walk i nieporozumień pomiędzy rzecznikami różnych metod leczniczych; zjawisko pełne zagadnień, zajmujących po wsze czasy umysły badaczy: — łożysko przodujące—jest kwestją zawsze na dobie. Jedność w poglądach na szczególży tej kwestyi nie prędko zapanuje, bo szczegółów tych obfitość jest wielka.

Niniejszy wykład ma na celu zestawić w krótkości wszystkie odnoszące się tutaj poglądy tak co do istoty samej choroby, jako też i sposobów jej leczenia; a jednocześnie sprostować niektóre błędy, wciąż powtarzające się w podręcznikach położnictwa. Wchodząc odrazu in medias res, należałoby zacząć od określenia, co nazywamy poprzedzającym łożyskiem? To pytanie jednakże może być rozstrzygnięte po uprzednim wyjaśnieniu, dotyczącem miejsca przyczepu łożyska wogóle a łożyska przodującego w szczególności. W tym względy krótki rys rozwoju pojęć będzie dla zrozumienia rzeczy bardzo pomocnym.

Zacznijmy od rehabilitacyi świata starożytnego. Większość autorów sądzi, że w starożytności uznawano tylko przyczep łożyska do dna macicy, a niektórzy wprost twierdzą, że wówczas placenta praevia była nieznaną. Niech czytelnik sam osądzi sprawę na zasadzie następujących dwóch cytat.

Hippokrates (tom VII, str. 493, tłumacz. francuskie) powiada: „Cela étant le sang descendant de la mère et se coagulant, *la chair* se forme. Au milieu de la chair se détache l'ombilic etc. „La chair“ znaczy w tekście *sarx, caro*. Czytajmy teraz u Aetiusa (str. 789) „si vero ob carnem collo uteri adnatam, aut ob tunicam aliquam innatam

solidiorem parturiendi difficultas eveniat, velut in non perforatis mulieribus accidit, quidquid impedimento fuerit, resecetur. Tak więc starożytni bez wątpienia znali poprzedzające łożysko. Z drugiej jednak strony nie da się zaprzeczyć, że jako zasadę, jako prawidło uznawano, iż łożysko przyczepia się do dna macicy. Gdy w średnich wiekach starano się pogodzić dogmat odziedziczony po przodkach z faktami przodowania łożyska przy porodzie (co wówczas nazywano „filius ante patrem“), wymyślono tłumaczenie, że łożysko odpada od dna macicy a przykleja się do jej szyi. Chociaż Portal już w 1685 roku należyte komentuje istnienie łożyska przodującego, jednakże stara teoria wciąż trwa dalej. Mauriceau, Peu (1694), Dionis (1718) Deventer (1733), a nawet słynny Puzos (1759) są jeszcze zwolennikami starej teorii.

Jeżeli rok 1685 może być uważany za datę pierwszego klinicznego stwierdzenia i należytej oceny poprzedzającego łożyska, to rok 1709 jest datą pierwszego anatomicznego potwierdzenia tego faktu. Mianowicie Schacher, prof. z Lipska, w rozprawie ucznia swego Seilera opisuje fakt znalezienia na sekcji łożyska, przyczepionego do szyi macicznej, i tłumaczy go w ten sposób: „bez wątpienia łożysko znajdowało się tu od początku ciąży, ponieważ nie było odklejone od macicy, lecz tak mocno zrosnięte z nią i z szyją, że nie można go było oderwać bez wysiłku”. We Francji w 1723 roku Petit wystosował do Akademii Paryskiej oznajmienie o fakcie identycznym z wypadkiem Schachera w Niemczech. Stopniowo należyte tłumaczenie istnienia łożyska przodującego znalazło ogólne uznanie.

Musimy znów na tem miejscu stwierdzić, że nie Levret (1753), jak to ogólnie utrzymują, lecz Portal, Schacher i Petit byli pierwsi, którzy dowiedli, że łożysko może przyczepiać się w dolnej części macicy. Brand w 1770 roku skrytykował nawet udatnie dawną teorię i posunął naukę naprzód dzięki temu, że zaczął mówić nie tylko o łożysku przyosniętem nad ujściem wewnętrznem macicy, ale i o przyczepie łożyska na „dolnym odcinku” macicy. On pierwszy użył tego wyrażenia, które stało się później hasłem zaciętej walki dwóch obozów. Walka toczyła się nie na tle łożyska przodującego; jednakże musimy jej się przyjrzeć, gdyż wyniki są dla naszego przedmiotu ważne.

Aż do 1842 roku sądzono, że macica w ostatnich 4 miesiącach powiększa się kosztem szyi, która ulega stopniowemu zgładzeniu i wytwarza dolny odcinek macicy. We wspomnianym roku pierwszy Taylor wygłasza zdanie, że szyja maciczna [nie ulega] zmianie

od poczęcia aż do porodu. Holst w 11 lat później potwierdza ten fakt na zasadzie następujących danych: 1) przerost śluzówki macicznej dochodzi do ujścia wewnętrznego; śluzówka szyi zostaje niezmienną; 2) wymiary szyi macicznej u panien, matek i kobiet po menopauzie dowodzą, że szyja nie uczestniczy w czynnościach macicy; 3) długość szyi jest ta sama w ciąży i po za ciążą. Zdanie Taylora i Holsta podzielają później Spiegelberg (1865), Schroeder (1867), Mueller (1868), Lott i Edward Martin (1876). Zdawało się, że kwestya została ostatecznie rozstrzygnięta, gdy Bandl swoim wystąpieniem w roku 1876 dał sygnał do nowej walki.

Podług niego dolny odcinek macicy formuje się w drugiej połowie ciąży w ten sposób, że zewnętrzne warstwy muskulatury szyi podnoszą się ponad ujście wewnętrzne równoległe do błony doczesnej macicy, ulegają rozszerzeniu i wytwarzają dolny odcinek. Jednocześnie różnica śluzówek traci znaczenie przy określaniu granic szyi i trzonu macicy.

Küstner idzie dalej, niż Bandl. Podług Küstnera i śluzówka szyi podnosi się ku górze aż do linii Bandla; innemi słowy „dolny odcinek“ macicy formuje się z szyi macicznej. Na dowód przytacza, że na dolnym odcinku istnieją plicae palmatae, oraz że nad obrączką Bandla powierzchnia wewnętrzna macicy jest szorstka, a pod obrączką—gładka, z licznymi dużymi otworami gruczołów. Oprócz tego mikroskop stwierdza na dolnym odcinku nabłonek cylindryczny, którego komórki są zaledwie 2—3 razy większe od komórek śluzówki macicy. Jeżeliby zaś ta błona miała być doczesną, to komórki powinny być, podług Leopolda, 10 razy większe. Dalej, tam gdzie jest nabłonek, tam nie mogło być przyrostu błon; a że przyrost dochodzi tylko do obrączki Bandla, więc ta obrączka jest dawniejszym otworem wewnętrznym szyi. Z ostrą krytyką Küstnera wystąpił Saenger, podając w wątpliwosc samo badanie mikroskopowe. Do walki stają Langhans i Müller (Bern). Każdy inaczej komentuje fakty Küstnera. Wreszcie na 96 kongresie przyrodników niemieckich Schatz proponuje dla zgody nie nazywać dolnego odcinka tem mianem. Z obozu Küstnera jeszcze wystąpili na widowinę Keilman i Davidson. Wreszcie pojawiły się prace Hofmeiera, Pinarda i Varniera, które dziś, zdaje się, znalazły ogólny posłuch i nawet przyczyniły się do powstania nowej metody leczenia. Dla tego zatrzymamy się jeszcze chwilę nad tym przedmiotem. Podług tych autorów błąd polegał na tem, że pod mikroskopem rozpatrywano tylko śluzówkę, a nie całą grubosc ściany. Jeżeli rozpa-

trywać ścianę trzonu macicy ciężarnej, to wszędzie znajdziemy układ podobny do kartek w książce; w ścianie zaś szyi budowa jest zupełnie inna: tam mięsne włókna dają się z łatwością oddzielać, tu nawet na najcieńszych przekrojach znajdujemy tkankę łączną, twardą, którą łatwiej rozerwać, niż rozciągnąć. Na tej podstawie przychodzimy do wniosku, że dolny odcinek macicy jest częścią trzonu macicy i z szyją jej nie ma nic wspólnego. Mimo to zasługuje on na osobną nazwę: jest to jedyna część macicy, która podczas porodu ulega rozciągnięciu, która nie może się kurczyć w tym stopniu, jak reszta macicy. Granicę górną dolnego odcinka stanowi miejsce, gdzie otrzewna ściśle przylega do ściany macicy, co szczególnie łatwo skonstatować na przedniej ścianie. Leży ono na odległości 3—6 ctm. od orif. internum, a 7 do 10 od orif. ext. colli uteri. Grubość dolnego odcinka jest znacznie mniejsza od grubości szyi macicznej: wówczas, gdy ta ostatnia ma do 15 mm. grubości, tamta zaledwo 4 mm. Dolną granicą dolnego odcinka jest naturalnie w tych warunkach orif. inter. colli uteri.

Teraz dopiero możemy dać określenie, że łożyskiem przodującym lub, jak się dziś mówi, wadliwym przyczepem łożyska nazywamy *przyczep łożyska na dolnym odcinku macicy, to jest na tej części trzonu macicy, która leży bezpośrednio nad ujściem wewnętrznym i rozciąga się w górę do linii, odpowiadającej ściśtemu przyczepowi otrzewnej do ściany macicy.*

Samo łożysko przedstawia w tych razach pewne różnice w stosunku do normy. Najpierw zwrócono uwagę na tę okoliczność, że poprzedzające łożysko jest zawsze grubsze w środku, niż na obwodzie, że przypomina formę sutki, której brodawkę stanowiłby przyczep pepowiny. Dalej wszyscy zgadzają się, że przy wadliwym przyczepie łożyska często spotykamy łożysko dodatkowe (pl. succenturiata), łożysko brzeżne (pl. marginata), dwupłatowe (pl. biloba), nieregularne itd. Dlaczego tak jest, zaraz zobaczymy przy omawianiu etyologii tego cierpienia. Tymczasem należy poświęcić słów parę stosunkowi łożyska do ujścia wewnętrznego macicy. Chodzi tu o to, że dawny podział, uznający t. zw. środkowy przyczep łożyska, t. j. taki, przy którym środek ujścia odpowiada środkowi łożyska, dziś utrzymać się nie da. Większość poważnych autorów twierdzi, że takiego przyczepu nie widzieli nigdy. Przyznają tylko, że łożysko przyczepione na dolnym odcinku albo nie dochodzi wcale do ujścia macicy, albo też dochodzi brzegiem, może dalej przykrywać częściowo ujście, i wreszcie może je pokrywać zupełnie.

W tym ostatnim razie większa część łożyska musi znajdować się po jednej stronie ujścia, mniejsza — po drugiej. Gdzie mianowicie której szukać należy—na to niema zgody u autorów. Praktycznie ważne jest spostrzeżenie Pinarda, że *w tych razach, gdy łożysko poprzedzające daje krwawienia, małego płata zawsze szukać należy na przedniej ścianie macicy.*

Przechodzimy obecnie do *przyczyn* powstawania łożyska przedującego. Wszyscy zgadzają się na to, że zwiotczenie (atonia) macicy, spowodowane bądź częstymi porodami, bądź sprawami zapalnymi, odgrywa tu ważną rolę. Ta myśl, wygłoszona już w końcu XVIII-go wieku przez Osiandra, stanowiła niejako kanwę, na której rysowano mniej lub więcej fantastyczne teorie. Długi czas rozbiegały się one z rzeczywistością, gdyż miały za podstawę fałszywe wyobrażenia z embryologii.

Rozwój embryologii przeniósł sprawę na inny grunt. Biorąc za podstawę rozumowania, że doczesna późniejsza (dec. serotina) tam się tworzy, gdzie jaje przylega do słuźówki macicznej, badacze zajęli się pytaniem, czy może ono zatrzymać się i dalej rozwijać nad ujściem wewnętrznem szyi macicy. Jako gorliwy zwolennik możliwości rozwoju jajeczka w tych warunkach występuje Ahlfeld. Jego argumentacja opiera się na tych faktach, że ujście wewnętrzne szyi macicy jest zawsze zamknięte na początku ciąży oraz że przerost słuźówki tem więcej sprzyja temu zamknięciu. Tymczasem w roku 1890 zjawia się praca Hofmeiera, która zapoznaje nas z nową a bardzo ciekawą teorią. Hofmeier opiera się na preparacie macicy ciężarnej w 5 miesiącu, pochodzącej od kobiety, która, wypadłszy z okna, zabiła się. Macicę włożono w całości do alkoholu; otwór w ścianie przedniej ułatwiał dostęp alkoholu do wnętrza. Po przecięciu macicy okazała się ciąża bliźniacza; błona doczesna zagięta (dec. reflexa) nie była jeszcze zrosnięta z doczesną prawdziwą; pomiędzy doczesną zagiętą a prawdziwą była krew, którą znaleziono również i pod płatem łożyska, przykrywającym ujście wewnętrzne macicy. Badanie bliższe wykazało, że łożysko było tu rozwinięte w doczesnej zagiętej i dotąd nie było złączone z doczesną prawdziwą. Inaczej mówiąc: część łożyska stanowiła doczesna późniejsza, a druga część znajdowała się w doczesnej zagiętej. Na zasadzie tego preparatu Hofmeier wygłosił taką teorię:

1) Jajeczko nie może przyczepić się nad ujściem wewnętrznem, gdyż wypadłoby do kanału szyi.



2) Normalny rozrost doczesnej późniejszej skutecznia się bądź przez uniesienie fałdy między doczesną zagiętą i prawdziwą i rozwój zrazików w tej ostatniej, bądź przez rozwój zrazików w doczesnej zagiętej i następczy zrost z doczesną prawdziwą. Przy ujściu wewnętrznym pierwszy mechanizm jest niemożliwy, a więc musi tu panować wszechwładnie mechanizm drugi.

3) Łożysko przodujące zawsze łatwo daje się odkleić od miejsca przyczepu.

Pomijamy całą polemikę Hofmeiera z Ahlfeldem. Wkrótce, jako gorący zwolennik Hofmeiera, występuje Kaltenbach i twierdzi, że zawsze, ilekroć przez zanik, hypersekrecję lub hyperplazję śluzówki utrudnione jest wytwarzanie się łożyska, wtedy zawsze kosmki na doczesnej zagiętej odgrywają rolę pomocniczą, dodatkową. Według Kaltenbacha może to zachodzić nietylko przy łożysku przodującym, ale i wtedy, gdy krwi krążenie łożyskowe nie jest dostateczne dla odżywienia płodu.

Należy tu zaznaczyć, że teoria powyższa bardzo jasno tłumaczy nam powstawanie plac. succenturiatae, plac. marginatae itd.

Jak o curiosum wspominamy tu jeszcze o teorii Keilmana, według której łożysko wytwarza się nie tam, gdzie się jajeczko pierwotnie zatrzymało, lecz w miejscu, w którym omoczna (allantois) wraz z naczyniami płodu dochodzi do doczesnej. Według Keilmana miejsce przyczepu łożyska jest wprost rzeczą przypadku; przypadkowością również tłumaczy powstawanie pl. praeviae.

Z kolei rzeczy przechodzimy do omówienia *objawów* łożyska przodującego. Dość wczesnie, bo już w początkach 17 wieku Guillemeau stawiał krwotoki drugiej połowy ciąży w zależności od tej nieprawidłowości przyczepu łożyska. Tłumaczenie atoli przyczyny krwotoku było różnorodne, odpowiednio pojęciom o istocie samego cierpienia. Łatwo przewidzieć, jakie mogły być tłumaczenia krwotoku w owym czasie, gdy sądzono, że łożysko, jeżeli zamyka ujście macicy, to musiało poprzednio od dna się odkleić. Z czasem powstało mniemanie, że macica, powiększając się kosztem szyi, przez to samo wpływa na otwieranie się ujścia wewnętrznego od 7-go miesiąca, co naturalnie powoduje odrywanie się łożyska i krwotok. Teoria ta z czasem upadła i ustąpiła miejsca innej, która tłumaczy nietylko powstanie krwotoku, ale i inne objawy, na które poprzednio nie zwracano uwagi. Twórcą jej jest Pinard. Podczas ostatnich miesięcy ciąży — mówi on — kosmówka i owodnia podlegają bardzo silnemu rozciąganiu wraz z dolnym odcinkiem macicy. *Je-*

żeli zaś na dolnym odcinku macicy znajduje się łożysko, to następuje jedno z dwojga: albo łożysko się odkleja i następuje krwotok, albo też błony przedwczesnie pękają i wówczas krwotoku nie ma. Pinard nastaje szczególnie na to, że te dwa objawy wzajemnie się wykluczają. Jako zaś trzeci objaw przytacza, że z powodu trudności powiększania się macicy następuje często przedwczesny poród.

Wracamy obecnie do szczegółów głównego objawu, t. j. *krwotoku*. Krwotok jest zawsze *zewnątrzny* i jest *nagły, bez widocznej przyczyny*. Pierwszy krwotok jest *słaby i krótki, bez bólu*; następne krwotoki *coraz dłuższe, coraz obfitsze, z bólem w lędźwiach i dole brzucha*.

Oprócz krwotoku, przedwczesnego odejścia wód i przedwczesnego porodu, objawów, które spostrzega już otoczenie chorej, znajdujemy przy badaniu, że część pochwowa jest bardzo wysoko położona, że dolny odcinek jest gruby, miękki, że położenie płodu jest często wadliwe, a przodująca część jego stoi b. wysoko. Statystyka położzeń płodu przy pl. praevia opiewa:

1) Ludell, 74 przypadki: 47 główkowych, 8 pośladowych, 19 poprzecznych.

2) Pinard, 147 przypadków: 127 główkowych, 18 pośladowych, 1 poprzeczne i 1 twarzowe.

3) Maggiar zebrał 3,880 przypadków, w których położenia pośladowe stanowią 2,46%, poprzeczne 0,41% i twarzowe 0,12%.

Z tej samej przyczyny, co i wadliwe położenia płodu, zdarzają się podczas porodu wypadnięcia pępownicy i drobnych części płodu, t. j. z przyczyny braku przystosowania się części przodującej.

Zwyczajnie podobne wypadnięcia zdarzają się 1 raz na 227 porodów; przy przodującym zaś łożysku 1 : 12 (Porak), 1 : 45 (Nordman), 1 : 64 (Oberman).

Z objawów ostatniego okresu porodu należy wspomnieć o krwotoku, wywoływanym przez brak kurczliwości dolnego odcinka, oraz o możliwości nagłej śmierci, gdy po wielkim krwotoku narzędzia klatki piersiowej przez skurczenie się macicy i napływ krwi do brzusznych trzewi, otrzymują ilość krwi zbyt małą.

**Rozpoznanie** przodującego łożyska bywa po większej części b. łatwe, o ile już wystąpił krwotok: wtedy przez przewód szyi dochodzimy palcem wprost do masy łożyska; okres ciąży oraz charakter krwotoku — dają również pewne wskazówki. Lecz wobec niebezpieczeństwa, jakiem grozi placenta praevia, *powinniśmy umieć rozpoznać chorobę, zanim wystąpią jakiegokolwiek objawy groźne*. Za

pomocą badania *zewnątrznego* stwierdzamy, że *przodująca część płodu stoi b. wysoko, jest zupełnie ruchoma*. O ile więc mamy do czynienia z pierwiastką po  $7\frac{1}{2}$  miesiącu ciąży lub z wieloródką po  $8\frac{1}{2}$  i położeniem główkowym, to należy szukać przyczyny braku wklonowania: wykluczwszy zwężenie miednicy, hydramnios i przekonawszy się, że ani przepelnienie pęcherza moczowego, ani przepelnienie odbytnicy nie odgrywa tu roli, możemy przypuścić, że łożysko jest przyczepione na dolnym odcinku macicy. Z kolei przystępujemy do badania przez pochwę. Znajdujemy, że dolny odcinek macicy jest gruby, miękki; nie wyczuwamy wyraźnie przodującej części płodu; *grubość dolnego odcinka macicy jest różną w różnych miejscach, co daje nam wskazówkę, z której strony przyczepiony jest większy płat łożyska*. Najczęściej, według obserwacji prof. Pinarda, *mały płat jest na przedniej ścianie dolnego odcinka macicy*. Cohen w celu rozpoznania miejsca przyczepu przypisuje pewną wagę okoliczności, z której strony kobieta odczuwa ból lub odczuwała go na początku ciąży: tam ma być przyczep większego płata łożyska. W kwestyi rozpoznania zostaje do omówienia jeszcze jedno pytanie: jak poznać po porodzie, czy mieliśmy do czynienia z łożyskiem przodującym. Wszak wiemy, że niekoniecznie przy wadliwym przyczepie łożyska musi być krwotok; wiemy również, że możebne jest przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, że możebny jest przedwczesny poród, że wreszcie wadliwy przyczep łożyska może nie wpływać wcale na prawidłowy przebieg porodu. Odmierzamy odległość od miejsca pęknięcia błon do brzegu łożyska: o ile ta odległość wynosi mniej od 10 ctm., oznacza, że łożysko było przyczepione na dolnym odcinku macicy. Przy odmierzaniu należy liczyć się z tem, że cyfry mają wartość tylko wtedy, gdy otwór błon i brzeg łożyska stanowiły dwie mniej więcej równoległe linie. Jest to wogóle sposób niezbyt pewny, zapoczątkowany przez Bau-delocquea, a obecnie stosowany przez Pinarda.

**Rokowanie** przy łożysku przodującym jest zależne w wysokim stopniu od metody leczenia: przy omawianiu różnych sposobów leczenia podamy cyfry śmiertelności matek i dzieci. Tymczasem stwierdzamy, że niebezpieczeństwo, na jakie narażoną jest matka, bywa trojaki: *trudność porodu* z powodu wadliwego położenia płodu, *łatwość zakażenia* i śmierć od *krwotoku*. Dziecku zaś grozi złe odżywianie w ciąży, przedwczesne przyjście na świat, wypadnięcie pępowiny i drobnych części oraz asphyxia.

Niepodobna szczegółowo omawiać wszystkich **metod postępowania** przy łożysku przodującym; jest ich aż 9, nie licząc zabiegów drobniejszych. Zawczasu więc zwrócimy uwagę czytelnika na trzy główniejsze, które dziś mają najwięcej zwolenników, a mianowicie na metody Leroux, Braxton-Hicksa i Pinarda: o nich pomówimy obszerniej. O innych zaś wystarczy krótka wzmianka z odpowiednimi cyframi śmiertelności.

Najdawniejsza jest metoda znana pod nazwą „*porodu wymuszonego*“ (accouchement forcé), wprowadzona przez Ludwikę Bourgeois i Guillemeau. Polegała ona bądź na przedarciu łożyska, bądź na odklejeniu części łożyska, bądź wreszcie na zupełnym wyjęciu łożyska i natychmiastowym wydobyciu dziecka za nóżki. Śledząc rozwój tej metody, niepodobna nie spostrzedz, że z biegiem czasu autorowie starali się coraz więcej o to, by zabieg uczynić łagodniejszym: jedni przeciwni byli wyjmowaniu łożyska przed porodem i rozdzieraniu go, a radzili odklejać łożysko; inni przy braku otwarcia macicy radzili czekać lub palcem drażnić przewód szyi, by wywołać bóle. Wszyscy jednak po wejściu do macicy nie zwlekali z wydobyciem płodu. Śmiertelność matek wynosiła 34%; śmierć następowała najczęściej w ciągu 3 godzin (46%), po dwóch dobach w 14%, w późniejszym czasie połogu w 29%; resztę zaliczyć trzeba na wypadki śmierci przed porodem.

Stosując omawianą metodę, wielu akuszerów zauważyło, że po odejściu wód płodowych krwotok się zmniejsza lub ustaje. Stąd zrodziła się myśl, by leczyć krwotok przekłuciem błon. Mauriceau, Deventer, Dionis, Smellie stosowali ten zabieg, ale tylko jako środek czasowy; bo o ile okazywał się on niedostatecznym, przystępowano do wykonania „accouchement forcé“. Do godności osobnej metody wyniósł *przekłucie błon* akuszer Puzos; stąd ta metoda nosi jego imię. Puzos rozszerzał palcami jak najpowszechniej przewód szyi, wywołując przez to bóle porodowe; przy bólach błony się naprężyły, wtedy je przekłuwał; po odpłynięciu wód macica się kurczyła, a przodująca część bezpośrednim uciskiem jeszcze bardziej sprzyjała tamowaniu krwotoku. Nawiasem powiedziawszy, Mauriceau z dawniejszych a Schroeder z późniejszych akuszerów żądają, żeby nie przekłuwano, lecz szeroko rozdzierano błony tak aby macica wraz z łożyskiem i błonami mogła przesunąć się w górę po płodzie. To ich zdanie przyczyniło się do powstania w nowszych czasach metody Pinarda, o której będzie mowa później; ale szerokie rozdarcie błon wspomniani badacze stosowali nie jako metodę, a jako

środek czasowy: Mauriceau robił po niem accouchement forcé, a Schroeder obrót. Metoda Puzosa nie trwała długo, gdyż zanim miała czas się rozpowszechnić, musiała ustąpić miejsca metodzie Leroux. Przekłucie błon dawało 13% śmiertelności matek i 46% śmiertelności dzieci.

*Metoda Leroux* do dziś dnia ma swoich zwolenników głównie we Francji. Leroux przyznaje metodzie Puzosa wielką wyższość nad „accouchement forcé“, czyni jednak zarzut, że nie można jej stosować, jeśli krwotok występuje we wcześniejszym okresie ciąży; że nie zawsze palcem można dojść do błon; że nie zawsze ta metoda pomaga. Opierając się na tem, że natura sama stara się skrzepami zatamponować pochwę, wprowadza Leroux tampon, jako środek leczniczy przy plac. praevia. Trzeba przyznać, że Leroux stosował tamponowanie pochwy tylko wtedy, gdy do błon nie można było dosięgnąć palcem, i tylko dopóty, dopóki macica nie otworzyła się dostatecznie, by móc przekłuć błony. Później Pajot, Tarnier i wielu innych akuszerów francuskich stosowało tamponowanie, jako środek jedyny i ostateczny. Idea tamponowania a jednocześnie wady tamponu naprowadziły na myśl stosowania balonów bądź do pochwy, bądź do pochwy i macicy (Barnes). Bajeczna ilość zakażeń, powstałych po tamponowaniu, wpłynęła na ograniczenie stosowania tej metody. Z drugiej strony tampon, jako środek leczniczy, okazał się niedostatecznym do zatrzymania krwotoku a zabójczym dla dziecka. Statystyka podaje rozmaite cyfry, zależnie od tego, czy autor jest zwolennikiem, czy przeciwnikiem tamponu; a zamieszanie tu łatwe, bo inne musiały być rezultaty przed, a inne po wprowadzeniu zasad antyseptyki i aseptyki. Śmiertelność matek przy stosowaniu tamponu wynosi w ogóle 28%; przy stosowaniu tamponów w czasach przedantyseptycznych wynosiła 32%; po wprowadzeniu aseptyki — 6%. Śmiertelność dzieci wynosiła 77%.

O metodzie Cohena i Barnes'a obszerniej mówić nie będziemy, nie znalazły one nigdy szerszego zastosowania<sup>1)</sup>.

Metoda Simpsona jest co najmniej dziwaczna, a że mamy na celu nie tyle krytykowanie wszystkich metod, ile źródłowe omówienie najważniejszych, przeto ograniczymy się tylko tą wzmianką o niej.

Dwie metody, które zostały do omówienia, mają szerokie zastosowanie i wielką przyszłość przed sobą. Są to *metody Braxton-Hicksa i Pinarda*.

<sup>1)</sup> S. MONSIORSKI, Étude historique sur l'insertion vicieuse du placenta, Paris, 1896. Do tej pracy odsyłamy po szczegóły.

Braxton-Hicks tak opisuje<sup>1)</sup> swój sposób postępowania: „Przypuścmy, że mamy przed sobą przypadek, gdzie wszystko jest prawidłowe: macica otwarta na 1 — 2 palce, błony całe, położenie główkowe pierwsze. Chora leży w zwykłym ułożeniu rodzących. Lewą rękę, posmarowaną tłuszczem, wprowadzam na tyle, by cała długość palca mogła pomieścić się w przewodzie szyi; niekiedy trzeba wprowadzić całą rękę, innym razem 3—4 palce wystarczą. Po dokładnem rozpoznaniu pozycyi główki, w stosunku do jednej i drugiej strony ujścia macicy, kładę prawą rękę na ścianie brzusznej na dnie macicy i staram się natrafić na pośladki, co się łatwo udaje. Wtedy ręka, położona na brzuchu, uciska łagodnie, lecz wytrwale na pośladki, by je obniżyć na lewo; pośladki poddają się, ręka im towarzyszy, a wówczas druga ręka odpycha główkę w kierunku przeciwnym, by ją podnieść ponad wejście miednicy. Gdy pośladki doszły do poprzecznego wymiaru macicy, główka będzie już po nad wejściem do miednicy, a ramię znajdzie się przy ujściu wewnętrznym macicy; po odepchnięciu ramienia i lekkim ucisku zewnętrznym na pośladki, kolanko staje się dostępnem dla palca akuszerza i może być ściągnięte na dół. Jeżeli błony są całe, to zdarza się często, że natychmiast po wyczuciu łopatki, lub ramienia wyczuwamy pośladki i stópki, a to z powodu usposobienia macicy do przystosowywania wielkiej osi płodu do takiejże osi swojej. Jeżeliby zachodziła jakakolwiek trudność przy zahaczeniu kolanka palcem, to należy pośladki obniżyć bardziej, a wtedy stópka spadnie do ręki akuszerza. Czasami ułatwia obrót, jeżeli rękę kładziemy nazewnątrz przez powłoki brzuszne pod główkę i odpychamy główkę ku górze, a drugą ręką obniżamy pośladki. Jeżeli mamy do czynienia z położeniem główkowym II, to zmieniamy rękę: prawą manewrujemy wewnątrz, lewą zaś zewnątrz. *Działać należy w przerwie między bólami.* Nóżkę ściągamy na dół, nie używając siły. Pośladki stanowią tampon, który zatrzymuje krwotok. Zwykle bóle przychodzą w godzinę lub dwie później“. Gdyby ich nie było, Braxton-Hicks radzi dać sporysz, co nie bardzo odpowiada naszym dzisiejszym zasadom. *Dalej Braxton-Hicks żąda z całą stanowczością, by po obrocie nie wyciągać dziecka natychmiast.*

Jak widzimy, metoda Braxton-Hicksa różni się od dawnego „accouchement forcé“ tem, że do macicy wprowadzamy tylko jeden palec, a nie całą rękę, oraz że po obrocie nie robimy wydobywania płodu. Za dalekoby nas zaprowadziło pisać historję losów tej me-

<sup>1)</sup> W roku 1860.

tody. Powiemy tylko, że dzięki Hofmeierowi w roku 1882, t. j. w 22 lata po swych narodzinach, metoda ta wchodzi w powszechne użycie. W rękach Hofmeiera ten sposób postępowania daje 2,7% śmiertelności matek, ale za to 63% śmiertelności dzieci; u Behma ta ostatnia dochodzi do 83,4%. Wielką śmiertelność dzieci należy tłumaczyć przedwczesnem odruchowem oddychaniem w jamie macicy i następnem uduszeniem; odgrywają tu rolę częste porody przedwczesne, śmierć z powodu utraty krwi, wypadnięcia pępowiny itd.

Ostatnia z metod postępowania przy łożysku przodującym daje najmniejszy procent śmiertelności i matek i dzieci; przytem jest to metoda, że tak powiem, najbardziej fizyologiczna. Mowa tu o *metodzie Pinarda*. Zasadą tej metody jest usunąć wszystko, co przez pociąganie za łożysko wywołuje krwotok, oraz przysposobić wolną drogę dla płodu. W myśl tej zasady należy najpierw dla zmniejszenia rozciągnięcia macicy wszelkie położenia płodu poprzeczne zamieniać na podłużne za pomocą obrotu zewnętrznego.

Jeżeli mamy do czynienia z przyczepem łożyska zupełnym (plac. praev. totalis), to sprowadzamy na dół nózki; jeżeli zaś odcinek dolny jest na pewnej przestrzeni w pobliżu ujścia wewnętrznego wolny od przyczepu łożyska, to sprowadzamy na dół główkę. Następnie czekamy, o ile chora nie jest osłabiona utratą krwi. W przeciwnym razie należy natychmiast szeroko rozerwać błony, tak szeroko, by przodująca część płodu, posuwając się naprzód, nie pociągała błon i, co za tem idzie, nie powodowała dalszego krwotoku. Jeżeli ujście macicy przykryte jest w całości łożyskiem, to zbadawszy, z której strony jest mniejszy płat łożyska, palcem wprowadzonym do szyi odklejamy ten płat i rozrywamy szeroko błony. Najczęściej wypadnie prowadzić palec po przedniej ścianie macicy. Nawet wówczas, gdy mamy do czynienia z przyczepem łożyska prawie środkowym, Pinard radzi nie przedziurawiać łożyska, ale je odkleić i następnie błony szeroko rozerwać. Żeby uniknąć dalszego krwotoku przez pociąganie odklejonej części łożyska przy posuwaniu się płodu, zakładamy do otworu szyi macicznej balon *Champetier de Ribesa*. Jest to rodzaj kolpeuryntera, mający po napełnieniu wodą formę stożka. W nadzwyczaj rzadkich przypadkach, gdy metoda Pinarda okazuje się niewystarczającą dla zatrzymania krwotoku, radzi on stosować metodę Braxton-Hicksa.

Co się tyczy krwotoków poporodowych przy pl. praevia, Pinard radzi niedowierzać sporyszowi, lecz uciec się do gorących

wstrzykiwań 48°C, nawet gdyby łożysko jeszcze nie odeszło. Ogólny stan należy podnosić alkoholem, wstrzykiwaniami eteru, rozczyntu soli kuchennej, *a głównie należy zwrócić uwagę, by chora najzupełniej leżała nieruchomo i spokojnie.*

Do roku 1896 Maggier zebrał 3938 przypadków łożyska przodującego, przy których był krwotok, leczonych metodą Pinarda. Wynik stosowania tej metody dał 0,1% śmiertelności matek i 2,51% śmiertelności dzieci.

Pytanie, czy zawsze można dojść palcem do błon, Pinard rozstrzyga stanowczo i twierdząco.

Widzimy tedy, że metoda Pinarda stanowi teoretycznie cały gmach, zbudowany misternie ze spostrzeganych i należyście objaśnionych faktów; praktycznie zaś daje najlepsze wyniki tak pod względem śmiertelności matek, jako też i dzieci.

Dlatego też należy ją stosować wszędzie i zawsze. Jeżeli kiedy zawiedzie, to wówczas idźmy inną drogą, która daje najlepsze rezultaty dla matek, ale... poświęca dziecko, innymi słowy, stosujemy metodę Braxton-Hicka.

Taki wniosek jest logicznie oparty i na rozumowaniu i na skutkach leczenia. Zdawałoby się, że przynajmniej w bardzo szerokich kołach, jeśli nie ogólnie, powinien być przyjęty. Tymczasem... Czytajmy literaturę naszego przedmiotu z ostatnich lat 7, a znajdziemy jeszcze i zachętę do accouchement forcé, i zachętę do innych szczególnych metod: znajdziemy rozprawy o cięciu cesarskiem przy wadliwym przyczepie łożyska. I pod względem teorii nie mniejsza „rozmaitość“: są jeszcze zwolennicy przyczepu łożyska w kanale szyi macicznej itd.

Poruszać tu nanowo wszystkie kwestye byłoby zbyt cenne, choćby z tej racyi, że zostały one już omówione powyżej. Mieliliśmy na celu wytknąć główne fazy w dziejowym rozwoju nauki o wadliwym przyczepie łożyska, a tem samem przedstawić stan kwestyi w świetle dzisiejszych pojęć: dlatego uważamy za właściwe na tem zakończyć. Niema co marzyć, by jedność pojęć prędko mogła zapanaować. Obserwacye i badania dalsze są potrzebne choćby dlatego, by nas przekonać o prawdziwości zdobytych faktów; byłoby tylko do życzenia, by nie wprowadzały one zamieszania i nie cofały nas w tył o całe wieki.



# Słówko o anencefalii

PODAL

Dr ALFRED MICHELIS

lekarz szpitala w Chełmie gub. lubelskiej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego).

Jakkolwiek na polu położniczym mam dość rozległą praktykę, to w ciągu 22-letniej pracy zawodowej raz jeden zdarzyło mi się spotkać z potworkiem zwanym „Anencephalus”. Zważywszy względną rzadkość tej potworności a zwłaszcza, jak w danym razie, osobliwe cechy przypadku, pragnę podzielić się z Szan. Kolegami treściwym opisem.

W kwietniu 1902 roku wezwany byłem do M. M., zamieszkałej we wsi Berdyszcze, gminy Turka, powiatu chełmskiego, dla usunięcia łożyska pozostałego w macicy. Dowiedziałem się od chorej, że odbyła siedm porodów szczęśliwie, rodząc dzieci donoszone i, jak dotąd, chowające się zdrowo; karmiła sama; czyszczeń miesięcznych po wyjściu za mąż prawie nigdy nie miewała, gdyż podczas karmienia nie miesiączkowała i zachodziła w ciążę. W przebiegu ostatniej, ósmej ciąży zauważyła, że od trzeciego miesiąca objętość brzucha bardzo szybko i znacznie zaczęła się powiększać; pod koniec siódmego miesiąca raptem odeszły wody w ilości bardzo obfitej, nastąpiły bóle i urodzenie dziecka które w dwie godziny po przyjściu na świat żyć przestało. Gdy po upływie kilku godzin od chwili porodu łożysko nie odchodziło, zdecydowano się na wezwanie lekarza.

Badając chorą, znalazłem macicę w pełnym rozkurczu, rozwartą, a po wprowadzeniu ręki do wnętrza mogłem stwierdzić, że łożysko na całej swej przestrzeni jest mocno przyrośnięte do przedniej ściany. Odklejenie łożyska połączone było z pewną trudnością, wydzielić go całego odrazu, nie mogłem, tylko częściami. Obejrawszy łożysko, przekonałem się, że jest ono zwyrodniałe, utkane z guzów różnej wielkości, od wielkości grochu do wielkości śliwki. Wtedy powziąłem myśl obejrzenia dziecka. Mąż chorej nie chciał się zgodzić na to na razie, utrzymując, „że to trochę wstyd”, lecz wreszcie uległ mym namowom. Okazany płód był potworkiem rodzaju męskiego, u którego mogłem stwierdzić brak całego sklepienia czaszki a także i skóry w tem miejscu — płód beczaszkowy (Acrania); zupełny brak mózgu (Anencephalia); podstawa czaszki powleczone błoną, obfitującą w naczynia i cokolwiek owłosioną; rozszczepienie

kręgów kolumny pacierzowej sięgające do kręgów lędźwiowych (Rhachischisis) kolumna pacierzowa skrócona, głowa w tył przegięta, twarz ku górze zwrócona oczy wypukłone, jak przy exophthalmus, przy niedorozwoju czoła nadają potworkowi wygląd ropuchy; jama ustna otwarta, a z niej wystający język — doprowadzą ruchów oddechowych.



Rys. 1. Płód bezmózgi. Tarń dwudzielna.

Tułów i kończyny żadnych zbocezeń nie przedstawiają.

Załączone dwa zdjęcia fotograficzne oddają dokładnie opisane powyżej zmiany (Rys. 1 i 2).

Przyczyny opisanej potworności są różne: mechaniczne, jak uderzenie, upadek ciężarnej w okresie początkowego rozwoju płodu; psychiczne, jak przestraszczenie ciężarnej, przez wywołanie za pośrednictwem nerwów zmian w muskulaturze i naczyniach macicy, ujem-



Rys. 2. Tenże płód widziany od przodu.

nie działających na rozwój płodu; podług Wichury, Darestea, Schultego<sup>1)</sup> zmiany macicy, w błonach jaja, pociągające za sobą zmiany

<sup>1)</sup> *Jahrb. f. Kinderh.* T. LVI, Z. 2.

w ciśnieniu wewnątrzbrzusznem; choroby gorączkowe ciężarnych: podług Wichury<sup>1)</sup> doświadczenia Darestea i Panuma z jajkami kurzemi, w których zmiana temperatury wywołuje rozmaite anomalie, są najlepszym dowodem wpływu ciepłoty na rozwój płodu; przymiot zwłaszcza matki; pokrewieństwo między rodzicami; dziedziczność etc. etc. W moim przypadku przyczyną potworności były, jak się zdaje, zmiany w błonach, które pociągnęły za sobą z jednej strony nadmiar wód płodowych (Hydramnion), z drugiej zwyrodnienie łożyska.

Następujące trzy teorie mają za zadanie bliżej określić mechanizm powstawania anencefalii. Jedni, jak Ziegler<sup>2)</sup>, Meckel<sup>3)</sup>, Förster<sup>4)</sup> utrzymują, że zbyt wczesne zebranie się wody w kanale rdzeniowym, sięgające nieraz takich rozmiarów, że cienkie otoczki, nie mogąc wytrzymać ciśnienia, pękają: — prowadzi do wytworzenia się akranii i anencefalii. Drudzy, jak Birch-Hirschfeld<sup>5)</sup>, Perls<sup>6)</sup>, Marchand<sup>7)</sup> tłumaczą powstawanie tej potworności przyrośnięciem owodni (amnion) do czaszki pierwotnej (Primordialcranium), co powstrzymuje rozwój czaszki i mózgu. Wreszcie Lebediew<sup>8)</sup> dowodzi, że wskutek skrzywienia ciała zarodka, które powstaje wtedy, jeżeli zarodek od strony głowy nadmiernie wzdłuż rośnie, przekształcenie blaszki rdzeniowej w kanał rdzeniowy nie dochodzi do skutku i to powoduje w przyszłości brak mózgu i sklepienia czaszki.

Przypadek, opisany powyżej, zasługuje z pewnych względów na baczniejszą uwagę. Przedewszystkiem płody bezmózgie, rodzą się prawie zawsze bez życia, a odstępstwa od tego ogólnego prawidła nie są liczne. Wichura przytacza dwa takie spostrzeżenia z własnej praktyki i przypadki Carafiego, Polaillona, Carlylea, Arnolda i innych. W moim przypadku potworek żył przez dwie godziny od chwili przyjścia na świat.

Drugą cechą wyróżniającą danego przypadku jest obecność tarni dwudzielnej na znacznej przestrzeni kręgosłupa. Tak niezwykle rozmiary tarni zdarzają się rzadko u płodów bezmózgich.

<sup>1)</sup> *Nowiny lekarskie*, Rok XV, zeszyt I, iqo 3, str. 45.

<sup>2)</sup> *Lehrbuch der allgemeinen Patholog. Anat.*

<sup>3)</sup> *Handb. d. Patholog. Anat.* I, Leipzig, 1812.

<sup>4)</sup> *Die Missbildungen des Menschen*, 1861.

<sup>5)</sup> *Lehrbuch d. Patholog. Anat.*

<sup>6)</sup> *Algem. Patholog.* II.

<sup>7)</sup> *Beitr. z. Patholog. Anat. v. Ziegler*, 1898.

<sup>8)</sup> *Virch. Arch* 86 Bd.

Na zakończenie chcę poruszyć jeszcze jedną kwestyę, mającą znaczenie czysto praktyczne, mianowicie sprawę trudności, jakie zachodzą mogą podczas porodu płodu bezmózgiego. Rzecz prosta, iż w przypadkach, jak opisany, gdzie płód nie był donoszony, tylko w wyjątkowych razach można przypuścić możliwość trudności w akcji porodu, spowodowanej przez potworność. Sprawa ta jednak przy porodach czasowych przedstawia się inaczej. Trudności, jakie zdarzyć się mogą, dotyczą przedewszystkiem położeń czaszkowych, a to ze względu, iż mała główka, bezpośrednio na karku osadzona, twarzą ku górze zwrócona, nie toruje drogi tułowiowi szerokie zaś ramiączka stają się zawadą w przejściu przez miednicę. W podobnym przypadku należałoby wydobyć potworka, pociągając za główkę, zakładając palec lub tępy hak do jamy ustnej, sprowadzając wreszcie rączki płodu i pociągając za nie. Gdzie obrót na nóżki jest wykonalny, uważałbym rękoczyn ten za najracjonalniejszy przy porodzie płodu bezmózgiego, o ile zachodzi wskazanie do ukończenia porodu. Pośladki w tym razie torują drogę szerokim ramiączkom, i wydobyć potworka nie przedstawia żadnych trudności. Przy położeniach miednicowych, w razie jakichkolwiek trudności podczas porodu, może być mowa jedynie o wydobyćiu za nóżki.

# Ciąża śródmiażdżowa

PODAŁ

Dr. ANTONI TROCZEWSKI,

Lekarz szpitala św. Walentego w Kutnie.

Maryanna Kubaczykowa, włościanka lat 29, zapisała się do szpitala w Kutnie 15 kwietnia 1902 r. Przed rokiem chora zaszła w ciążę, której przebieg na początku był pozornie prawidłowy. W piątym miesiącu chora odczuwała wyraźne ruchy płodu. Na początku 6-go miesiąca pewnego razu, po przejechaniu się na trzęsącym wozie, chora poczuła gwałtowne bóle w brzuchu, które jednak po upływie dni kilku ustąpiły zupełnie. W miesiąc potem czyli w 7-ym miesiącu ciąży, zjawily się ponownie bóle, tym razem już znacznie silniejsze, z wyraźnym charakterem bólów porodowych; jednocześnie wystąpiło dość obfite krwawienie z narządów rodnych. Bóle po upływie dni kilku osłabły, następnie przeszły zupełnie, ale krwawienie w większym lub mniejszym stopniu trwało około 2 miesięcy, przyczem wypływała prócz krwi cuchnąca, krwawo zabarwiona wydzielina. Od 2—3 miesięcy krwawienia ustały. Istnieją natomiast nieustanne i dokuczliwe bóle w dole brzucha i w krzyżu szczególnie przy chodzeniu i pracy. Chora uprzednio dwa razy rodziła i trzykrotnie rodziła prawidłowo żywe dzieci, obecna zatem ciąża jest szósta z kolei. Od 2 miesięcy prawidłowo miesiączkuje.

Chora prawidłowej budowy, niezłe odżywiana; choć blada, niedokrwiasta, wogóle jednak dość zdrowa; w narządach klatki piersiowej wybitnych zmian niema; stan bezgorączkowy. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny, widocznie dla oka wypukłony nad spojeniem łonowym. W tej właśnie okolicy t. j. w samym dole brzucha, nieco więcej ku stronie prawej, wyczuwa się dokładnie guz wielkości główki dziecka, niezupełnie kulisty, lecz jakby bardziej jajowaty, ruchomy, mało bolesny, sprężysty, o ściankach dość twardych.

Przy badaniu dwuręcznym okazuje się, że guz umiejscowiony jest z prawej strony macicy i nieco pod nią, z macicą niewątpliwie zrosnięty, chociaż dość luźno; wogóle otrzymuje się wrażenie, że guz przyczepiony jest do prawego rogu macicy lub do cieśni prawego jajowodu; powierzchnia guza zupełnie gładka, guz dość ruchomy, nie chleboczący; sama macica prawie normalnej wielkości, bardzo nieznacznie powiększona, żadnych zmian chorobowych nie przedstawia.

Czynność przewodu pokarmowego i narządów moczowych prawidłowa, wątroba i śledziona nie powiększone.

Na zasadzie danych wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznałem *ciężę zamaciczną*, prawdopodobnie jajowodową, z obumarciem płodu. Chorej zaleciłem codzienną kąpiel i środki wypróżniające, w celu należytego przygotowania do operacji.

W dniu 19 kwietnia 1902 r. przystąpiłem do *operacji* przy laskawej pomocy kolegów Szymańskiego i Oyrzanowskiego. Cięcie w smudze białej od pępka ku spojeniu łonowemu, zakończone na dwa poprzeczne palce po nad niem; po otworzeniu jamy otrzewnej w ranie ukazała się sieć, a tuż pod nią wyżej wspomniany guz. Sieć odsunąłem ku górze, guz wydobylem nazewnątrz, a wraz z nim ukazała się w ranie macica ściśle i na dość szerokiej przestrzeni do guza przyrosnięta. Przy bliższym rozpatrzeniu się w stosunkach wzajemnych obu tych tworów okazało się, że guz wychodzi z prawego rogu macicy, będąc umieszczony na podstawie długości około 4—5 ctm., szerokości 2—3 ctm.; podstawa guza odpowiada miejscu, gdzie znajduje się ujście maciczne jajowodu, który rzeczywiście z tego miejsca (u podstawy guza) wychodził i w dalszym ciągu przebiegał z przodu od guza z nim nie zrosnięty; nazewnątrz i od tyłu guz był mocno i szeroko zrosnięty z więzmem szerokim macicy. Guz odcinałem u podstawy w ten sposób, ażeby bezwarunkowo uniknąć utworzenia przypuszczalnej jamy guza i wylania się zawartości tegoż, zatem prowadziłem cięcie głównie w mięszu macicy (resp. rogu prawego) tak jednak, aby również nie otworzyć i jamy macicy. Ta ostrożność, jakkolwiek była z jednej strony pożądana, z drugiej utrudniała bardzo dalszą część operacji, wobec bowiem ścięcia guza na płasko a nie cięciem klinowatym, otrzymałem szeroką powierzchnię rany macicy, brzegi której przy następczym zszywaniu nie dały się zbliżyć i zespolić dokładnie, szczególnie wobec tego, że tkanka macicy była bardzo krucha i nitki przerywały ją niezmiernie łatwo; o obszyciu rany otrzewną mowy być nawet nie mogło. Zrost guza z więzmem szerokim

obciążłem i ranę więzu obszyłem dokładnie. W celu oddzielenia otwartej częściowo rany macicy od jamy otrzewnej, osłoniłem ją dokładnie workiem Mikulicza, którego górny koniec wyprowadziłem przez dolny kąt rany powłok brzusznych, pozostała zaś część tej rany zaszyłem szwem jednopiętrowym (przez skórę i otrzewną). Operacja wykonana została w warunkach możliwej w szpitalu miejscowym aseptyki.

Po operacji stan chorej zadawalniający: przez cały ten dzień ani wymiotów, ani mocnych bólów, ani innych burzliwych objawów nie było; ciepłota wieczorem 37.0. W nocy spała mało.

Nazajutrz c. r. 37.5, tętno 100, brzuch lekko wzdęty, żadnych innych objawów otrzewnowych niema; c. w. 37.8.

21/IV c. r. 37.0, tętno 100, brzuch prawie nie wzdęty, nie bolesny; wymiotów niema; ogólny stan chorej wcale dobry; opatrunek suchy; c. w. 37.8.

22/IV, c. r. 37.5, stan ogólny dobry, po małej ławatywie dość obficie odeszły wiatry; zmieniono powierzchniowe warstwy opatrunku, worka nie ruszono wcale, c. w. 37.8.

23/IV c. w. 37.4, tętno 86, chora ma się zupełnie dobrze, rześwa, wesola, na nic nie uskarża się, opatrunek suchy, c. w. 37.2.

23/IV. Status afebrilis, tętno 84; przy opatrunku usunięto część pasków gazy z wnętrza worka i część samego worka, wydzielina nie wielka.

Od 24/IV stan w dalszym ciągu bezgorączkowy, tętno około 80. Co drugi dzień przy opatrunku usuwałem częściowo worek, wyprowadzając go coraz bardziej nazewnątrz, a 30/IV usunąłem zupełnie: pozostała dość głęboka jama pokryta ziarniną, oddzielona od reszty jamy otrzewnej; ropienie w niej umiarkowane, założyłem sączek gumowy. Stan ogólny chorej wyborny, łaknienie dobre, bóle, które dawniej miewała, ustąpiły zupełnie.

Gojenie dalsze postępuje prawidłowo, jama szybko wypełnia się i zabliznia, wreszcie chora w świetnym stanie zdrowia i z raną zupełnie zagojoną wypisuje się ze szpitala.

*Guz*, wycięty przy operacji, przedstawia dużą grubościenną torbiel, która zawiera około 250 ctm.<sup>3</sup> gęstego czekoladowego płynu i płód żeński mniej więcej w 6—7 miesiącu dobrze zachowany. Guz ten wraz z płodem przesłałem Szanownemu Drowi F. Neugebaurowi, który wraz z Drem Steinhausem zajął się laskawie szczegółowem zbadaniem preparatu, za co niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć obydwom Szanownym Kolegom serdeczne podziękowanie.



Oto, co mi donosi o wyniku badania Dr. Neugebauer: „Guz składa się z zawartości: jaja płodowego oraz legowiska płodu. Legowisko płodu — worek o ścianach, składających się z tkanki mięśniowej — wskazuje na to, że chodzi w danym przypadku o ciążę t. zw. sródmiaższową—*graviditas ectopica interstitialis*, nie zaś o ciążę brzuszną. Przypadki tego rodzaju ciąży zбочzonej należą do najgorszych pod względem rokowania, kończą się zwykle pęknięciem ścian legowiska w 4 lub 5 miesiącu z bardzo silnym i uporczywym krwotokiem do jamy brzusznej, czyli że tego rodzaju ciąża wcześniej rozpoznana wymaga natychmiastowej operacji zapobiegawczej. W wyjątkowych przypadkach sprawa kończy się pomyślnie bez operacji: wtedy, gdy nastąpi samowolne poronienie z wypędzeniem jaja do jamy macicy. Proponowano nawet w takich przypadkach rozszerzyć ad hoc kanał macicy, poczem, wprowadziwszy palec, przebić błony jaja i wydobyć płód z łożyskiem, lecz przypadków takich znam zaledwo kilka“.

Przypadek mój zasługuje na uwagę i z tego jeszcze względu, że ściany torbieli względnie legowiska płodu były niezwykle grube, że jama worka nie miała żadnej łączności z jamą macicy ani ze światłem jajowodu, przeciwnie—była oddzielona od nich dość grubą warstwą tkanki, co pozwoliło właśnie na usunięcie guza bez otwarcia jamy macicy, jajowodu i jamy samego worka. Sądzę, że właśnie ta grubość ścian worka była niezmiernie pomyślna dla chorej, gdyż zabezpieczyła od pęknięcia, od wylania się zawartości do jamy otrzewnej i krwotoku.

Luty 1904.

## II.

# Streszczenia zbiorowe i sprawozdania z piśmiennictwa ojczystego i obcego.

## Spółczesny stan nauki o surowicy przeciw paciorkowcowej

opisał

Dr. Lucyan Kozicki (Warszawa).

Dziewięć lat ubiega od ogłoszenia pierwszych, jakoby świetnych wyników działania surowicy przeciw paciorkowcowej <sup>1)</sup>, a jednak środek ten bynajmniej nie wszedł w użycie powszechne. Były chwile, iż dzięki potępiającym głosom niektórych poważnych klinicystów i badaczy bakteriologów nowej surowicy groziła jeżeli nie zupełna zagłada, to przynajmniej odroczenie na czas nieokreślenie długi. Tak np. Petruschky wypowiedział się stanowczo, iż przy obecnym stanie nauki o paciorkowcach przygotowanie surowicy leczniczej lub zapobiegawczej jest zupełnie niemożliwe. Pomimo to surowica przeciw paciorkowcowa nie została całkowicie usunięta z klinik, pracownie zaś ze zdwojoną energią wzięły się do badania nad paciorkowcami. Od roku 1901 niemieckie pracownie wyteżyły w tym kierunku znaczną energię, w czym znalazły pewną pomoc ze strony klinicystów, prowadzących skwapliwie próby z otrzymywaną przez bakteriologów surowicą. Przegląd prac, prowadzonych w rozmaitych krajach i różnych pracowniach, upoważnia do bardzo pocieszających wniosków. Chociaż dotychczas nie udało się otrzymać surowicy, działającej niezawodnie i wyraźnie w każdym zakażeniu paciorkowcowa, to jednak sprawa otrzymania takiego środka przestała być ogólnie uważana za mrzonkę. Poznano bliżej własności biologiczne paciorkowca i stosownie do tego zmieniono znacznie sposób przygotowania surowicy. Pomijam już to, że dzięki temu otrzymano surowicę przeciw paciorkowcowa przeciw szkarlatynowa, do której zaufanie wzrasta wyraźnie z każdym dniem. Surowica ta, jak dotychczas, jest wyod-

<sup>1)</sup> Marmorek. *Ann. Inst. Pasteur*, 1895.

rębiona i pod nazwą przeciwpłoniczej ma wskazania specjalne, znajdując zastosowanie jedynie w płonicy. To też pod nazwą przeciwpaciorkowcowej rozumiemy obecnie surowicę przeciw wszelkim zakażeniom paciorkowcym prócz płonicy. W dalszym ciągu niniejszego sprawozdania mieć będziemy na uwadze jedynie właściwą surowicę przeciwpaciorkowcową.

Wobec ważnego znaczenia, jakie surowica owa musi mieć dla klinicystów, każdy postęp na drodze laboratoryjnej i klinicznej winien być skwapliwie notowany. Przeglądając historycznie bieg prac nad surowicą przeciwpaciorkowcową widzimy, iż los jej był chwilowo poważnie zachwiany spostrzeżeniami Courmonta, następnie badaczy szkoły Louwainskiej: Denysa, Van de Veldego, Marchanda, Leclefa, i niezależnie od nich Petruschkyego. Wymienieni autorowie dowiedli, że istnieje wiele gatunków paciorkowców i wobec tego surowica, otrzymana przez uodpornienie zwierzęcia jednym gatunkiem, działa jedynie przeciw zakażeniu tymże gatunkiem, pozostając najzupełniej bezsilną wobec innych. Szkoła Louwainska starała się rozstrzygnąć kwestyę, wprowadzając uodpornienie zwierząt, przeznaczonych na wytwarzanie surowicy leczniczej, licznymi paciorkowcami rozmaitego pochodzenia. Według niej, otrzymana w ten sposób surowica wieloważna (serum polyvalens), posiada działanie o wiele pewniejsze. Ogół badaczy, a w tej liczbie i Marmorek, przyjęli zasady szkoły Louwainskiej. Różnica w zapatrywaniach na własności biologiczne paciorkowca polega na tem, iż część uczonych uznaje istnienie licznych gatunków paciorkowca, chociaż każdy z tych gatunków może wywołać najrozmaitsze postacie kliniczne. Inni badacze wraz z Marmorkiem utrzymują, iż istnieje jeden tylko paciorkowiec. Według Marmorka, paciorkowiec pod wpływem najrozmaitszych czynników, w tej liczbie pod wpływem działania ustroju, z którego został wyhodowany, może zmieniać własności biologiczne. Tem też Marmorek stara się tłumaczyć niestałość działania surowicy.

Pierwsi pracownicy na polu wytwarzania surowicy przeciwpaciorkowcowej, a więc Marmorek i szkoła Louwainska starali się pracować z paciorkowcami jak najjadowitszemi. W tym celu wzmacniali jadowitość paciorkowców, przeprowadzając je przez ustroje zwierzęce, zazwyczaj króliki. W ten sposób udaje się otrzymać hodowle bardzo jadowite. Jednak nowsze badania nad paciorkowcami zdają się dowodzić, iż droga ta nie prowadzi do pożądanego celu. Prace uczonych niemieckich, Petruschkyego i innych, wykazują, że wzmagając jadowitość paciorkowca dla jednego gatunku, tem samem osłabiamy ją dla wielu innych. Tak np. paciorkowiec, którego 0,00000001 ctm. sz. zabija królika w ciągu 48 godzin, nie wywiera żadnego wpływu na ustrój ludzki. I naodwrot niejednokrotnie już stwierdzono, iż paciorkowce pochodzące z ciężkich spraw zakaźnych u ludzi, posiadały bardzo nieznaczny stopień jadowitości dla królików. To też w ostatnich czasach pracujący nad omawianą surowicą usiłują otrzymać ją, stosując do uodpornienia liczne gatunki paciorkow-

ców, bez wzmagania jadowitości przeprowadzaniem przez drobne zwierzęta. Tego sposobu trzyma się np. Tavel z Berna, który świeżo ogłasza bardzo zachęcające wyniki kliniczne. Podług autorów tej szkoły surowica zwiększa znacznie odporność ustroju, którą, w myśl Miecznikowa, zawdzięcza on fagocytom. Marmorek w pracy „La toxine streptococcique“ (*Ann. Inst. Pasteur*, 1902 № 3), stwierdza, iż wszystkie paciorkowce rozmaitego pochodzenia wytwarzają jednokową toksynę, i że surowica przygotowana przez szczepienie jednej toksyny ma siłę wobec toksyny, pochodzącej z innego paciorkowca. Marmorek podaje również w tej pracy sposób otrzymywania silnych toksyn, co nie udało się innym pracownikom.—Wczasach nowszych Aronson i Neufeld przypisują znaczenie nietyłe uodpornianiu mieszaną paciorkowców, ile możliwie silnemu uodpornianiu jakimkolwiek bardzo jadowitym paciorkowcem.

Szczepienia uodporniające w celu otrzymania surowicy leczniczej polegają na wstrzykiwaniach podskórnych zwierzętom, zazwyczaj koniom, mieszaniny paciorkowców rozmaitego pochodzenia. Bacząc, aby nie występował zbyt silny odczyn ogólny i miejscowy, zwiększamy stopniowo dawki. Uodpornianie takie trwa dosyć długo, czasami do roku. W 4—6 tygodni po ostatnim szczepieniu należy wykonać upust. W razie upustów wcześniejszych surowica działa toksycznie a nawet nieraz zawiera paciorkowce niejednokrotnie znajduwane w surowicy Marmorka. Po upuście krew zostawiają w spokoju, aby surowica odstąpiła się, następnie zlewają i bez dodawania jakichkolwiek środków przeciwniejących stosują w celach leczniczych. Mówiąc o technicznej stronie przygotowania surowic, zaznaczyć należy, iż w opisach brak, niestety, prawie zawsze ważnych szczegółów. Na każdym kroku widzimy cały szereg nieudomówień. Ten fakt spotykany niemal stale, zaśłania ciemną plamą głośne nazwiska wielu bakterjologów społecznych.

Do tej pory nie posiadamy racjonalnego sposobu określania siły surowicy. Marmorek oznacza jako jednostkę dawkę, która zapobiega zakażeniu królika wagi 1600—1800,0 dziesiętkrotną dawką hodowli paciorkowca, zabijającą w ciągu 24 — 48 godzin.

Wpływ dodatni surowicy Marmorek objaśnia jej działaniem antytoksycznym; bakterjologicznego działania surowica ta sama przez się nie posiada.

Wielkiej wagi są doświadczenia szkoły Louwainskiej, które rzucają nowe światło na działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej. Badacze tej szkoły w spotrzeniach zarówno *in vitro*, jako też i na organizmach żywych, wykazali co następuje: Surowica wzmaga potęgę fagocytarną białych ciałek krwi w sposób zresztą dotąd nieznaną tak, iż nabierają one znacznej sprawności w walce z paciorkowcami. Dzięki surowicy paciorkowiec opierający się fagocytom, czyli paciorkowiec jadowity traci swój opór i ginie pochłonięty przez fagocyty. Prace szkoły Louwainskiej znajdują potwierdzenie w poszukiwaniach prowadzonych w Berneńskiej pracowni Tavela przez

Piasecką. Tutaj stwierdzono, iż surowica sama przez się nie posiada wartości aglutynacyjnej względem paciorkowców.

Aglutynacja następuje bardzo wybitnie, jeżeli dodamy do tej surowicy leukocytów i taką mieszaninę podziałamy na hodowlę paciorkowca, którego użyto do uodpornień na wyprodukowanie tejże surowicy. Aglutynacja nie następuje, jeżeli użyjemy mieszaniny leukocytów z surowicą normalną lub też z surowicą, otrzymaną przez szczepienie paciorkowców innego pochodzenia, niż użyte do wyprodukowania danej surowicy. Wreszcie aglutynacja zaznacza się najwybitniej, jeżeli użyjemy mieszaniny leukocytów wraz z mieszaniną kilku surowic, otrzymanych przez uodpornianie paciorkowcami rozmaitego pochodzenia.

Podług tych teoryj surowicy przeciwpaciorkowcowej należałoby przypisać działanie pośrednio bakteryobójcze. Bordet mniema, iż surowica, jak wogóle surowice swoiste, przygotowuje bakterye do działania rozpuszczającego przez fermenty soków organizmu (ferments solubles).

Kończąc opis działu badań pracownianych nadmienię, iż nawet uodpornianie licznymi odmianami paciorkowców i otrzymana w ten sposób surowica wieloważna nie daje wiele lepszych wyników. Tak np. w pracowni bakteryologicznej warszawskiej otrzymaliśmy wraz z kolegą Palmirskim surowicę, posiadającą wyraźne działanie na paciorkowca, użytego przez nas na szczepionki uodparniające. Jednak surowica nasza okazała się bezwartościową względem zarazków używanych w instytucie Pasteura, z drugiej zaś strony serum polyvalens Marmorka nie posiadało żadnego wpływu na naszego paciorkowca.

Pomimo tak niepomyślnych wyników pracownianych omawiana surowica nie została zupełnie wypartą z klinik. W ciągu ostatnich paru lat dostrzegamy większe zainteresowanie się tą sprawą wśród autorów niemieckich dzięki pracom Aronsona i Taveła. Piśmiennictwo, poświęcone opisowi przypadków klinicznych, posiada w obecnej dobie tysiące spostrzeżeń. Spotykamy jednak niewiele prac opartych na dużym materiale klinicznym, najczęściej zaś pojawiają się opisy pojedynczych przypadków, przyczem autorowie, na zasadzie zbyt ubożego własnego materiału powstrzymują się od wypowiedzenia wniosków ostatecznych. Zaledwie paru autorów w pojedynczych spostrzeżeniach przypisuje surowicy pogorszenie i śmierć swych chorych (Baldy, Goulard, Fissier i Bar). W opisie przypadków owych autorów badacz bezstronny nie może dopatrzeć się, aby pogorszenie i śmierć należało przypisać ujemnemu działaniu surowicy, nie zaś tak często występującym w ciągu zakażenia nasileniem raptownym. Najlichnijszym materiałem klinicznym rozporządzają Marmorek wraz z Chantemessem, następnie Laran, Durham, Queirel i Bard. Chantemesse stosował surowicę u 501 chorych, odsetka śmiertelności wypadła 2,59%, podczas gdy u innych 554 na różę w ciągu tegoż roku odsetka śmiertelności wypadła nie wiele większa, mianowicie 3,79%. W pracy swej, co wa-

źniejsza, wykazuje ten autor, iż wraz ze wzmożeniem siły stosowanej surowicy odsetka śmiertelności zmniejsza się widocznie. Tak np. przy stosowaniu surowicy słabej odsetka śmiertelności dochodziła do 6,54%, podczas gdy przy surowicy silnej spadła do 1,7%, przy bardzo silnej do 1,03%. Queirel z Marsylii stosował surowicę Marmorka w 17 przypadkach zakażenia połogowego, w 3-ch róży i 14 posocznicy pooperacyjnej. Jest on zdania, iż surowica ta posiadała działanie niezaprzeczenie lecznicze. Laran (Traitement de l'infection puerpérale par le sérum du dr. Marmorek. Paris, 1896) uznaje stanowczo zalety surowicy przeciwpaciorkowcowej. Landouzy w dziele o seroterapii (Les sérotherapies. Paris, 1898) przytacza duży materiał kliniczny. Należy on do gorących zwolenników surowicy przeciwpaciorkowcowej w gorączce połogowej, róży, anginach mieszanych, bronchopneumoniach, wogóle zakażeniach paciorkowcowych). Pozzi, Reverdin i wielu innych podają pojedyncze spostrzeżenia, w których uzdrowienie swych ciężko chorych pooperacyjnych przypisują jedynie surowicy przeciwpaciorkowcowej. Z drugiej znów strony Charpentier i do niedawna klinicyści niemieccy, jako to Döderlein, Prochownik i Rosthorn, nie widzieli nigdy pożytku ze stosowania surowicy Marmorka. Przechodząc do autorów polskich spotykamy się przeważnie z przychylnością dla nowego środka. Prof. Jordan, Bujwid, Jaworski zachęcają bardzo do stosowania tej surowicy. Starzewski na zasadzie dużego materiału, przyznaje jej wybitne działanie zapobiegawcze przy zakażeniach połogowych. Pinard wprowadził w swej klinice użycie surowicy Marmorka w celach zapobiegawczych. Pinard stosuje ją wszędzie, gdzie przypuszcza, że chore mogą uleść urazowi i zakażeniu wskutek zabiegów akuszerskich lub chirurgicznych (A. Pinard et W. Wallich. Traitement de l'affection puerpérale). Durham zaleca wstrzykiwania tej surowicy w przypadkach urazów wymagających operacji wewnątrztrzewnowych. Boucheron zaleca surowicę przed operacją zdjęcia zaćmy u chorych na chorobę cukrową.

Przegląd piśmiennictwa, poświęconego omawianej sprawie, doprowadza do wniosku, iż w surowicy przeciwpaciorkowcowej posiadamy środek, który pomimo wielu swych braków zasługuje na większą wziętość, niż się to dzieje dotychczas. Na zasadzie przeglądu owego piśmiennictwa oraz ścisłej obserwacji własnych przypadków <sup>1)</sup>, z których opis 9 pomieściłem w *Medycynie* za rok 1900, uważam surowicę przeciwpaciorkowcową już dzisiaj za *cenny pomocniczy środek w leczeniu zakażeń paciorkowcowych*. Największe zainteresowanie wzbudziła surowica wśród akuszerów, ginekologów i chi-

<sup>1)</sup> W liczbie tej było 5 przypadków gorączki połogowej z jednym zejściem śmiertelnym, trzy przypadki róży (jedno zejście śmiertelne), siedm zakażeń pooperacyjnych (2 przypadki śmierci) i trzy przypadki płęgmone septicum (jedno zejście śmiertelne). Wszystkie moje przypadki należały do ciężkich.

rurgów. To też dotychczas możemy mówić o niej nieco więcej przy cierpieniach, podlegających owym specjalistom. Słusznie przeważa zdanie, iż nie należy powierzać odpowiednich chorych jedynie samej surowicy. Jednocześnie, wraz z nią, powinno być prowadzone leczenie ogólne i miejscowe, a więc podtrzymywanie sił chorego, energiczne odkażanie ran i usuwanie dostępnych ognisk. W przypadkach pomysłnego wpływu surowicy *działanie jej* przejawia się przede wszystkim w znacznej poprawie samopoczucia chorego i szybkim ustępowaniu objawów ogólnego zatrucia. Spostrzegamy nieraz, iż pomimo, że ciepłota trzyma się jeszcze na dawnym wysokim poziomie, chorzy, przedtem apatyczni, znajdujący się w stanie niemal prostracyi, odpowiadający z trudem i niechętnie na pytania, w ciągu kilkunastu godzin po wstrzyknięciu rozmawiają swobodnie, stają się wiele więcej ożywionemi siadają o własnych siłach na łóżku i żądają pokarmów. Dalej spostrzegamy spadek ciepłoty w niektórych, co prawda, nielicznych przypadkach już po upływie 12—24 godzin. Zwykle wiele później następuje znaczne zwolnienie tętna. Zauważyć przytem należy, iż w razie bardzo szybkiego spadku ciepłoty nie dostrzegamy osłabienia czynności serca, owej dążności do zapaści, która stanowi tak ujemną stronę wszystkich energetycznych przeciwgorączkowych środków farmaceutycznych. Równocześnie dostrzegamy szybkie oczyszczanie się ran, wogóle zwrot ku lepszemu na całej linii. Bialkomocz, towarzyszący tak często ciężkim sprawom zakaźnym w przypadkach wczesnego stosowania surowicy pojawia się rzadko i ustępuje łatwiej. Zarówno na podstawie opisów przypadków spostrzeganych przez innych kolegów, jakoteż i na zasadzie własnego doświadczenia wyniki po wstrzyknięciu surowicy podzieliłbym na cztery grupy:

I. Działanie bardzo szybkie: znikanie wszelkich wybitnych objawów zakażenia wraz ze stałym spadkiem ciepłoty do normy. Przypadki takie są bardzo nieliczne. Osobiście posiadam dopiero jedno takie spostrzeżenie.

II. Działanie surowicy wyraźne: w ciągu pierwszej doby po wstrzyknięciu surowicy następuje znaczna poprawa stanu ogólnego wraz ze stałym obniżaniem się ciepłoty, która spada ostatecznie w ciągu następnych paru lub kilku dni.

III. Działanie niepewne: od chwili zastosowania wstrzykiwań surowicy następuje niewielka poprawa stanu ogólnego. Ciepłota opada nieznacznie, czas dłuższy — 2—4 tygodni — trzyma się na dosyć znacznej wysokości. Wyzdrowienie następuje po upływie 6—8 tygodni.

IV. Zupełny brak działania dodatniego: pomimo wstrzykiwań surowicy nie widać żadnej poprawy po upływie kilku dni.

Sprawa *dawkowania surowicy* bynajmniej nie jest rozstrzygnięta. Szkoła w Louvain przemawia za dawkami dużemi: 100—300 ctm.<sup>3</sup> w ciągu jednej doby w pobliżu ognisk zakażenia. Jednak większość klinicystów do niedawna nie ośmielała się stosować tak wielkich dawek. Wogóle wstrzykiwano 10—15 ctm.<sup>3</sup> surowicy jednorazowo.

Niektórzy autorowie przemawiają za dawkami małemi 10—20 ctm.<sup>3</sup> przez czas dłuższy, niekiedy 2—3 tygodnie.

Jednakże doświadczenie lat ostatnich, szczególnie od chwili pracy Mosera (nad surowicą paciorkowcą przeciwskzarlatynową), który wstrzykiwał dzieciom po 180 ctm.<sup>3</sup> surowicy na raz, powinny ośmielić klinicystów. Surowica, wprowadzana w ilościach dużych, nie sprowadza żadnych ujemnych następstw. Osobiście stosowałem surowicę Marmorka wielokrotnie w dawkach po 50 ctm.<sup>3</sup> do 2 razy dziennie przez 2—4 dni. Nie widziałem nigdy pogorszenia, które mógłbym przypisywać surowicy, wyniki zaś przy dawkach dużych były wiele lepsze, niż przy małych, stosowanych przez czas dłuższy.

Jaworski z Warszawy w *Odczytach klinicznych* za rok 1902 nazywa surowicę przeciw paciorkowcą środkiem prognostycznym: gdy surowica wywołuje znaczny i trwały spadek ciepłoty oraz zmniejszenie ilości uderzeń tętna, wówczas w większości przypadków rokowanie bywa pomyślne i — przeciwnie. Na zasadzie własnego doświadczenia skłaniam się do poparcia tego sądu, chociaż nie napotykaamy jeszcze potwierdzenia u innych autorów.

*Uboczne działanie* surowicy przytrafia się bardzo często. Przejawia się ono w parę lub kilka dni po wstrzyknięciu w postaci wysypki czerwonej, składającej się z plam drobnych, niekiedy dochodzących do wielkości bobu. Plamy wystają nad powierzchnią skóry, niekiedy zlewają się. Wysypce tej zazwyczaj swędzącej, towarzyszy zwykle podwyższenie ciepłoty, rzadko kiedy przewyższające 38° C. Niekiedy przyłączają się jeszcze bóle stawowe lub mięśniowe. Stan ten przemija po upływie paru lub kilku dni.

Niestalość działania surowicy w przypadkach klinicznych należało przypuszczać już a priori na zasadzie badań pracownianych. Prócz tego, wynik leczenia zależy w znacznym stopniu od natężenia sprawy zakaźnej, odporności ustroju, okresu choroby, w którym rozpoczęto leczenie surowicą, wreszcie od tego, jakimi drogami szerzy się zarazek w ustroju.

Jak pouczają badania pracowniane, najzłośliwsze jest zakażenie przez drogi krwionośne. Wreszcie bardzo często mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem. Rzecz prosta, iż w ostatnim przypadku surowica działa słabiej lub nie wywiera wpływu widocznego.

*Dla oceny działania surowicy w każdym przypadku niezbędne jest badanie bakteryologiczne.* Od chwili, gdy przeciw rozmaitym zarazkom otrzymujemy rozmaite surowice swoiste, badanie bakteryologiczne niezbędnem jest do postawienia należytych wskazań leczniczych.

Dotychczas w Polsce stosowano surowicę paryską Marmorka, krakowską Bujwida i petersburską z instytutu medycyny doświadczalnej. Wiele nadziei zdaje się rokować surowica Tavela z Berna. Jednakże dotychczasowe badania nie rozstrzygają jeszcze o wyższości tej lub innej surowicy.



## SPRAWOZDANIA

### MIESIĄCZKOWANIE ZASTĘPCZE.

**De Sinéty.** — *Déviation menstruelle et cloisonnement du vagin.* Miesiączkowanie zastępcze i przegroda pochwy. (*Revue de gynécologie et de chir. abd.*, 1904, № 1).

Miesiączkowaniem zastępczym nazywamy okresowe krwawienia z jakiegokolwiek miejsca organizmu z wyjątkiem macicy. Krwawienia powstają albo ze śluzówek (ustnej, oskrzelowej, nosowej, odbytnicowej, pęcherzowej), albo ze skóry (purpura), albo z pępka, oka, ucha, brodawek sutki i t. d. Czasem guzy, rany, owrzodzenia są źródłem krwawienia. Miesiączkowanie zastępcze zdarza się bądź u kobiet ze zdrowymi narządami rodnymi, bądź też w przypadkach niedrożności tych organów. Przypadek autora należy do ostatniej kategorii. Przytoczywszy znany podział zarosnięć przewodu rodowego na wrodzone i nabyte, autor omawia etiologię i symptomatologię tej wady; następnie przechodzi do szczegółów swojego przypadku. Chora, lat 26, miała w 12 roku życia krwawienia z różnych błon śluzowych, i z tego powodu kilka tygodni musiała leżeć. Następnie do 20 roku życia nie było ani czyszczeń miesięcznych, ani objawów zwiastujących miesiączkę (molimina). Od 6 lat występują co 3 lub 4 tygodnie krwawienia z odbytnicy, trwające 3 do 4 dni. W pochwie istnieje przegroda poprzeczna w odległości 3—4 ctm. od sromu, w tej przegrodzie nie daje się odnaleźć żadnego otworu. Badanie per rectum wykazuje obecność prawidłowo rozwiniętej macicy w miejscu właściwym; jakiejkolwiek komunikacji między szyją maciczną a odbytnicą wykryć niepodobna. W okresie miesięczkowym można widzieć, że krew sączy się ze szczeliny w odbytnicy. Miesiączkowaniem zastępczym objaśnia się w danym przypadku fakt, iż pomimo zrosnięcia pochwy nie wytworzył się krwistek maciczny.

Z. MONSIORSKI.

### LECZENIE PRZETOK MOCZOWYCH.

**W. S. Gruzdiew.** — *K woprosu o lecenii puzyrno-włagaliszcznych swiszczej u žensczyn.* W sprawie terapii przetok pęcherzowych u kobiet. (*Russkij Wracz*, 1904, № 3).

Stwierdzając niezwykle rozpowszechnienie przetok moczowych we Wschodniej Rosyi, autor stawia dwa postulaty: 1-o żąda usunię-

cia przyczyn, które tu główną odgrywają rolę, przez szerzenie wśród ludu oświaty i przez zapewnienie mu racjonalnej pomocy położniczej; 2-o pragnie, by pomoc operacyjna była udzielana w swoim czasie i na miejscu, a więc przez lekarzy prowincjonalnych ewentualnie ziemskich, czyli niespecjalistów. Tym sposobem dla ginekologów pozostaną przypadki cięższe oraz zadanie wypracowania takich sposobów operacyjnych, któreby najlepiej odpowiadały celowi.

Autor opisuje jeden ze sposobów, którym posługiwał się w ciągu ostatnich 3½ lat w klinice kazańskiej. Przytoczone przez niego 30 przypadków dzielą się na dwie grupy: w 1-ej rezultat pomyślny został osiągnięty zaledwie w 5 przypadkach z 12-tu; w 2-ej — przetoki zagojone zostały w 15-tu przypadkach z pośród 18.

Tak znaczną różnicę w otrzymywanych rezultatach autor przypisuje nie samej technice operacyjnej, lecz postępowaniu pooperacyjnemu. To ostatnie polega na takim ułożeniu chorej, któreby najlepiej zabezpieczało miejsce zeszyte od moczu, zbierającego się w pęcherzu. Autor przekonał się na trupach, że „nawet przy głębokim wprowadzeniu cewnika pozostaje nieznaczna ilość cieczy w najniżej położonym odcinku pęcherza“. Podług niego tedy chorą należy kłaść na bok prawy lub lewy, lub też na brzuchu, stosownie do umiejscowienia przetoki.

W położeniu, wybranem dla każdego przypadku, autor zostawia chore na 9 dni, przyczem zawsze stosuje cewnik elastyczny à demeure, który wyjmuje dopiero 11-ego dnia, nie obawiając się, wbrew ostrzeżeniom Pozziego, wywołania zapalenia pęcherza.

J. Izbikowski.

### PRÓBNE PRZECIĘCIE MACICY.

**F. Lejars.** — *L'hystérotomie exploratrice.* Hysterotomia próbna. (*Semaine médicale*, 1904, № 2).

Badanie wnętrza macicy czasami bywa nadzwyczaj utrudnione. Za pomocą zgłębnika możemy określić tylko długość i kierunek jamy macicy; palec, wprowadzony do wnętrza macicy, nie zawsze daje pewne dane do rozpoznania, hysteroskopia zaś nie znalazła zastosowania w praktyce. Tymczasem zdarzają się przypadki, gdzie krwotoki nie dają się usunąć nawet przez kilkakrotne wyłyżeczkowanie, w macicy jednakże nie znajdujemy zmian ani co do formy, ani co do wielkości, przydatki zaś wydają się zdrowymi. Powodem krwotoku tutaj może być tak dobrze metritis haemoerrhagica, jak pochodzący się nowotwór wewnątrzmaciczny, lub polip śluzowy, lub nawet resztki łożyska, pozostałe po dawnym poronieniu w postaci polipa; kwestya taka może być rozwiązana tylko przy ścisłym badaniu. Czyż bowiem nie zdarzają się przypadki usuwania, jako podejrzanej, macicy zdrowej, gdy tymczasem ścisłejsze badanie, wykazując obecność polipa lub łatwo dającego się usunąć włókniaka, przyczyniłoby się do uzdrowienia z pozostawieniem narządu.

Dla przypadków tego rodzaju dr. Bastian z Genewy proponuje próbną hysterotomię, którą zapoczątkował w roku 1899. (Ogólnie biorąc, zabieg ten nie jest nowością, gdyż nieraz bywał stosowany przez chirurgów przy guzach wystających z ust macicznych, lecz wtedy jest on zarazem początkiem operacji. W ścisłym zaś znaczeniu słowa, jako zabieg próbny, był stosowany przez Schwartza w 1896 r., przy różniczkowym rozpoznaniu raka od metritis. Później hysterotomię stosowali jeszcze J. Gannat i L. Dartigues).

Technika hysterotomii może być dwojaka: albo robimy boczne cięcia, jak przy operacji Schrödera, albo cięcie przez przednią wargę. Ten ostatni zabieg jest wygodniejszy, gdyż daje mniejsze krwawienie i cięcie można zrobić dłuższe.

Po obniżeniu szyi za pomocą kleszczyków Museux, przecinamy wpoprzek przednie sklepienie, odluszczaamy palcem pęcherz bez otwierania jamy otrzewnej i, umocowawszy macicę za pomocą kleszczyków nałożonych na boki szyi, robimy cięcia nożyczkami po środkowej linii przedniej wargi, zachodząc za ujście wewnętrzne. Teraz, po otwarciu warg w miejscu przeciętem, jesteśmy w możności nie tylko zbadać palcem wewnątrz trzonu, lecz i obejrzeć je, posilkując się lustrem zawieszonym na czole. Znalazłszy polip, niewielki włókniak lub resztki łożyska — usuwamy je. W przypadkach wyłącznie próbnej hysterotomii zabieg kończymy zaszyciem cięcia macicy, jak również sklepienia. Zabieg ten — prosty i nieszkodliwy — ma w pewnych przypadkach duże praktyczne znaczenie.

BRONISŁAW SZYBOWSKI.

## TECHNIKA WYCIĘCIA MACICY PRZY MIĘŚNIAKACH.

### F. Jayle. — L'hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome. Aperçu historique. Technique de M. le prof. Pozzi.

Wycięcie macicy nadpochwowe z powodu włókniaków. Przegląd historyczny. Technika Pozziego. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, № 1).

Nazwą „hystérectomie abdominale subtotale“ autorzy francuscy oznaczają wycięcie drogą laparatomii całej macicy z wyjątkiem najniższego odcinka szyi. Operacja ta w ogólnych zarysach składa się z następujących momentów: 1) podwiązanie i przecięcie szerokich więzów; 2) podwiązanie tętnic macicznych; 3) obnażenie nadpochwowej części szyi przez wytworzenie płata otrzewnowego przedniego i odsunięcie pęcherza ku dołowi; 4) przecięcie szyi; 5) przykrycie szyi płatem otrzewnowym. Dawniejsi operatorzy starali się wytworzyć dla macicy i jej guza szypułę z szyi i więzów szerokich (Heath 1843, Kimball 1853), którą przewiązywali en masse; niektórzy wszakże podwязywali z osobna tętnice więzów szerokich (Bellinger 1846, Burnham 1853, Clay 1863). Sposób pierwszy na czas dłuższy zapanaował pod wpływem Koeberlęgo i Péana. Koeberlé posilkował

się drutem, który zawiązywał za pomocą umyślnego ściskadła (serre-noeud), wyprowadzając końce przewiązek przez ranę brzuszną na zewnątrz; 10-go dnia przewiązki i ściskadło odpadały. Péan pierwszy wszywa szypulę do rany brzusznej.

Tak stoją rzeczy do roku 1878, kiedy Mikulicz zaczyna podwiązywać z osobna szerokie więzy i tętnice maciczne. W następnym roku Schroeder radzi zawsze postępować za przykładem Mikulicza, a w dodatku znosi wszywanie szypulę do rany, zostawiając ją w jamie brzusznej przykrytą płatem otrzewnej. W dwa lata później Schroeder podaje tak dokładny opis techniki zabiegu, że i dziś jeszcze niewiele doń dodać można; opis ten w tłumaczeniu angielskim pomieszczony został przez Emmeta w jego „The Principles and Practice of Gynaecology”, 3 wyd. 1885 r. Główne zarzysy techniki Schroedera są następujące:

- 1) cięcie brzuszne i wyciągnięcie macicy nazewnątrz i mocno ku przodowi za pomocą szczypczyków Museux;
- 2) podwiązanie z obu stron naczyń nasiennych;
- 3) podwiązanie z obu stron tętnic macicznych. Schroeder podaje dwa sposoby tego podwiązania:
  - a) od tyłu ku przodowi przez całą grubość szyi przeprowadzamy podwójną przewiązkę, rozcinamy i wyprowadzamy kolejno na prawo i na lewo tuż u podstawy szerokich więzów w odległości około 1 ctm. od brzegu szyi;
  - b) podwiązujemy z każdej strony tętnicę osobno;
- 4) przecięcie szerokich więzów i macicy na wysokości ujścia wewnętrznego; wycięcie klina z kikuta szyi;
- 5) zeszyte przedniej wargi kikuta z tylną; przykrycie kikuta otrzewną.

W ten sam sposób i w tym samym czasie operował Spencer Wells, ale nie dał dokładnego opisu swego postępowania. Naśladowcami Schroedera byli: Hofmeier i Chrobak w Niemczech, Milton w Anglii, Stimson, Goffe, Dudley, Baer, Noble i Kelly w Ameryce.

Z biegiem czasu powstały *modyfikacje* operacji Schroedera: Kellyego i Faurea (dwie).

Zabieg Kellyego jest następujący:

- 1) Podwiązanie tętnicy nasiennej i tętnicy więzu obłego na jednej stronie;
  - 2) przecięcie więzu szerokiego i otrzewnej pęcherzo-macicznej, oddzielenie pęcherza od macicy, obnażenie szyi macicznej;
  - 3) przewiązanie i przecięcie tętnicy macicznej tejże strony;
  - 4) przecięcie szyi macicznej tuż ponad pochwą;
  - 5) przechylenie macicy ku stronie przeciwnej; podwiązanie i przecięcie drugiej tętnicy macicznej;
  - 6) podwiązanie i przecięcie więzu szerokiego na stronie drugiej; podwiązanie i przecięcie tętnicy więzu obłego i tętnicy nasiennej;
  - 7) zeszyte szyi i przykrycie jej otrzewną.
- Z dwóch operacji Faurea jedna polega na podłużnem prze-

cięciu w linii środkowej macicy od dna aż do szyi i wyjęciu obu połów z osobna; daje się ona z korzyścią zastosować przy ropieniach w przydatkach i przy małych włókniakach.

Druga operacja Faurea nosi nazwę „l'hystérectomie par décollation“ (1900); technika jej jest następująca: 1) odciągamy macicę mocno ku przodowi; 2) przecinamy szyję od tyłu ku przodowi aż do zagłębienia pęcherzo-macicznego; 3) podnosząc jedną ręką macicę ku górze, drugą dochodzimy od spodu do pęcherza, odluszczaamy go, ujmujemy między palce wiąz szeroki wprzód jednej, potem drugiej strony i przecinamy po nałożeniu klampów. Macica może być wyjęta z przydatkami lub bez, zależnie od wskazań; 4) podwiązujemy naczynia i zeszywamy płaty otrzewnej.

W zakończeniu swej pracy autor podaje technikę prof. Pozziego, objaśniając ją licznymi rysunkami. Technika ta jest następująca:

1) Cięcie na środkowej linii brzucha w większości wypadków niedochodzące do pępka; przytem należy otworzyć pochwy obu mięśni prostych brzucha, aby pod koniec operacji zeszyć oba te mięśnie w jeden;

2) kleszczykami Museux lub korkociągiem wyciągamy macicę z jamy brzusznej na zewnątrz;

3) blisko brzegu macicy nakładamy z każdej strony na więzy szerokie po dwa klampy aż do zagłębienia pęcherzo - macicznego i przecinamy więzy szerokie pomiędzy klampami.

4) wyciągnawszy jeszcze bardziej macicę na zewnątrz, prowadzimy na jej przedniej powierzchni przez otrzewną cięcie poprzeczne od końca jednego klampu do końca drugiego; następnie palcem owiniętym gazą oddzielamy pęcherz i odsłaniamy nadpochwową część szyi;

5) po przecięciu więzów i odseparowaniu płata otrzewnowego możemy już bądź zobaczyć, bądź wymacać tętnice maciczne; odciągając macicę ku przeciwnej stronie zaciskamy te naczynia szczypcami;

6) macica trzyma się jeszcze na szyi: przecinamy ją;

7) zeszywamy przednią wargę kikutu szyi z tylną cienkim katgutem: głęboka warstwa szwów idzie tuż ponad śluzówką; powyżej drugi szereg zamyka ranę, nie obejmując otrzewnej;

8) zastępujemy przewiązkami klampy, poczynając od tętnic macicznych; podwiązujemy więzy obłe prostopadłe do ich przebiegu; więzy szerokie — przewiązką łańcuchową (ligature en chaîne);

9) ponad kikutem szyi robimy plastykę otrzewnej katgutem;

10) zamykamy ranę brzuszną trzema piętami szwów.

Jeżeliby się zdarzył przypadek, że włókniak znajduje się na dolnej części macicy, to przedewszystkiem robimy nad nim cięcie i wyluszczaamy go; jamę powstałą zamykamy czasowo kulociągiem. W ten sposób każdy przypadek możemy sprowadzić do kategorii nadających się do opisaney operacyi.

Z. MONSIORSKI.

## SĄCZKOWANIE PRZEZ POCHWĘ.

**O. Oberländer. O korzyściach drenowania jamy brzusznej na drodze pochwowej.** — (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* T. L., Zesz. 3).

Autor, przytoczywszy sądy o drenowaniu jamy brzusznej Peastlego, M. Simsa, Schroedera, Schauty, Sippla, Seligmana, Junga, Lichtenauera, Pozziego, Olshausena, Hofmeiera i innych, szczegółowo opisuje 39 przypadków z kliniki prywatnej dra Orthmana, i na mocy ich rozbioru przychodzi do ostatecznych następnych wywodów: 1. Najprostsze i najlepsze jest drenowanie jamy brzusznej na drodze pochwowej, bez zamknięcia otrzewnej nad drenem. Jako drenu używać gazy jodoformowej; przy operacjach aseptycznych wystarcza gaza sterylizowana. 2. Drenowanie na drodze pochwowej jest wskazane: a) gdy jama brzuszna na znacznej przestrzeni zawałaną została ropą; b) gdy w jamie brzusznej pozostały powierzchnie ropiejące lub pozbawione otrzewnej, albo też większe jamy o ścianach infiltrowanych lub porwanych w strzępy; c) po operacjach, przy których zaszło lub też zagraża przedziurawienie jelit; 3. drenowanie na drodze pochwowej może być nieuniknione dla powstrzymania krwotoków mięszzowych z powierzchni albo jam: a) przy ciążyach zamacicznych; b) przy częściowo wyluszczonych lub międzywiązowo rozwijających się guzach.

R.

## CIĄŻA JAJNIKOWA.

**Adam Czyżewicz (jun.). — Ein Fall von ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft mit lebendem Kinde.** Przypadek donoszonej ciąży zamacicznej z żywym płodem. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1904, N<sup>o</sup> 4).

Pacjentka wieloródka zgłosiła się w 8-ym miesiącu ciąży o poradę z powodu bólów w krzyżu i zaparcia stolca. Poprzednie porody normalne, chociaż miednica ogólnie zwężona: sp. 21, cr. 25, tr. 28, conj. ex. 18, vera 8. W brzuchu guz, w którym wyraźnie wyczuwa się części płodu: położenie czaszkowe II. Ponad spojeniem łonowem wypuklenie, oddalone od pępka na odległość poprzecznej dłoni; wypuklenie nie znika po opróżnieniu pęcherza. Przy badaniu przez pochwę znaleziono wypuklenie tylnego sklepienia i nadzwyczaj wysoko stojącą część pochwową macicy. Pod narkozą okazało się, że owo wypuklenie po nad spojeniem łonowem jest macicą i to macicą pustą. Rozpoznanie: ciąża zamaciczna jajowodojajnikowa lub jajnikowa z żywym płodem. Ponieważ nie było obawy o krwotok wewnętrzny przy tak posuniętej ciąży, zwłaszcza iż ciąża jajowodowa zdawała się być wykluczona, przeto ze względu na dziecko operację odłożono.

We właściwym czasie zjawily się bóle porodowe: podczas bólów wyraźnie wyczuwało się kurcze pustej macicy; w worku zaś płodowym nie obserwowano żadnych zmian. Pacjentka nie znajdowała różnicy między temi bólami a bólami przy poprzednich porodach. Autor przystąpił do operacyi. Po rozcięciu ściany brzusznej znaleziono poza macicą, odpowiadającą wymiarami 2-mu miesiącowi ciąży, guz o ścianie białawej, z licznemi wybroczynami krwawemi, zrosnięty z tylną ścianą macicy, z kiszkami, siecią, otrzewną i t. d. Zrosty były tak liczne, że nie mogło być mowy o wyjęciu worka. Autor chciał wyjąć płód i tamponować cały worek. Aliści po wyjęciu płodu przez skurczenie i częściowe odklejenie się łożyska nastąpiło krwawienie. Nie było rady, należało usunąć łożysko. Ólbrzymi krwotok. Tamponowanie nie pomaga. Przewiązanie obu więzów szerokich zatrzymało krwotok. Zeszycie górnej części rany brzusznej; przez dolną tampon do worka płodowego. W okresie pooperacyjnym temp. prawie normalna, natomiast puls dochodził do 160. Piątego dnia po operacyi — exitus letalis. Z protokołu sekcyi (anaemia universalis, peritonitis fibrinosa) zaznaczyć należy, że lewe przydatki macicy były normalne; prawy zaś jajnik spłaszczony i mocno zrosnięty z zewnętrzną powierzchnią ściany worka płodowego. W jajniku wyraźne corpus luteum. Autopsya potwierdziła dyagnozę ciąży zamacicznej jajnikowej. Co się tyczy dziecka, była to dziewczynka zupełnie prawidłowo rozwinięta. Przyszła na świat w stanie śmierci pozornej, lecz wkrótce została docuciona.

Łożysko ważyło 600 gr., wymiary jego 23 : 15 : 12. Pępowina 26 ctm., insertio marginalis.

We wnioskach autor podnosi, że występowanie bólów porodowych nie zależy od rozciągnięcia macicy. Uczucie bólu powoduje nie ucisk nerwów, lecz kurcze włókien mięsnych przez pociąganie za miejsce przyczepu. Na uwagę zasługuje, iż podczas ostatnich 2 miesięcy ciąży nie było żadnych objawów nawet ograniczonego zapalenia otrzewnej.

Operacya, zdaniem autora, daje zawsze wątpliwe wyniki; wszelako postawa wyczekująca jest nie lepsza, a w dodatku poświęca życie dziecka.

Z. MONSIORSKI.

### CIAŻA ZAŚNIADOWA Z PRZERZUTEM W PŁUCACH.

**Józef Jaworski.** — Przyczynek kliniczny do przebiegu ciąży zaśniadowej (Mola hydatidosa) oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki (Chorioepiteliomatów). (*Gazeta Lekarska*, 1904, № 1).

Autor przytacza obserwowany przez siebie przypadek ciąży zaśniadowej u 34-letniej wieloródki. Rozpoznaną była ciąża zaśniadowa na zasadzie niestosunku wielkości macicy do czasu trwania

cięży, oraz krwotoków macicznych. Jako niezwykle objawy autor przytacza: 1) podczas ciąży a przed urodzeniem zaśniadu (które nastąpiło sponte) wytworzył się zawał krwotoczny (infaretus) w płucu; 2) macica co do wielkości podlegała przemijającym bardzo wyraźnym zmianom: z kulistej stawała się jajowatą, jednocześnie zaś występowały objawy podrażnienia otrzewnej (zapaść, wzdęcie i bolesność podbrzusza, tętno 120, czkawka, wymioty).

Omawiając sposób powstawania zaśniadu, autor przytacza ogólnie przyjętą teorię Marchanda: nieprawidłowe bujanie i zwyrodnienie nabłonka kosmków oraz zmiany wsteczne w podścielisku. Nowowytworzone komórki nabłonkowe dostają się i do głębszych warstw doczesnej i do błony mięsnej macicy, i działają niszcząco na sąsiednie tkanki.

Przy cechach złośliwych przypadku cząstki nowotworu wnikają do naczyń i w ten sposób powstają przerzuty: najczęściej w pochwie i płucach.

W dalszym ciągu swej pracy autor, na zasadzie badania drobnovidzowego i przebiegu klinicznego, stara się wyjaśnić, do jakiej kategorii zaśniadów należy zaliczyć dany przypadek: czy do t. zw. zaśniadów niewinnych, czy złośliwych. Za pierwszym przemawiałyby: dobry stan zdrowia (po roku) chorej i budowa mikroskopowa zaśniadu, gdyż nie zauważono ani bujania komórek nabłonkowych, ani obecności komórek olbrzymich w podłożu. Za złośliwością zaś zdaje się przemawiać poniekąd przerzut do płuc, który jednak nie miał poważniejszych następstw, gdyż zaśniad, twór macierzysty, był niewinny.

Komentując swój przypadek, autor opiera się na spostrzeżeniach i badaniach z literatury danego przedmiotu i dochodzi do wniosków następujących:

1) że istnieją przypadki zaśniadów, które nie dają powikłań i kończą się zupełnie pomyślnie;

2) że w niektórych przypadkach bez względu na to, czy istnieją przerzuty, czy nie, przebieg bywa szybki i niepomyślny;

3) że w innych przypadkach, pomimo istnienia przerzutów z cechami złośliwymi, następuje wyzdrowienie;

4) wreszcie, że zdarzają się przerzuty przy niezłośliwych zaśniadach, i w tych razach następuje również wyzdrowienie.

Innymi słowy, obecność przerzutu ani nawet jego budowa histologiczna nie dają żadnych wskazówek do rokowania pod względem klinicznym.

JÓZEF LASKOWSKI.

## KRWOTOKI POPORODOWE

### H. Fritsch. — Postępowanie w przypadkach krwotoków poporodowych.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, № 1).

Krwotoki groźne, o których tu mowa, mają swe źródło: 1) w atonii macicy albo 2) w zranieniach (pęknięciach) szyi macicznej.



Ten tylko, zdaniem autora, potrafi sobie dać radę, kto orientuje się szybko co do takiego lub innego pochodzenia krwotoku.

W przypadkach pierwszego rodzaju autor zaleca metodę następującą: wycisnąć zawartość macicy (składającą się ze krwi wylanej do jamy macicy i już dla organizmu straconej), poczem, uniósłszy macicę ku górze, ręką wolną dostać się na jej ścianę tylną i stąd pchać forsownie ku spojeniu lonowemu i poza nie, nadając macicy tym sposobem pozycję znacznego pochylenia ku przodowi (antepositio). Powłoki brzuszne z tyłu poza macicą wypchamy teraz jaknajgłębiej ku wejściu do miednicy. Utworzone tą drogą z tyłu macicy zagłębienie w kształcie lejka wypełniamy zwiniętymi sztukami białizny (co mamy pod ręką) lub watą i umocowujemy za pomocą bandażu, nie załując siły. Trzon macicy znajduje się teraz na i przed spojeniem lonowem. Kilka okoleń bandaża, poprowadzonych przez dno macicy, utrzymuje ściany jej w trwałym ucisku i ją samą w pozycji raz nadanej. Oczywiście, iż nagromadzenie się krwi w jamie macicy staje się w tych warunkach niemożliwym, gdyż jama taka wówczas już nie istnieje.

Postępowanie dalsze zależy od stopnia wyrażonej niedokrwistości (ulożenie chorej głową niżej, napoje w obfitości, wstrzykiwania kamfory, ergotyny, eteru, roztworu fizyologicznego Na Cl.).

Opaska pozostaje w ciągu godzin 12-tu i bywa zazwyczaj przez chore znoszona znakomicie.

Metoda niniejsza ma tę wyższość nad innymi, iż daje się zastosować odrazu, bez uprzednich przygotowań (odkazania rąk i t. p.), słowem bez najmniejszej straty drogiego czasu, a będąc zabiegiem czysto zewnętrznym, wyklucza możliwość zakażenia.

Jeszcze prostsze jest postępowanie, zalecane gorąco przez autora w przypadkach drugiego rodzaju (krwotoki z pęknięcia). Polega ono na podwójnym ucisku narządów rodnych, wywieranym na nie przez obie ręce akuszerki z góry i z dołu jednocześnie.

W szczegółach rzecz się tak przedstawia: po usunięciu łożyska, ręką prawą z góry uciskamy macicę jaknajgłębiej ku dołowi (wszystkie skrzepy tym sposobem zostaną wytłoczone na zewnątrz). Nie zmieniając pozycji ani napięcia ręki prawej, ręką lewą ujmujemy srom, przyciskając ku sobie obie wargi większe i tłoczmy dalej części płciowe zewnętrzne w całości ku górze w kierunku ręki prawej, zupełnie jak gdybyśmy chcieli wcisnąć całe dno miednicy w jej próżnię. Ze względu na wiotkość i rozpułchnienie tkanek, jakie spotykamy zwykle u rodzących, zazwyczaj rękoczyn ten łatwo wykonać się daje. Możliwość dalszego krwawienia zostaje tym sposobem zupełnie usunięta, gdyż narządy rodne w całości pozostają ściśnięte, jak w prasie, między rękami akuszerki.

Ujemną stroną powyższego rękoczynu jest znużenie rąk, szybko uczuwać się dające. Zwążywszy jednak, iż ręka, uciskająca od dołu, w naszym przypadku lewa, wspierając się łokciem na pościeli, na której spoczywa położnica, męczy się nie tak łatwo, uwagę naszą zając może bardziej ręka prawa. Z tą znów ostatnią radzimy sobie

w ten sposób, że polecamy akuszercie lub nawet komuś z otoczenia oburącz oprzeć się na ręce naszej i równomiernie uciskać. Aby osiągnąć wynik pomyślny (trwałe zatrzymanie krwawienia), nie należy rąk odejmować wcześniej, aniżeli po upływie co najmniej pół godziny — do trzech kwadransów, wtedy bowiem dopiero liczyć możemy na wytworzenie się zakrzepu (thrombus) w naczyniach zranionych. Kiedy to nastąpiło, autor radzi na miejsce ręki uciskającej z góry, położyć jeszcze na pewien czas woreczek z piaskiem wagi około 3-eh kilo.

W stosunku do innych metoda ta wyróżnia się następującemi zaletami:

1) rękoczyn cały jest zgoła zewnętrzny, nie naraża więc nas na zarzut możliwości zakażenia;

2) dla organizmu położnicy jest najbardziej oszczędzającą (krew, którąby chora straciła napewno podczas zeszywania lub tamponowania, bywa zachowana);

3) nawet w tych ciężkich przypadkach, kiedy inne metody zawodzą lub są niebezpieczne (wysokie pęknięcia, zwłaszcza art. uterinae lub jej gałęzi pochwowej, jak to się zdarza niekiedy u wieloródek, u których po przebytej parametritis wytworzyły się blizny ściągające; rzecz prosta, że przez zwykłe ściągnięcie zapomocą kuliągów części pochwowej pęknięcie takie uwidocznić się nie da, a manewrując igłą na ślepo, łatwo możemy zranić jeden z moczowodów), postępowanie, opisane przez autora, dawało mu niejednokrotnie wyniki najzupelniej zadawalniające.

Obie metody, jak widzimy, są nadzwyczaj proste, nie wymagają żadnych przygotowań ani wyszkolonej pomocy, i z tego względu nadają się bardzo nawet dla położnych (akuszerok), zwłaszcza w praktyce prowincjonalnej.

A. MAŁKOWSKI.

## OBOJNACTWO.

**Fr. Neugebauer.** — Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie. (*Medycyna*, 1904, №№ 1, 2, 3, 4, 5).

Prawdziwe obojnactwo polega na tem, że równocześnie istnieją gruczoly rozrodcze płci obu, albo też istnieją gruczoly o charakterze mieszanym czyli tak zw. *ovotestes* (gruczoly obojnacze, Zwitterdruesen), które w jednej części posiadają ustrój jądra (canaliculi seminiferi), w drugiej — ustrój jajnika (folliculi Graafii). Takie właśnie *ovotestis* znalazł u człowieka w 1902 r. prof. v. Salén, a po nim prof. Garré. Powyższe dwa przypadki, stwierdzone niewątpliwie pod mikroskopem, dowiodły możliwości prawdziwego obojnactwa u człowieka. Fakty te mają jednak znaczenie tylko teoretyczne, ponieważ nie mówią jeszcze o możliwości funkcyonowania „gruczolów obojnacych“. Nie znamy mianowicie ani jednego przypadku,

stwierdzającego, aby człowiek mógł równocześnie zapłodnić i być zapłodnionym.

W praktyce mamy do czynienia li z pozornym, wrzekomem obojnectwem — pseudohermafrodytyzmem. Ostatni polega na tem, że „przewody płciowe oraz narządy sromu nie odpowiadają anatomicznemu charakterowi gruczołów płciowych, czyli że przy istnieniu jąder znajdujemy macicę, jajowody, pochwę etc. (powstałe z nitek Müllera), albo też przy istnieniu jajników znajdujemy vasa deferentia, vesiculae seminales, prostata etc.“ (powstałe przeważnie z przewodów Wolffa). Jest to tylko, że tak powiemy, szemat, według którego powstają przeróżne odmiany obojnectwa wrzekomego, zależnie od stopnia, na którym zatrzymał się w rozwoju, lub do którego dosięgnął ten lub ów gruczoł czy przewod płciowy.

Odpowiednio do tego rozpoznanie obojnectwa wrzekomego naręcza wiele nieraz trudności. Zdarza się też, że nie tylko sekcyja, ale nawet mikroskop ustalić płci danego osobnika nie może. W niektórych bowiem przypadkach rozwój gruczołów płciowych zatrzymał się na tak niskim stopniu, że nie można było określić ich natury (przedstawiały nic więcej, jak zbitą tkankę łączną). Między 942 spostrzeżeniami autora (39 jego własnych) wiele przypadków pozostało pod względem płci nierozpoznanych.

Wobec trudności klasyfikacyi różnych odmian obojnectwa wrzekomego autor oświadcza się za dawnym podziałem Klebsa na pseudohermaphroditismus masculinus (Androgynoid), oraz femininus (Gynander, Virago).

Podług tej klasyfikacyi *wrzekome obojnectwo kobiece* może być a) *wewnętrzne*, gdy zewnętrzne narządy płciowe rozwinięte są prawidłowo po kobiecemu, a wewnątrz, obok jajników i mniej lub więcej rozwiniętych nitek Müllera (macica, jajowody, pochwa), istnieją też stojące na pewnym stopniu rozwoju przewody Wolffa; b) *zewnętrzne*, gdy wewnętrzne narządy są kobiece, a zewnętrzne mają pozór organów męskich, np. lechtaczka prerosła z erekcyami lub bez, przebita cewką moczową, pozzrastane wargi większe, z których jedna zawiera jajnik ektopiczny lub hydrocele, albo wreszcie zawartość przepukliny (sieć, włókniak więzu obłego i t. p.); c) *zupelne*, gdy wraz z zewnętrznymi narządami, mającemi pozór męskich, istnieją jajniki, a obok nich wykazać można szcztatkowo rozwinięte zarówno nitki Müllera, jak przewody Wolffa.

*Wrzekome obojnectwo męskie* dzieli się również na a) *wewnętrzne*, gdy zewnętrzne narządy prawidłowo rozwinięte są męskie a w miednicy obok narządów pochodzących z przewodów Wolffa, znajdujemy zarazem części pochodne nitek Müllera (macicę jedno- lub dwurożną, przydatki i t. d.); bardzo często w tych przypadkach spotykamy kryptorchizm; b) *zewnętrzne*, przy istnieniu hypospadiasis penoscrotalis, o mniej więcej szcztatkowym rozwoju prącia, co nieraz uderzająco przypomina lechtaczkę i srom niewieści; wewnętrzne narządy płciowe są przytem prawidłowe męskie; c) *całkowite*, gdy obok pozornie kobiecych organów zewnętrznych, w jamie miednicy

znajdujemy na pewnym stopniu rozwoju pochodne przewodów Wolffa i nitek Müllera.

Z tych rozmaitych odmian wrzekomego obojnactwa najpospolitszy jest „zewnątrzny“.

Wygląd wrzekomego obojnaka czyli jego habitus bądź odpowiada istocie gruczołów płciowych, bądź też przedstawia znamiona płci odmiennej. Ten homologiczny i heterologiczny typ dotyczy wszystkich t. zw. wtórnych cech płciowych: rozwoju kośćca, krtani i głosu, uwłosienia, typu oddychania i in. Nawet molimina menstrualia mogą występować u męskich obojnaków, obdarzonych zdolnością zapłodnienia. Również poczucie płciowe może być homo- albo heteroseksualnem.

Ztąd jasnem jest, że wrzekome obojnactwo nie jest deformacją, czyli zniekształceniem tylko miejscowem, powstałem wskutek np. mechanicznych przeszkód w rozwoju, lecz posiada cechy częściowego objawu zniekształcenia ogólnego, inaczej mówiąc, jest wynikiem przyczyn pochodzenia centralnego. Wniosek ten znajduje poparcie w fakcie, iż ta sama anomalia rozwojowa powtarzać się może w kilku generacjach z rzędu, albo spotykać się u kilku osób, z tych samych rodziców pochodzących. To samo stwierdza hipoteza Krafft-Ebinga, wedle której ustrój płciowy człowieka ma być biseksualny, gdy centrum psychoseksualne ma rozwijać się dopiero po osiągnięciu dojrzałości płciowej, zależnie od wpływów wychowania, przykładu, sugestyi.

Różnorodność cech fizycznych i odmiennosc poczucia płciowego u wrzekomych obojnaków wielokroć były powodem tego, że osobnika męskiego mylnie wychowywano za kobietę i odwrotnie, co prowadziło do przykrych nieporozumień, a nieraz do samobójstwa. Autor przytacza wiele przypadków podobnych, przeważnie z kazuistyki sądowo-lekarskiej zaczerpniętych. Ciekawszych odsyłamy do jego obszerniejszej pracy w tym przedmiocie, umieszczonej w 1899 r. w *Pamiętniku Warsz. Tow. Lek.*

W końcu autor przechodzi do kwestyi praktycznej, mianowicie stawia pytanie, jak zachować się ma lekarz wobec trudności rozpoznania płci u wrzekomych obojnaków. Przy określaniu płci noworodka najlepiej w przypadkach wątpliwych wyrzec się stanowczej decyzyi i poradzić rodzicom, by wychowywali dziecko na dziewczynę, rozciągając przytem staranny dozór nad jego rozwojem fizycznym i psychicznym. Gdy sprawa dotyczy dziewczycy płciowo dojrzałej, należy ją badać jaknajdokładniej per vaginam lub per rectum, nie zwracając uwagi na względy wstydlivosti lub t. p. Wogóle wypada dokładnie zbadać osobnika co do erekcyi, ejakulacyi z otworu sromowego czy też cewki, przekonać się, czy istnieją narządy płciowe wewnętrzne i jakie, czy prostata, czy macica, czy dadzą się wymacać gruczoły płciowe, czy wargach, czy przed otworami kanałów pachwinowych, czy wewnątrz miednicy, przyczem najlepiej dokonać badania pod narkozą.

Co się tyczy wtórnych cech płciowych, to, jak z poprzedniego wynika, nie mogą one mieć decydującego znaczenia w przypadkach wątpliwych, wbrew twierdzeniu autorów niemieckich.

Ważny jest stan psychiczny, koincydencya częsta ze zboczeniami umysłowemi, wpływ zniekształcenia na ustrój psychiczny, prowadzący nieraz aż do popełnienia zbrodni. Zdarzają się też często kolizye osobników takich wskutek mylnego wychowania chłopca za dziewczynę i naodwrot z władzami sądowemi, kościelnymi (rozwoady), szkolnemi, policyjnemi etc.

Wypada uwzględnić kazuistykę chirurgiczną. Rozpoznanie mylnego określenia płci w drodze operacyjnej — 39 herniotomij u kobiet ujawniło jądro in hernia; bardzo często laparotomia ujawniła mylne określenie płci.

Uderzająca jest częstość koincydencyi wrzekomego obojnectwa ze złośliwym zwyrodnieniem jajników lub też jąder, tych ostatnich szczególnie przy kryptorchizmie (wnętrostwie). Kazuistyka zawiera 69 małżeństw, zawartych pomiędzy dwojgiem ludzi, z których płęć jednego okazała się mylnie określoną, z którego to powodu częste były rozwody.

19 razy płęć narzeczonej jeszcze przed zawarciem ślubu ujawniła się jako męska. 29 razy skonstatowano męskie wrzekome obojnectwo u prostytuttek. Mylne określenie płci rozpoznano bardzo często dopiero przy oględzinach pośmiertnych makroskopijnie lub też dopiero drobnowidzem.

Rola chirurga w przypadkach obojnectwa musi być ściśle indywidualizowana. Zebrany materiał kazuistyczny jest jeszcze zbyt niedostateczny, by wyciągać z niego ogólne wnioski. Niektóre jednak wskazówki można zaczerpnąć z przytoczonych przez autora spostrzeżeń. Do nich też odsyłamy czytelników.

J. IDZIKOWSKI.

### III.

## TOWARZYSTWA LEKARSKIE

### TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

*Posiedzenie dnia 26 stycznia 1904.*

Kol. **Stanisław Zaborowski** przedstawia dwa przypadki cięcia cesarskiego, którego dokonał w przytulku położniczym Nr. 1 z powodu wskazań względnych.

I. O. J. lat 22, rodzi pierwszy raz. Zgłosiła się do przytulku przypadkowo. Badanie miednicy wykazało ogólne zwięźlenie i conj. vera 6,5 ctm. Wobec żyjącego płodu, niepodatności pochwy i trudności, na jakie napotkać musiałaby każda inna metoda rozwiązania chorej, dokonał Z. cesarskiego cięcia. W ostatnich miesiącach ciąży O. cierpiała na zapalenie pęcherza. Niekiedy moczu zatrzymywał się zupełnie i wówczas pęcherz opróżniano cewnikiem raz na parę dni. Przystępując do badania chorej, wypuszczono rzeczywiście około 1400 ctm.<sup>3</sup> gęstego, ropnego moczu. Otworzywszy jamę otrzewnej, Z. znalazł pęcherz mocno rozszerzony i przerosły, leżący w postaci grubego, mięsistego płata na przedniej ścianie macicy. Pomimo doszczętnego opróżnienia pęcherz zakrywał połowę wysokości macicy tak, że chcąc poprowadzić podłużne klasyczne cięcie macicy, odsunąć trzeba było pęcherz silnie ku kości łonowej. Płód żywy: długość 48, obwód głowy 36 ctm. Przebieg pooperacyjny, mimo sąsiedztwa ropiejącego pęcherza, nic szczególniejszego nie przedstawiał. Pod wpływem powtarzanych trzy razy dziennie przemyciań i częstego opróżniania pęcherza stan polepszył się prędko, i moczu przestał być ropny. Pozostała jednak pewna atonia i rozszerzenie pęcherza, do którego dziś jeszcze wprowadzić można 1000 ctm.<sup>3</sup> płynu bez wywołania parcia.

II. Druga chora G. A. lat 31, przedstawiona już była w Tow. Lek. po wymóżdzeniu, dokonaniem z powodu zwięźzonej miednicy i wadliwego położenia macicy po ventrofixatio. Liczne blizny na brzuchu są śladami zabiegów w jamie brzusznej, których w ciągu lat sześciu chora przeszła pięć. Jako stojące w pewnym związku z cesarskim cięciem, któremu poddawała się chora przed dwoma miesiącami, zabiegi te przytacza Z. w krótkości.

Przed sześciu laty G., mając już w wywiadach lues i ciężki operacyjny poród, co do którego jednak bliższych szczegółów podać nie umiała, zgłosiła się na oddział d-ra Krajewskiego z kamieniami żółciowymi. Po usunięciu kamieni pozostała przetoka, którą operowano dwukrotnie. G. wypisała się zdrowa, lecz po kilku miesiącach powróciła na oddział z przetoką, którą, jak powiada, sama otworzyła szpilką od włosów z powodu dokuczających jej w bliźnie bólów. Podczas

manipulacji tej jakoby szpilka wysunęła jej się z palców i utonęła w ranie, gdzie pozostaje dotąd. W rzeczy samej szpilkę wyczuto w tkankach ściany brzusznej i usunięto. W półtora roku później G. zapisała się na oddział d-ra K. raz jeszcze z powodu silnych bólów w dole brzucha i w krzyżu, które przeszkadzały jej pracować. Ponieważ objawy te przypisać można było tylko pochylonej wtył macicy, a wszelkie niekrwawe metody utrzymania tej ostatniej w prawidłowym położeniu zawiodły, dr. K. dokonał laparotomii i przymocował macicę do ściany brzusznej w ten sposób, że dwa pasma mięśnia stożkowego przeprowadził przez mięszs trzonu macicy i przyszył je tam. Bóle, na które uskarżała się chora, ustąpiły, G. w jakiś czas potem wyszła za męża i zaszła w ciążę. Nie zważając na wyraźne wskazówki, jakie otrzymała w tym względzie, do przytulku zgłosiła się późno z porodem, rozpoczętym już od doby przeszło. Badanie wykazało: zwężenie miednicy z conj. ver. 8,5 ctm. i odchylenie części pochwowej w górę i ku tyłowi w ten sposób, że ujście zewnętrzne leżało na kręgosłupie ponad wzgórkim (promontorium). Do jamy macicy dostać się można było tylko przez wązki półksiężycowaty otwór, którego przednią ścianę tworzyła przednia wargę części pochwowej a tylną wypukłość wzgórka. Ustawiona w tem położeniu część pochwo-wa była zupełnie nieruchoma i odprowadzić się nie dawała. Plód leżał w położeniu skośnem z głową w prawym dole biodrowym. Na brzuchu, w okolicy prawego podżebrza, w bliżnie istniała przetoka, wydzielająca płyn surowiczno-ropny, która według słów chorej otworzyła się była sama w ostatnich miesiącach ciąży. Jakkolwiek przewidzieć było łatwo, że rozwiązanie chorej przez pochwę będzie bardzo trudne, z powodu ropiejącej w sąsiedztwie przetoki cesarskiego cięcia Z. dokonywać nie chciał i rozwiązał chorą przez bardzo trudne i mozolne (2 godziny) rozkawalenie płodu. Wkrótce potem G. ponownie zaszła w ciążę i przed dwoma miesiącami z chwilą rozpoczynającego się porodu zgłosiła się do przytulku. Tym razem przetoka była zamknięta; część pochwo-wa ustalona, jak przy poprzednim porodzie, ku tyłowi nad wzgórkim. Otworzywszy jamę brzuszną, Z. znalazł macicę zrosniętą ze ścianą brzucha na przestrzeni dłoni. Otwarto więc macicę cięciem poprzecznym według Fritscha, przyczem natrafiono na łożysko. Pomimo znacznego stosunkowo krwawienia dalszy przebieg operacji odbył się prawidłowo. Plód żywy: długi 50 ctm., obwód głowy 38 ctm. Rana zagoiła się przez rychłozrost. G. zdrowa, karmiąca dziecko sama, wypisała się na 18-ty dzień. Ulegając prośbie chorej, decyduje się Z., o ile G. zajdzie w ciążę, raz jeszcze połączyć przyszłe cesarskie cięcie z doszczętnem usunięciem macicy, które uchroni chorą w przyszłości od niebezpieczeństw ciąży i porodów. Bezpośredniem wskazaniem cesarskiego cięcia było w ostatnim przypadku ustawienie części pochwowej po ventrofixacji. W obu przypadkach za wyjątkiem szwów powierzchownych, skórnych używał Z. wyłącznie katgut.

Sprawozdanie własne.

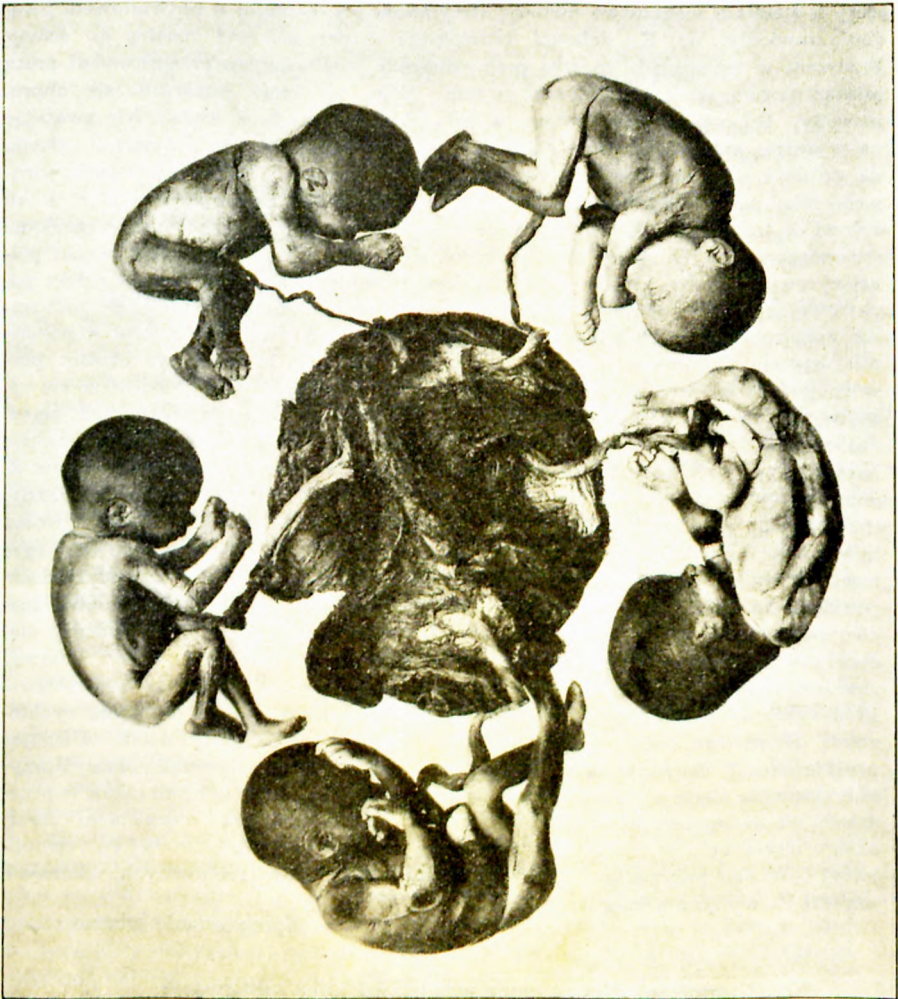
Kol. **Franciszek Neugebauer** przedstawił kilka osobliwości:

1) **Wielokomorowy torbielak jajnika** przypadkowo znaleziony w jamie brzusznej u kury: Cystadenoma proliferum glandulare, jak określił istotę nowotworu kol. Dmochowski.

2) **Dwa kły**, wydobyte z **torbieli skórzastej jajnika**, operowanej przy skręceniu szpuly: kły te wyjątkowo są tak doskonale ukształtowane w porównaniu ze zwykłym szcątkowym rozwojem zębów w torbielach skórzastych, że łatwo

można je określić, jako wyjęte ze szczęki ludzkiej. Torbiel zawierała prócz tego wiele tłuszczu i włosów, jak zwykle bardzo jasnych.

3) Fotografię **pięcioraczków**, przesłaną przez prof. Nijhoffa z Groningen równocześnie z zapytaniem, czy kol. N. zna jakiegokolwiek spostrzeżenia urodzenia się



Rys. 3. Dr. de Blécourt. Pięcioraczki.

pięcioraczków lub sześcioraczków z piśmiennictwa polskiego. Spostrzeżenia takiego z kazuistyki naszej kol. N. nie znalazł dotychczas. Częstość ciąży mnogiej podług tablicy Hellina przedstawia się tak: bliźnięta rodzą się raz na 80 porodów,



trojaczki raz na  $80 \times 80 = 6400$  porodów, czworaczki raz na  $80 \times 80 \times 80 = 512,000$  porodów, pięcioraczki raz na 40,960,000 porodów. Nawet fachowcy zapatrywali się do niedawna bardzo sceptycznie na spostrzeżenia niezwyklej ilości płodów z jednej ciąży pochodzących, a wielu autorów do dziś dnia tak się zachowuje co do przypadku siedmioraczków, o którym wspomina w podręczniku swoim Ahlfeld: poród ten miał nastąpić w miejscowości Hameln w Niemczech i opisany był przez Barfurtha „Ein Zeugniß für die Geburt von Siebenlingen beim Menschen.“ *Anatomischer Anzeiger* 1894, Nr. 10, str. 330). Ahlfeld podaje podobiznę grobowca, który ozdobiony jest rzeźbą, przedstawiającą matkę oraz siedmioraczków przez nią urodzonych.

Przy porodzie pięcioraczków holenderskich był obecny dr de Blécourt. 34-letnia II-para; wszystkie płody pomieraly po godzinie. Trzy płody należały do jednego jaja, dwa do drugiego, łożysko było wspólne (rys 3)

Jako *pendant* do tego spostrzeżenia kol. N. demonstruje rysunek sześcioraczków urodzonych w sierpniu 1903 przez murzynkę w miejscowości Christiansborg przy Alburii na Półwyspie Złotym w Afryce południowej. Spostrzeżenie to opisał dr. H. Vortisch, lekarz misji szwajcarskiej. Zaraz po urodzeniu się sześcioraczków fotografował ich pewien misjonarz, który, usłyszawszy o rzeczy tak niezwyklej, pośpieszył do chaty owej kobiety, by się o prawdzie przekonać. Pięcioro dzieci żywych leżało na łóżku, co do szóstego matka na razie oświadczyła, że zmarło i że już pochowane, gdy jednak ujrzała w ręku misjonarza pieniądze, sięgnęła do kubelka i wydobyła ztąd trupa szóstego dziecka. Było pięciu chłopców i jedna dziewczynka. Dzieci wkrótce, jak to zwykle bywa w takich przypadkach, pomieraly. Położnica oświadczyła, że rodziła obecnie po raz piąty, przy pierwszym porodzie miała jedno dziecko, przy drugim bliźnięta, przy trzecim czworaczki, przy czwartym trojaczki, razem więc wydała na świat przy pięciu porodach 16 dzieci; ciekawą jest rzeczą, że ciąża trzecia, czwarta i piąta pochodziły każda od innego mężczyzny, co ujawnia, że nadzwyczajna skłonność tej kobiety do porodów mnogich jest osobistą jej właściwością. Vortisch opisał to spostrzeżenie w *Münchener Medicinische Wochenschrift* 1903, Nr. 38, str. 1639.

Kazuistyka ciąży mnogich w ostatnich czasach wyczerpująco została opracowaną przez Strassmanna w podręczniku akuszerzy, wychodzącym obecnie pod redakcją profesora v. Winckla. Jest ciekawe, że pewna kobieta pozbięrała płody przy różnych ciążach poronione, włożyła wszystkie razem do słoika ze spirytusem, a później chodziła zebrać, pokazując niezwyklej ilość jakoby przez nią poronionych równocześnie płodów — nawet tutaj *sacra auri fames* popycha do oszustwa. Kol. N. wspomina o teorii anglika Kinga, który twierdził, że każde zwierzę ssące rzuca tyle płodów, ile ma wymion, kobieta więc powinna zawsze rodzić bliźnięta. Gdyby taki pogląd był słuszny, jakże wtedy objaśnić przypadki pięcioraczków, sześcioraczków etc? Faktem jest tylko, że skłonność do porodów mnogich zdarza się dziedzicznie w pewnych rodzinach. Kol. N. ma pacjentkę, która rok rocznie od czasu ślubu rodzi na przemianę to plód pojedynczy, to bliźnięta. Przy ostatniej ciąży poroniła dwa płody w trzecim miesiącu. Poronienie to odbyło się pod nadzorem lekarza w Ems, który osobiście potwierdził fakt na listowne zapytanie kol. N. Trzeci plód pozostał w macicy i urodził się donoszony na czasie.

Vassalli opisał poród sześcioraczków „Caso di gravidanza seigemellare.“ *Gazzetta medica Italiana*, Lombardia 1888, Nr. 38, str. 216). Przy porodzie pierwszego dziecka był obecny tylko ojciec, przy porodzie następnych dr. Vassalli. Zdaje

się, że spostrzeżenie to jest identyczne z przypadkiem, opisanym w roku 1888 w miejscowości Castagnola nad jeziorem Lugano: ciężarna poroniła cztery płody męskie i dwa żeńskie, wszystkie płody ważyły razem 1730 gramów.

Weinberg asystował przy czwartym porodzie kobiety lat 28; poród nastąpił w 7 miesiącu i trwał 12 godzin; urodziło się pięcioro dzieci, znaleziono dwa łożyska; czworo dzieci zmarło w przeciągu pół godziny a piąte po 20 godzinach. Matka tej kobiety raz rodziła bliźnięta, jedna z ciotek również miała bliźnięta, podobnież dwie córki tej ciotki.

Küster opisał poród pięcioraczków i sześcioraczków, Mirabeau, Dessault i Volkmann poród pięcioraczków, Barrafałdi (1858) opisał poród pięcioraczków wyłącznie płci żeńskiej o pięciu oddzielnych łożyskach, Szaur widział pięcioraczki (4 chłopców i 1 dziewczynkę) również o 5 oddzielnych łożyskach, Kirch na 3 płody męskie i 2 żeńskie, ważące razem 1240 gramów, znalazł 2 łożyska, Poljakoff znalazł jedno łożysko wspólne o 5 pępowinach, v. Winckel cytuje przypadki pięcioraczków Krebsa, Fleischera, Galopina, Sproulea. Wappoeus na 10 milionów porodów znalazł 9,768,334 jedynaków, 227,597 razy bliźnięta, 3948 razy czworaczki, trzy razy tylko pięcioraczki.

Podług statystyki berlińskiej spostrzegano dwa razy pięcioraczki od roku 1876 do 1888.

Ciekawe spostrzeżenia co do nadzwyczajnej płodności pozostawił Boer (*Vaterländische Blätter für den österreichischen Staat*, 1808). Pewna kobieta w Wiedniu przy jedenastu porodach wydała na świat 32 dzieci, a przy dwunastej ciąży już w czwartym miesiącu miała brzuch takich rozmiarów, jak przy końcu ciąży prawidłowej. Mąż miał pochodzić z bliźniąt, a sama ciężarna z czworaczków. Matka tej kobiety miała urodzić aż 38 dzieci. Są autorowie, którzy sceptycznie patrzą na tego rodzaju opisy, czy słusznie—nie wiadomo. Kol. N. osobiście nie chciałby tak daleko posuwać nieufności tembardziej, że istnieją podobne spostrzeżenia sprawdzone niewątpliwie. Kol. N. sam ma krewną, która urodziła 24 dzieci, i zna pacjentkę, która wydała na świat 26 dzieci.

Ktokolwiek interesuje się specjalnie kwestyą ciąży mnogich, znajdzie starannie opracowaną kazuistykę w pracy Strassmanna.

Sprawozdanie własne.

### *Posiedzenie dnia 23 lutego 1904.*

Kol. **Juljan Ślaski** przedstawił łożysko o dwóch torbielach tak zwanych **podkosmówkowych** (subchoryalnych). Większa leżała na powierzchni płodowej blisko przyczepu pępowiny, miała wielkość mandarynki i była napełniona płynem krwawym ciemnym w ilości około 2 łyżek stołowych. Po wypuszczeniu zawartości przez szerokie nacięcie ściany torbieli znaleziono na dnie organizowany dawny skrzep krwi barwy ceglasto żółtawej, dosyć twardy, gruby na centymetr, dający się na tępo odłuszczyć od ściany. Bliżej obwodu łożyska znaleziono drugą torbiel wielkości ziarnka grochu, o napiętych silnie ściankach przeświecających i zawartości surowiczej.

Torbiele takie na łożysku uchodziły dawniej za nader rzadkie, są jednak, jak dowiodły badania nowsze Ehrendorfera i Albecka, bardziej pospolite. Kermauner napotykał je w 56% 285 łożysk przez siebie badanych. Torbiele podkosmówkowe, spotykane na powierzchni lub w mięszu łożyska, mają pochodzić z bło-

ny doczesnej, jak tego dowodzą badania histologiczne, i często znajdowane są równocześnie z tak zwanym białym zawałem (infarktem) łożyska. Najnowsza praca o torbielach łożyskowych wyszła w roku bieżącym z kliniki L. Meyera w Kopenhadze.

Inna odmiana torbieli łożyska jest ta, gdzie właściwie nie chodzi o torbiel sensu strictiori, lecz o drugie jaje ze szcążkowo rozwiniętym płodem (foetus amorphus, acormus), jak dwa okazy tego rodzaju demonstrował w Towarzystwie Lekarskim Warszawskiem kol. Neugebauer. Ścianę takiej pozornej torbieli tworzy amnion.

F. Neugebauer.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE KRAKOWSKIE.

*Posiedzenie dnia 24 lutego 1904.*

Kol. **Tymoteusz Piotrowski** przedstawił dwa przypadki cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględne.

I. Pierwszy dotyczył dziewczyny 20-to-letniej karlicy, 122 ctm. wysokiej, o zupełnie symetrycznej budowie ciała. Miednica jej ogólnie ścieśniona płaska, conjug. diagonal. 9 ctm. Przywieziona w drugim dniu porodu z wypadniętą rączką obok główki. W chwili przyjęcia ciepłota rodzącej prawidłowa, tętno płodu dobre. Wydobyty płód cięciem cesarskim był płci żeńskiej, ważył 2540 gr., zmarł w 17 dniu z powodu zapalenia płuc. Cięcie podłużne z następczem zeszcyciem macicy. Połóg przebiegał nieprawidłowo, pojawiło się ropienie wnętrza macicy, biegunka, zapalenie opłucnej, a nadto liczne odleżyny—mimo to nastąpiło wyleczenie.

II. Przypadek drugi dotyczył mężatki 24-letniej z wybitnymi zmianami krzywcowymi kośćca, 112 ctm. wysokiej, przywiezionej w trzecim dniu porodu. W chwili przyjęcia ciepłota rodzącej 38°, tętno płodu dobre, położenie płodu podłużne główkowe, postawa pierwsza, srom obrzękły, liczne otarcia szarym nalotem pokryte od usiłowanych prób rozwiązania. Wykonano cięcie cesarskie z następczą amputacją nadpochwową. Kikut obszyto a nadto przytwierdzono do rany powłok. Przebieg położu zupełnie bezgorączkowy — po trzech tygodniach wyleczenie. Płód wydobyty płci żeńskiej ważył 2750 gr., zdrowy opuścił oddział wraz z matką. Karmiony przez mamkę, bo matka pokarm zupełnie straciła.

#### IV.

## O C E N Y

**Dr. Ferd. SCHENK.** — *Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes.* — Berlin, 1903. (str. 128).

Pomimo panującego obecnie prądu w małżeństwach ograniczenia liczby dzieci, bardzo wiele kobiet zamężnych chce chociażby raz jeden zająć w ciążę i po pewnym czasie nieplodnego pożycia małżeńskiego udaje się po poradę do lekarza. Powyższa praca Schenka, asystenta kliniki ginekologicznej niemieckiego uniwersytetu w Pradze Czeskiej, rozbiera ważną tę dla pacjentek i dla lekarza sprawę; obznajmia nas ona szczegółowo z dawnymi poglądami na przyczyny nieplodności, ocenia je z punktu widzenia anatomicznego i fizyologicznego i stopniowo wprowadza kwestyę na tor prawdziwy pojęć, odpowiednich obecnemu stanowi nauki.

Na początku pracy swojej podaje autor krótki zarys anatomii i fizjologii narządu rodowego, a następnie omawia zależność nieplodności: *a)* od zmian patologiczno-anatomicznych miejscowych, do których zalicza nieprawidłowości rozwojowe, nowotwory i sprawy zapalne; *b)* od zmian anatomiczno-patologicznych ogólnych, t. j. takich, którym podlega cały ustrój, a które powodować mogą następcze zmiany o charakterze przejściowym lub stałym narządów rodnych (zanik macicy po sprawach połogowych, przy bladaczce, gruźlicy płuc, cukromoczu, białaczce, niedokrewności złośliwej, przy chorobie Basedowa, Addisona, myxoedema, chorobie Brighta, po płonicy, tyfusie i t. d.; zanik jajników w skutek ciężkich zapaleń i krwotoków, po gorączkach połogowych, tyfusach, zatruciach fosforem, arsenikiem, przy alkoholizmie i morfinizmie i t. d.; i w końcu *c)* od przyczyn, przy których niemożliwym jest udowodnienie jakichkolwiek zmian anatomo-patologicznych w narządach rodnych. Tu zalicza brak libidinis sexualis, vaginismus, hysteriasis. Jako częstą bezsprzeczną

przyczyną niepłodności autor bardzo szczegółowo rozwodzi się nad rzeżączką u obu płci.

W następnym rozdziale autor przytacza dawniejszą i nowszą statystykę niepłodności i przechodzi do jej leczenia. Stosownie do przyczyn leczenie jest ogólne i miejscowe. Przy tem ostatniem, skreślonym z całą znajomością przedmiotu, autor dość szczegółowo opisuje uzasadnione rękoczynny operacyjne; jakkolwiek ostrzega przed tak do niedawna rozbujającą polypragmasią.

Wogóle całe dziełko, poświęcone pamięci nieodżałowanego prof. Saengera, napisane jest naukowo, barwnie i czyta się z prawdziwą przyjemnością, gdyż odzwierciadla poglądy, które lekarz specjalista na mocy doświadczenia z biegiem czasu sam sobie wyrobił i przy-swoił. Polecić je możemy Kolegom, jako przedstawiające w całości stan obecny nauki o niepłodności a w danym razie doskonały po-radnik.

R.

## V. FELIETON

W SPRAWIE ZJAZDÓW LEKARSKICH — PRZEMÓWIENIA A SPRAWOZDANIA — POLEMIKI  
LEKARSKIE.

W Lipcu r. b. obradować będzie X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich <sup>1)</sup>. Z tego powodu odbyły się w Warszawie liczne posiedzenia różnych sekcji owego Zjazdu w celu omówienia tematów. Zjazdy lekarskie spotykają się często z krytycznymi uwagami, i tak utrzymują niektórzy, że przeżyły się one, a w każdym razie nic nie robią dla nauki, służąc jedynie gwołi uciechy i rozrywki i t. p. Czyżby to było prawdą? Odrobina jej kryje się zapewne i w tych złośliwych uwagach, jednak lwia część zarzutów sili się tylko na niezbyt udolne dowcipy.

Niezawodnie żadne Zjazdy nie popychają nauki na nowe tory— i nie w tem dziwnego! Nie mają one do tego najmniejszych uroszczeń. Uczeni ciągle pracują i w miarę swych odkryć obwieszczają je światu całemu, na Zjazd nie czekając. Ale mimo to Zjazdy mają swoje znaczenie niezaprzeczenie i wyłącznie naukowe. Nie powiem, żeby myśl ludzką budziły z uspienia, aby stawały się pobudką do licznych przyczynków naukowych, gdyż wiemy dobrze, że myśl taka którą trzeba budzić, a i owe przyczynki okolicznościowe znaczenia większego pod względem naukowym nie posiadają. Ale w świecie lekarskim jest zawsze wiele kwestyj naukowych niedostatecznie wyjaśnionych, których szersze omówienie przynosi rzetelny pożytek ogółowi lekarzy. Weźmy dla przykładu sprawę gruźlicy czy alkoholizmu. Często zjawiają się oddzielne prace, omawiające daną kwestyę z najróżnorodniejszych stron; często autorzy dochodzą do wręcz przeciwnych wyników, nie każdy zaś lekarz praktyk, a zwłaszcza praktyk prowincjonalny jest w stanie przeczytać wszystkie odnośne prace, a nawet zorientować się w streszczeniach, drukowanych w pismach lekarskich. Tymczasem prace owe omawiają kwestyę, obchodząc bardzo żywo praktyka a pośrednio jego pacjentów.

<sup>1)</sup> Zjazd ten, jak wiadomo, został odroczony. Pomieszczamy jednak powyższe uwagi, jako dotyczące Zjazdów lekarskich wogóle.

*Redakcja.*

Otóż dokładne przedstawienie danej kwestyi na Zjeździe, opracowanie jej wszechstronne przez kilku wybitnych lekarzy, dyskusya wyczerpująca podjęta przez specjalistów, — doprowadzi niezawodnie do realnych wniosków, które uświadomią ogółowi lekarzy istotny stan danej sprawy.

Ta strona Zjazdów posiada wielkie znaczenie naukowe, i z tego względu powinny one uleść pewnej reformie. Mianowicie zamiast licznych oddzielnych odczytów, na wygłoszenie których niema nawet dość czasu, (jak poucza nas doświadczenie, zdobyte na poprzednich Zjazdach), powinno się znakomitą część posiedzeń poświęcić omówieniu kilku tematów, uznanych przez ogół lekarzy za ważne. Wiemy dobrze, że czas Zjazdu jest wielce ograniczony: 4 dni czyli około 8 posiedzeń, z tego jedno na otwarcie, drugie na zamknięcie Zjazdu; zostaje zatem wszystkiego około 6 posiedzeń, a prócz odczytów czeka jeszcze wiele innych zadań, mających również naukowe znaczenie, jak: wystawa naukowa, zwiedzanie szpitali i domów zdrowia i t. d. Zamiast więc, powtarzam, straty czasu na oddzielne odczyty, które mogą być drukowane w pismach lekarskich, większą część posiedzeń poświęcić należy omówieniu tematów ogólnych.

Nie tracę nadziei, że głos mój pozostanie głosem wołającego na puszczy, i że zgłoszeń odczytów oddzielnych będą setki. Pyszne robiły wrażenie owe zgłoszenia na IX Zjazd, drukowane w pismach brukowych: przy nazwisku i imieniu autora (mówiąc nawiasem nie mającego zamiaru jechać na Zjazd), temat t. z. zastrzeżony.

O ile sobie przypominam, przed paru laty zwrócono uwagę w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim na wielką różnicę, jaka zachodziła niekiedy między przemówieniem niektórych prelegentów a streszczeniem zapisanem w protokóle. Otóż niejednokrotnie okolicznościowy mówca, czy to w dyskusyi, czy przy demonstracyi chorego, w niezbyt kwiecistych słowach wypowiadał wiekopomne prawdy, tymczasem w sprawozdaniach czytaliśmy dobrze opracowane artykuły pełne liczb, dat i nazwisk. Ten dziwny rozdźwięk sprawozdania z przemówieniem wywołał dyskusyę w łonie Towarzystwa i zarządzenie, by koledzy składali autoreferaty zaraz po przemówieniu.

Aczkolwiek nie wiele upłynęło czasu od tego postanowienia, niektórzy koledzy znowu wrócili do dawnych dobrych czasów, i co innego mówią, a co innego opisują w swych sprawozdaniach. Nie-

zawodnie wygodny to sposób zyskania u czytelników sławy dobrego i uczonego mówcy.

Zwracano nieraz uwagę na całą niewłaściwość zabierania głosu przez lekarzy na łamach pism brukowych w sprawach wyłącznie lekarskich. Mimo to od czasu do czasu jakiś autor, żądny popularności i sławy w szerszym świecie, występuje na forum publiczne. I oto znowu mamy do zanotowania podobny występ. Laury Zoli nie pozwalały spać spokojnie jednemu z członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego; pragnąc zyskać sławę rozgłośnego pisarza, zamieszcza on protest w jednym z pism politycznych (Głos) w sprawie wyborów do Towarzystwa Lek. Warsz. t. j. w kwestyi, która obchodzi wyłącznie członków tegoż Towarzystwa.

Dwaj inni lekarze warszawscy kruszą kopie w Hacedfirze; echo zaś ich polemiki przedostało się do pism kilku.

Podobne artykuły szkodzą całemu ogółowi lekarzy w oczach szerszej publiczności, która nie wchodzi w szczegóły, a widzi tylko, że lekarze znieważają jedni drugich, zaprzepaszcżając coraz więcej koleżeństwo zawodowe.

Wszelkie polemiki w sprawach lekarskich zamieszczane być winny w pismach fachowych, każde zaś odstępstwo od tego prawidła niechajby było silnie karcone przez ogół lekarzy bez względu na pobudki i racye. Ogólnikowe napomnienie jak widzimy z dotychczasowej praktyki, nie prowadzi do celu.

*Verus.*

Warszawa, w lutym 1904 r.



## VI. KORESPONDENCYE

### Listy z Pragi Czeskiej.

Na zaszczytne dla mnie wezwanie Szanownej Redakcyi „Ginekologii“ do współpracownictwa pośpieszam odpowiedzieć, przesyłając pierwszy mój list poświęcony praskim klinikom położniczym.

*Królewsko-czeski krajowy instytut położniczy*, wybudowany kosztem miliona reńskich, oddany został do użytku publicznego w 1875 r. Przy budowie zastosowano system korytarzowy. Poszczególne jednopiętrowe skrzydła zakładu chroni przed działaniem zimnych wiatrów północnych — dwupiętrowy pawilon, w którym znalazły pomieszczenie kaplica, mieszkania personelu i ubikacje zarządu. Cały instytut położniczy składa się z połączonych między sobą 11-tu pawilonów. We frontowym lokuje się zarząd; środek gmachu zajmują dwa pawilony położnicze, od nich zaś ciągną się na wschód i zachód po trzy skrzydła; tylny pawilon (parterowy) mieści kuchnię, za którą znajduje się pralnia i kotłownia.

Instytut posiada 62 sale o 367 łózkach, podzielone między trzy kliniki: *czeską klinikę* lekarską prof. Pawlika, *niemiecką* klinikę lekarską prof. Franquégo i wreszcie *klinikę dla akuszerok* prof. Rubeszki.

Wszystkie trzy kliniki mają mniej więcej jednakowe pomieszczenie. Ogólna liczba porodów sięga rocznie do 3200 i wyżej, z czego najwięcej przypada na czeską klinikę, najmniej na niemiecką.

Z kliniką niemiecką nie będę zaznajamiał czytelników, gdyż jako przeciętna nie zasługuje na szczególną uwagę. Nadmienię tylko, że obecnie, po śmierci prof. Sängera, ster jej wziął do ręki prof. Franqué, który przybył do Pragi poprzedzony famą bardzo dobrego histologa.

Klinika prof. Pawlika ma dwie sale porodowe: jedną dla rodzących, które przebyły w instytucie czas jakiś pod obserwacją, czyli przypadków t. zw. czystych, drugą zaś dla kobiet przyjętych w chwili krytycznej, z rozpoczętym już aktem porodowym.

Rodzące podlegają pierwszemu badaniu w osobnej sali, będącej zarazem audytorium dla studentów. Stamtąd, po wykapaniu się i włożeniu wyjałowionej bielizny, przechodzą dopiero na tę lub ową salę. Zabiegi operacyjne wykonywane są na salach porodowych.

Na klinice prof. Rubeszki w jednej sali mieszczą się rodzące, u których poród przebiega normalnie, druga sala przeznaczona jest dla porodów wymagających przypuszczalnie zabiegu operacyjnego.

Poza tą salą znajduje się audytoryum dla akuszerok. Badanie rodzących przy ich przyjęciu odbywa się w oddzielnym pokoju.

Należy zauważyć, iż żadna z klinik nie posiada oddzielnych pomieszczeń kąpielowych: ustawiono wanny w salach porodowych i pokoju sterylizacyjnym (I klinika), bądź w pokoju do wstępnych badań (II klinika). Łazienki dla lekarzy są bardzo niewygodne i nieporęczne, bo w suterynach umieszczone.

Obydwie kliniki posiadają po cztery pokoje dla t. z. „zasoby“, czyli dla ciężarnych, które zgłosiły się do instytutu zawczasu, w ósmym lub dziewiątym miesiącu ciąży. Pierwsza rozporządza 40 łózkami, druga 38. Dla położnic przeznaczono 10 pokoiów (60, względnie 58 łózek). Poza tem kliniki położnicze mają salę i dwa pokoje (każdy na 12 łózek) dla przypadków gorączkowych.

Wszystkie sale są widne i słoneczne, malowane olejno i mają podwójną wentylację: dolną i górną. Podłoga wszędzie asfaltowa, łącząca się ze ścianami wklęsło.

Pierwsza klinika posiada własną bibliotekę. Ważniejsze badania chemiczno-drobnowidzowe dokonywane bywają poza instytutem (na klinice ginekologicznej).

Przy drugiej klinice istnieje pracownia rozbiorowa.

Z ujemnych stron urządzenia wytknąłbym brak ogrzewania centralnego i oświetlenia elektrycznego (jest auerowskie).

Każda z trzech klinik ma dwunastogodzinny dyżur i w tym czasie przyjmuje wszystkie ciężarne i rodzące, zgłaszające się do zakładu. Prawidło to nie obowiązuje; skoro pacjentka sama wskaże klinikę, gdzie chciałaby odbyć poród, lub gdy ma polecenie od swego lekarza do danego profesora.

Przyjmowane są bezpłatnie niezamężne ciężarne w ostatnich dwu miesiącach ciąży, i rodzące bez różnicy, czy są zamężne lub nie.

W oddziale płatnym (klasa I-sza 6 koron dziennie; II-ga klasa 4 korony, III-cia 2 korony) rocznie bywa około 50 porodów. Ciężarne, polecone przez „Komitet dam“ placą w III klasie po koronie dziennie. Na ten oddział „dyskretny“ — że się tak wyrażę — ma dostęp jedynie prof. Pawlik i jego pierwszy asystent.

Każda ciężarna po przyjęciu, wykapaniu, przebraniu się w czystą bieliznę i zbadaniu, odstawią bywa do sal t. z. „zasoby“. Gdy ciężarna dostaje bólów, przechodzi na salę porodową, po uprzedniej kąpieli i włożeniu bielizny wyjałowionej. To samo dotyczy rodzących przybyłych z miasta. Po odbytych porodzie położnicze zostają na sali przez kilka godzin (3—12), stosownie do potrzeby, a następnie spędzają dziewięć dni przy normalnym przebiegu łożu w pokojach dla położnic.

Na czele pierwszej kliniki stoi od 1887 prof. Pawlik, mając do pomocy dwóch asystentów (obecnie I-y dr. Jerie, II-gi Kropacz). Pierwszy asystent jest odpowiedzialny za całą klinikę i w razie potrzeby zastępuje profesora w wykładach.

## VII.

### WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

#### WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

OD REDAKCYI. Wszystkim pismom polskim, które powitały życzliwie ukazanie się I-go zeszytu „*Ginekologii*“, składamy niniejszem serdeczne „Bóg zapłać“.

W poczet współpracowników „*Ginekologii*“ w dalszym ciągu raczyli się zapisać: Dr. K. *Bocheński* (Lwów), Dr. Jan *Borzymowski* (Warszawa), Dr. Bolesław *Grzankowski* (Warszawa), Dr. Władysław *Hojnacki* (Lwów), Docent Dr. Franciszek *Koźmiński* (Lwów), Prof. Dr. Leon *Kryński* (Warszawa), Dr. Wincenty *Lisowski* (Humań), Dr. *Marcinkowski* (Piotrków), Dr. Hipolit *Olszewski* (Łódź), Dr. W. *Pomorski* (Humań), Prof. Dr. Ludwik *Rydygier* (Lwów), Dr. Julian *Ślaski* (Warszawa), Dr. Aleksander *Szulc* (Żyrardów), Dr. Karol *Zaleski* (Sanok).

W pismach politycznych znajdujemy wiadomość, iż X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, połączony z Wystawą przyrodniczo-lekarską, został odroczony ze względu na powołanie do służby wojskowej znacznej liczby lekarzy-Polaków oraz ze względu na niepewną konstelację polityczną.

Posiedzenie Komisji do sprawy wznowienia Sekcji ginekologicznej przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem odbyło się d. 4 grudnia roku zeszłego w lokalu *Ginekologii*. Po wyczerpującej dyskusji uchwalono jednogłośnie wznówić posiedzenia Sekcji ginekologicznej i wypracowano regulamin, mający bliżej określić stosunek Sekcji do Towarzystwa Lekarskiego i ogółu kolegów ginekologów.

Nakładem Redakcyi *Gazety Lekarskiej* wyszedł z druku „Podręcznik położnictwa“ d-ra Vogla w przekładzie z niemieckiego kol. Zwejgbauma i Popiela.

Rada Gubernialna dobroczynności publicznej w Łomży postanowiła zbudować w tem mieście przy szpitalu Ś-go Ducha przytułek położniczy na 10 łóżek.

Prof. Gusserow (Berlin) zamierza z końcem bieżącego półrocza opuścić katedrę profesorską i kierownictwo oddziału ginekologicznego w szpitalu Charité. Asystenci, byli i obecni, oraz słuchacze medycyny postanowili uczcić ustępującego profesora złożeniem adresu pamiątkowego.

Komitet wielobrytyjski Zjazdu międzynarodowego lekarskiego uchwalił następującą rezolucję:

„Wobec zamieszania i nieporządku, jakie panowały podczas ostatniego Zjazdu międzynarodowego z powodu dopuszczenia do udziału, prócz lekarzy i uczonych, osób postronnych, Komitet uważa za konieczne zwrócić na ten fakt uwagę Przewodniczącego przyszłego Zjazdu w Lizbonie i żądać, by przy dopuszczaniu na członków trzymano się ściśle statutu paryskiego z r. 1900.“ Odnosny artykuł opiewa: „Seront membres du Congrès 1<sup>o</sup> Les docteurs en médecine qui en feront la demande 2<sup>o</sup> Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français ou par les Comités nationaux étrangers.“

#### ZJAZDY LEKARSKIE.

V Kongres ginekologów, akuszerów i pedyatrów francuskich odbędzie się w Rouen pomiędzy 5 a 10 kwietnia r. b.

IV Kongres międzynarodowy dermatologii i syfiligrafii odbędzie się w Berlinie od 12—17 września r. b.

33 Zjazd Chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 6—9 kwietnia r. b.

21 Zjazd internistów niemieckich ma się odbyć w Lipsku od 18—21 kwietnia r. b.

#### TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Na posiedzeniu nadzwyczajnem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 22 b. m. odbył się akt wręczenia Towarzystwu portretu prof. Hoyerera, sekretarza stałego Towarzystwa. Prezes kol. Dunin podnosił zasługi czcigodnego profesora dla nauki polskiej i Towarzystwa Lekarskiego. Za wysoki zaszczyt prof. Hoyerer dziękował Towarzystwu w serdecznem przemówieniu.

Na temże posiedzeniu kol. Jan Świątecki wygłosił niezmiernie ciekawy odczyt: *O promieniach Becquerela*. Prelegent szeroko omawiał technikę otrzymania i własności radu. 10 miligramów tego pierwiastku, którego odkrycie wiekopomną sławą okryło rodaczkę naszą p. Curie-Skłodowską i jej męża, kosztuje w postaci soli bromowej około 150 rubli. Cała ilość radu, otrzymanego dotąd, nie przenosi 4—5 gramów na kuli ziemskiej. Promienie radu działają na skórę podobnie, jak promienie Roentgena. Prelegent przedstawił przypadek rakowca (kankroidu) twarzy, zabliźnionego pod wpływem naświetlań radowych.

W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem wybrano na rok 1904: na prezesa kol. Teodora Dunina, na wiceprezesa kol. Walentego Kamockiego, na sekretarza dorocznego kol. Józefa Brudzińskiego, na zastępcę sekretarza kol. Tadeusza Korzona.

W Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem zarząd na r. 1904 stanowią: kol. prof. Nowak — przewodniczący, kol. prof. Rosner — zastępca przewodniczącego, kol. Urbanek — sekretarz doroczny.

W Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim prezesem na rok 1904 wybrano kol. Jonschera, wiceprezesem kol. Rundę, sekretarzem kol. Kaufmana.

Na prezesa w Towarzystwie Lekarskiem Płockim wybrano na rok bieżący kol. Zaleskiego, na wiceprezesa kol. Berezę, na sekretarza kol. Nehringa.

Na kadencję 1904—1905 wybrano w Petersb. Towarzystwie Ginekologicznem na prezesa prof. Fenomenowa, na wiceprezesa prof. Otta, na sekretarza d-ra Liczkusa (ponownie), na skarbnika d-ra Strawińskiego (ponownie). Ostatni jest naszym rodakiem.

Na tem samem posiedzeniu wybrano kol. Maczewskiego (rodem z Kalisza), ordynatora szpitala Obuchowskiego, — członkiem czynnym.

W Sekcyi lekarskiej Pet. Katolickiego Towarz. Dobroczyń. dnia 10 lutego odbyły się doroczne wybory. Wybrano na prezesa kol. Strawińskiego, na wiceprezesa kol. prof. Zaleskiego, na sekretarzy: I. kol. docenta W. Orłowskiego, II. kol. Maczewskiego, na skarbnika kol. Wiercińskiego.

W Chicago zawiązano Stowarzyszenie lekarzy polskich. Celem Stowarzyszenia jest, jak podaje *Dziennik Chicagoski*, „obrona wspólnych interesów lekarzy wobec intruzów, jako też bronienie cierpiącej ludzkości przed złą działalnością szarlatanów, oszustów, wydrwigroszów, „czarowników“ lub kabalarek i zamawiaczek, zajmujących się nieprawnie leczeniem.“ Do Stowarzyszenia zapisało się 25 lekarzy z liczby przeszło 40, praktykujących w Chicago. Zarząd stanowią: K. Zurawski — prezes, Stobiecka — wiceprezes, F. Kolaciński — sekretarz, A. Szwajkart — skarbnik. Posiedzenia odbywają się raz na miesiąc w hotelu Shermana.

### DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI

W Poznaniu zawiązało się polskie Towarzystwo ku zwalczaniu zaraźliwych chorób płciowych. Przewodniczącym obrano kol. Fr. Chłapowskiego, sekretarzem kol. Karwowskiego.

Codziennie pismo lekarskie p. t. „Daily medical Journal“ zaczęło wychodzić w Nowym Jorku. Przedpłata wraz z dodatkiem miesięcznym „The New-York medical Critic“ wynosi jednego dolara rocznie.

Kol. Jan Piltz (Warszawa) wspólnie z p. Lebedzińskim zbudowali przyrząd do fotografii ruchów żrenicy. Nader oryginalnie pomyślany aparat zaopatrzone w automatyczny chronometr. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (3. II. 1904), gdzie kol. Piltz przedstawił swój przyrząd i fotografie żrenicy w stanie spokoju i pod działaniem światła, kilku mówców (Z. Kramsztyk, Flatau) podnosiło znaczenie pomysłu, przepowiadając przyszłość nowej metody badania. Przyrząd zbudowano przy pomocy subsydyum z Kasy Mianowskiego.

Liczba studentów medycyny w Niemczech zmniejszyła się w ciągu ostatnich lat dziesięciu o 22 %.

W końcu stycznia r. b. otwarto w Łodzi nowy Zakład leczniczy d-rów Skińskiego, Tochtermanna, Wattena i Zaborowskiego.

### WIADOMOŚCI OSOBOWE.

Radca dworu prof. dr. Henryk *Jordan* (Kraków) po dłuższej przerwie, spowodowanej chorobą, objął kierownictwo swej kliniki. Czeigodnemu profesorowi z powodu powrotu do zdrowia składamy serdeczne życzenia.

Dr. Gustaw *Chodakowski*, członek naszej redakcyi, wyjechał na Daleki Wschód w liczbie lekarzy powołanych do służby wojskowej. Towarzyszowi wspólnej pracy życzymy szczęśliwego i rychłego powrotu.

Prof. C. *Sleich* otrzymał od fakultetu w Würzburgu nagrodę Rineckera (srebrny medal i 1000 marek) za swój sposób znieczulania miejscowego.

Dr. Bolesław *Motz* (Paryż) otrzymał od Akademii nauk w Paryżu nagrodę Godarda (1000 fr.).

Dr. *Jotykównie* (Bruksella) przyznana została od Akademii nauk w Paryżu nagroda Lallemanda, wynosząca 2300 franków.

#### MIANOWANI:

Dr. A. E. *Grosse* — adjunktem przy katedrze położnictwa w Nantes.

Dr. Ferruccio *Griziotti* — docentem ginekologii i położnictwa w Parmie.

Dr. Vincenzo *Valdagni* — docentem położnictwa i ginekologii w Turynie.

Dr. *Hayenne* — adjunktem przy katedrze patologii, kliniki chirurgicznej i położniczej w Besançon.

Dr. Luigi Maria *Bossi*, docent w Genui — profesorem zwyczajnym na katedrze położnictwa i ginekologii.

Dr. Karl *Reifferscheid* — docentem położnictwa i ginekologii w Bonn.

Dr. Luigi Adolfo *Oliva* — docentem położnictwa i ginekologii w Pizie.

ZMARLI:

Karl *Gebhardt*, docent ginekologii w Berlinie, b. długoletni asystent prof. Olshausena.

R. Milne *Murray*, lektor położnictwa i ginekologii w Edinburgh School of Medicine.

*Dettweiler*, założyciel uzdrowiska dla piersiowych w Falkensteinie i jeden z pierwszych pionierów dyetyczno-klimatycznego leczenia gruźlicy, zmarł w 66 roku życia.

Wiktor *Groster* (Warszawa), wybitny praktyk, współredaktor „Gazety Lekarskiej.”

Władysław *Turczynowicz - Wyżniekiewicz*, magister weterynaryi, zmarł w Kronsztadzie od dżumy, którą zaraził się podczas badań laboratoryjnych.

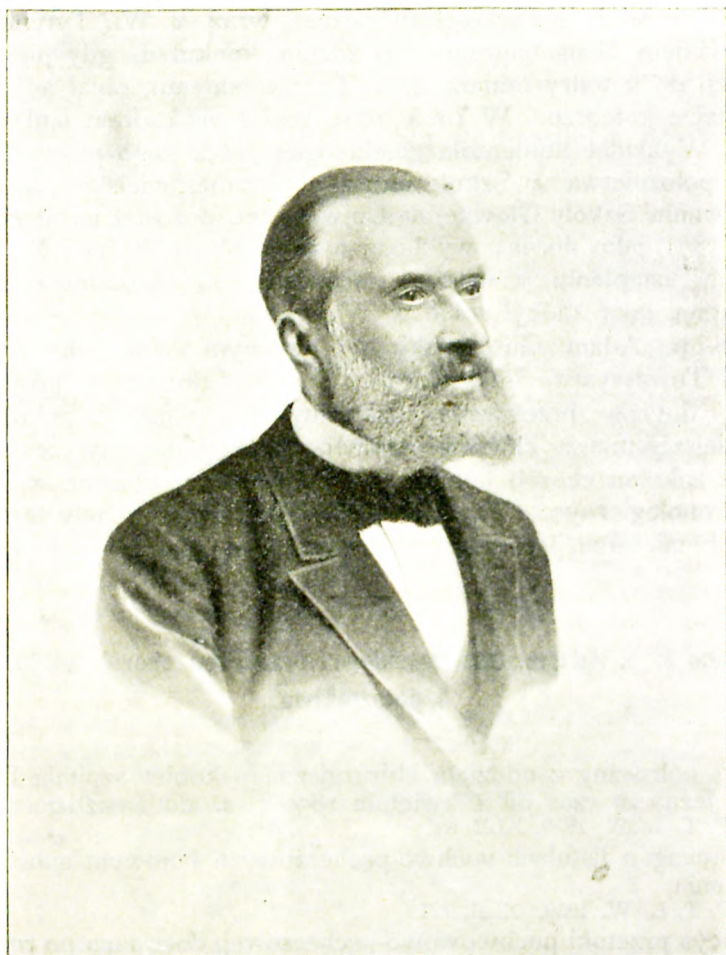
---

## VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA

### ADAM GLISCZYŃSKI

1830 — 1903.

Jeden z ostatnich profesorów b. Szkoły Głównej,  
ś. p. Adam Glisczyński rozstał się z tym światem dnia



29 Października 1903 r. Syn Antoniego i Adeli z Dale-  
szyńskich ś. p. Adam urodził się 20 Kwietnia 1830 roku

we wsi Pomorzanowicach w Wielkim Księstwie Poznańskim. Po skończeniu gimnazjum Maryi Magdaleny w Poznaniu, odbywał studia lekarskie we Wrocławiu, gdzie następnie został asystentem przy klinice położniczej prof. Betschlera (1852). W pięć lat potem przeniósł się na stałe do Warszawy i w roku 1858 został mianowany ordynatorem oddziału chirurgicznego kobiet w szpitalu Dzieciątka Jezus. W roku 1861 stawał do konkursu na katedrę położnictwa w b. Akademii Medyko-chirurgicznej wraz z Wł. Tyrchowskim i Ludwikiem Neugebaurem. Po zdaniu konkursu, gdy pierwszeństwo co do katedry oddano ś. p. Tyrchowskiemu, objął adjunkturę przy tejże katedrze. W roku 1864 został profesorem nadzwyczajnym. Wykładał studentom ginekologię, prócz tego prowadził wykłady położnictwa w Szkole akuszerki i babek wiejskich. Po przemianowaniu Szkoły Głównej na Uniwersytet, pozostał na stanowisku do r. 1871 jako docent, wykładając w języku polskim. Po dobrowolnem ustąpieniu z katedry, poświęcił się kolosalnej praktyce prywatnej, jaką zdobył sobie w Warszawie.

Ś. p. Adam Gliszczyński był czynnym członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Puszczona literacka, jaką pozostawił, dotyczy przeważnie dziedziny ginekologii i położnictwa, w mniejszej mierze chirurgii ogólnej. Poniżej dajemy zestawienie prac z zakresu chorób kobiecych i położnictwa, ułożone w porządku chronologicznym. Prace te prawie bez wyjątku były drukowane w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

#### **Prace ś. p. Adama Gliszczyńskiego z zakresu chorób kobiecych i położnictwa.**

Raport półroczny z oddziału chirurgicznego kobiet szpitala Dzieciątka Jezus za czas od 1 kwietnia 1859 r. aż do 1 października t. r.

P. T. L. W. 1859, XLII, 81.

Kilka uwag o fistułach pochwo-pęcherzowych i nowym sposobie ich leczenia.

P. T. L. W. 1859, XLII, 171.

Operacya przetoki pochwowowo-pęcherzowej, dokonana po raz trzeci u jednej i teje samej chorej.

P. T. L. W. 1859, XLII, 284, XLIII, 264.

Zgorzel części płciowych zewnętrznych i pochwy, zwężenie pochwy, duże przetoki, operacya.

P. T. L. W. 1859, XLII, 285.



- Przetoki pochwowo-pęcherzowe.  
Tyg. Lek. 1859, XIII, 417.
- Cięcie cesarskie.  
P. T. L. W. 1860, XLIII, 242, 351, 425.
- Postrzeżenia w oddziale chirurgicznym kobiet szpitala Dzieciątka Jezus za kwartał IV 1859 roku.  
P. T. L. W. 1860, XLIII, 264.
- Torbiel w prawej wardze większej sromnej.  
P. T. L. W. 1860, XLIII, 266.
- Zrośnięcie pochwy w kierunku poprzecznym.  
P. T. L. W. 1860, XLIII, 267.
- O przechyleniu macicy ku tyłowi (retroversio uteri) w czasie ciąży.  
P. T. L. W. 1860, XLIV, 7, 75.
- Poród sztuczny dziecka nieżywego przy znacznem zwężeniu miednicy, Endometritis septica.  
P. T. L. W. 1860, XLIV, 113.
- Odjęcie części pochwowej macicy rakowatej.  
P. T. L. W. 1860, XLIV, 253.
- Przemówienie o 14 operowanych przez siebie przetokach pochwo-pęcherzowych.  
P. T. L. W. 1860, XLIV, 403.
- Dalszy ciąg uwag dotyczących leczenia przetok pochwo-pęcherzowych.  
P. T. L. W. 1861, XLV, 337.
- Odjęcie narośli rakowatej w okolicy pępka.  
P. T. L. W. 1861, XLVI, 79.
- Operacye przetok pochwo-pęcherzowych.  
P. T. L. W. 1861, XLVI, 80.
- Rak części pochwowej macicy.  
P. T. L. W. 1861, XLVI, 74.
- Narośl kalafiorowata części pochwowej macicy.  
P. T. L. W. 1861, XLVI, 355.
- Przetoka pochwo-pęcherzowa, operacya.  
P. T. L. W. 1861, XLVI, 363.
- Sprawozdanie z czynności lekarskich w oddziale chirurgicznym kobiet szpitala Dzieciątka Jezus za r. 1860.  
P. T. L. W. 1861, XLVI, 701.
- Zrost pochwy, zrost jajnika i jajowodów ze ścianami miednicy i macicą, haematometra.  
P. T. L. W. 1862, XLVIII, 407.
- Hydrocephalus congenitus znacznej wielkości.  
P. T. L. W. 1863, XLIX, 498.
- Odjęcie macicy wyciowanej. Śmierć.  
P. T. L. W. 1864, LI, 144, 147.
- Hydrometra.  
P. T. L. W. 1864, LII, 100.
- Plód obumarły siedm miesięcy w macicy przebywający.  
P. T. L. W. 1864, LII, 101.

Wątpliwa ciąża zewnątrzmaciczna. Rozprawy w tym przedmiocie.  
P. T. L. W. 1864, LII, 261, 269.

Cięcie cesarskiej wykonane na żywej kobiecie w Październiku 1878 r.  
Gaz. Lek. 1880, XXVIII. 312.

Kilka uwag, dotyczących cięcia cesarskiego.  
P. T. L. W. 1880, LXXVI, 690.

## IX. Zapiski lecznicze

W dziale „Zapisek leczniczych” zamierzamy podawać opisy nowych metod leczniczych, sposoby przepisywania nowych środków lekarskich, rysunki nowych narzędzi ginekologicznych i położniczych. W tym dziale rozpoczniemy niebawem druk obszerniejszej pracy, opartej na najnowszych źródłach, a zawierającej wszystko to, co pod względem farmakologicznym może interesować lekarza w zakresie naszej specjalności.

Żywimy przekonanie, iż ogół czytelników przyjmie z zadowoleniem wprowadzenie niniejszego, czysto praktycznego działu.

### Niektóre nowsze środki, stosowane przy krwawieniach macicznych.

#### Stypticinum (Cotarninum hydrochloricum).

*Rp.* Tabulettae Stypticini cont. 0.05

D. in lagena originali № XX S. 4—6 pastylek dziennie (przy nazbyt obfitej miesiączce, krwawieniach macicznych).

*Rp.* Stypticini 0,6

Tincturae Cinnamomi 10.0

MDS. Cztery razy dziennie po 15 kropeł.

#### Styptolum (Cotarninum phthalicum neutrale).

*Rp.* Tabulettae Styptoli cont. 0.05.

D. in lagena originali № XX S. 3—5 razy dziennie po jednej pastylce (w podobnych przypadkach, jak styptycyna).

#### Hydrastis canadensis.

*Rp.* Extr. fluidi Hydrast. canad. 60.0

DS. 2—3 razy dziennie po łyżeczce od kawy (przy krwawieniach macicznych i krwotokach miesięczkowych; jako środek zapobiegawczy w okresie międzymiesiączkowym po 2 łyżeczki dziennie). Mniejsze dawki działają słabo.

*Rp.* Pastilli compressi ex extr. sicco Hydrast. canad. cont. 0.25.

D. № XX S. Dwa razy dziennie po jednej pastylce.

#### Hydrastininum muriaticum.

*Rp.* Dragées Hydrastinini muriat. cont. 0.025.

№ XX S. Po 2—4 pigulek dziennie (przy krwawieniach i krwotokach miesięczkowych; zadawać w okresie międzymiesiączkowym, jako środek zapobiegawczy, po 2 pigułki dziennie; z chwilą rozpoczęcia się krwawienia podnieść dawkę do 3 lub 4 pigulek).

*Rp.* Hydrastinini muriatici 0.025

Sacchari albi 1.0

Mf. trochiscus Dtdos. № XII

S. 2—4 razy dziennie po jednej pastylce.

*Rp.* Hydrastini muriatiei 1.0

Aquae destillatae 10.0

MDS. Do wstrzykiwań podskórnych 1–2 strzykawek Pravaza dziennie).

### Gelatina alba.

*Rp.* Sol aquosae gelatinae albae 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>—200.0

DS. Zażywać po łyżce stołowej 4–6 razy dziennie (przy krwotokach macicznych).

### Salipyrinum.

*Rp.* Salipyrini 0.6–1.0

Dtdos. in oblatiis № XII S. Zażywać 3 razy dziennie po proszku (przy nazbyt obfitej i bolesnej miesiączce i krwawieniach).

### Eumenolum (z korzenia chińskiej rośliny Tang=Kui).

*Rp.* Eumenoli 100.0–150.0

DS. 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy (rozpocząć na tydzień przed zbyt obfitą i bolesną miesiączką).

### Viburnum prunifolium.

*Rp.* Extr. fl. Viburni prunifolii 50.0

DS. 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy (przy zagrażającym poronieniu, krwawieniach przewlekłych i nadmiernej miesiączce).

### Hamamelis virginica.

*Rp.* Extr. fluid. Hamamelis virg. 30.0

DS. Po 30 kropel do 1-ej łyżeczki 3 razy dziennie (przy krwawieniach macicznych i hemoroidalnych).

### Ferripyrinum.

*Rp.* Ferripyrini 10.0

Aq. destillatae 40.0

MDS. Zmaczany pasek gazy wyjalowionej wprowadzić do jamy macicy (przy krwawieniach).

*Rp.* Ferripyrini 15.0

Aq. destillatae 35.0

MDS. Do pędzlowania (przy raku).

*Rp.* Ferripyrini 10.0

Aq. destillatae 50.0

MDS. Do tamponów lub gazy (pozostawić w pochwie na 12 godzin).

Stosować również można *per se* na tamponie suchym.

### Salolum cum Antipyrino aa.

Salol z antypirina, zmieszane w równych częściach i ogrzane w próbówce, zamieniają się w płyn. Pędzlować macicę przy pomocy zgłębnika Playfaira lub pałeczki Sängera owiniętej watą (przy krwawieniach).

### Adrenalinum hydrochloricum (Takaminum Parke et Davis).

Pasek gazy wyjalowionej, zmaczany w roztworze adrenaliny 1 : 10000 lub 1 : 20000, wprowadza się do jamy macicznej na przeciąg doby (przy krwotokach).

Дозволено Цензурою. Варшава, 15 Марта 1904 г.



## Zakład TEOFILA PETZA w Warszawie Chmielna 12.

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

# Kronika Lekarska

Dwutygodnik, poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich.

*Adres Redakcyi Orla № 5, — Administracya Marszałkowska № 99.*

W r. b. wszyscy całorocznii prenumeratorzy otrzymają premium.

**Dr. med. W. Moraczewski** „Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych“.

Cena roczna Kroniki Lekarskiej rb. 7, z przesyłką rb. 8.

# Biblioteka Lekarska,

miesięcznik poświęcony wydawnictwu dzieł lekarskich pod redakcyą  
Dr. Józefa Zawadzkiego.

Warszawa, Orla № 5. Cena bez przesyłki rb. 8 rocznie, z przesyłką  
rb. 10. Rocznie wychodzi 110—120 arkuszy druku.

*Wyszedł z druku*

## Prof. Runge. PODRĘCZNIK POŁOŻNICTWA.

Część I. Fizjologia ciąży, porodu i położu. Operacje akuszeryjne tłom. M. Warszawski. Cena rb. 2 kop. 40. — Część II obejmująca Patologię ciąży, porodu i położu, wydzie w połowie r. b.

*Prócz tego wyszły:*

**Prof. Landerer.** Dyagnostyka chirurgiczna ogólna, tłom. K. Niedzielski. Cena rb. 1 kop. 20.

**Prof. Dieulafoy.** Podręcznik chorób wewnętrznych tłom. J. Zawadzki t. I. Choroby narządów oddechania i krążenia. Cena rb. 4. tom II. Choroby narządów trawienia, otrzewnej, wątroby i trzustki. Cena rb. 4.

# G. Ehlert

Warszawa, Senatorska Nr 19 I-e piętro,

wprost Daniłowiczowskiej.

## SKŁAD WYROBÓW GUMOWYCH, CHIRURGICZNYCH i środków opatrunkowych

POLECA

Watę i Gazę oczyszczoną oraz preparowaną i sterylizowaną. Płótno gumowe pod chorych. Wielki wybór różnych systemów Pessaryj, Irrygatory, Pasy brzuszne, Opaski menstruacyjne i t. p. po cenach przystępnych, lecz stałych.

Telefonu № 984.

## Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewicza

Warszawa, Złota 3.

Urządzenie ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, porodowa, pokój izolacyjny. — Pracownia chemiczno-drobnowa. Wylęgarka (couveuse). — Pokoje wykwalifikowanie meblowane. 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:** właściciel Zakładu, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. — **Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie.** Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. **Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40.** Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu № 1846.



## APTEKA

# K. WENDY

Krakowskie-Przedmieście 54.

Przetwory chemiczne czyste do celów naukowych i dla pracowni rozbiorowych. Płyiny mianowane. Barwniki i przetwory do robót mikroskopowych.

## Nadesłano do Redakcyi.

- Dr. Daus S.** Die Pathologie der Peroneuslähmungen.  
Odbitka z *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1903.
- Dr. Fr. Chłapowski.** Dwa wykłady popularne o walce z gruźlicą u nas.  
Poznań, 1903, str. 23 i tablica.
- Dr. med. Alfred Sokołowski.** Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. II. Choroby płuc.  
Warszawa, 1903, str. 507 i VII. Wydawnictwo „Gazety lekarskiej”.
- Antoni Rząd,** lekarz. Ogólne przepisy pielęgnowania niemowląt.  
Warszawa, 1902, str. 15.
- T. A. Aleksandrow.** Ginekologiczeskija Zamietki.  
Moskwa, 1903, str. 138.
- Dr. Bohdan Korybut-Daszkiewicz.** O wartości leczniczej i rozpoznawczej „przekłucia łądzwiowego” (punctio lumbalis) wobec dzisiejszego stanu wiedzy.  
Odbitka z *Medycyny*, str. 11.
- Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa.  
Odbitka z *Medycyny*, str. 9.
- Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci (lues hereditaria recens).  
Odbitka z *Medycyny*, str. 5.
- Kilka słów w sprawie wyboru mamek.  
Odbitka z *Czasop. Lek.*, 1903, str. 9.
- Kilka słów o najnowszych zdobyczach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt.  
Stronic 10.
- Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. Opis sposobu sztucznego oddychania, dotąd nie znany w piśmiennictwie.  
Odbitka ze *Zdrowia*, 1903, str. 8.
- Przyczynek do sprawy opatrywania pępownicy i stosowania kąpieli w pierwszych dniach życia noworodków.  
Odbitka ze *Zdrowia*, 1903, str. 3.
- Dr. med. Włodzimierz Popiel.** Miednica polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego.  
Odbitka z *Pamiętnika Lekarskiego* Warszawa, 1903, str. 60.
- Leonard Lorentowicz.** Przyczepianie się jaja płodowego do błony śluzowej macicy w świetle najnowszych badań.  
Odbitka z *Medycyny*, 1903, str. 6.
- Programmy farmaceutycznej szkoły dla żeńszczyń, uczreźdionnoj pri pierwoj żeńskiej aptekie A. B. Leśniewskiej w S. Pietierburgie. Str. 39.
- X. Ż.** Doktor medycyny. Celibat a prawa natury.  
Wilno, 1903, str. 70.

CENA „GINEKOLOGII“ wraz z odnośnieniem do domu i przesyłką pocztową wynosi rocznie:

**Rb. 6, Marek 12, Koron 15.**

Przedpłatę można wносить w ratach półrocznych.

W celu unormowania nakładu „Ginekologii“, uprasza się o wczesne zamówienia.

## CENA OGŁOSZEŃ.

Za wiersz jednołamowy drobnem pismem lub jego miejsce:

Przed tekstem — kop. 10. Za tekstem kop. 8.

Na pierwszej stronie okładki — kop. 50.

Na ostatniej stronie okładki — kop. 25.

*Uwaga.* Strona zawiera 2 łamy; łam 80 wierszy. Najmniejsze ogłoszenie 10 wierszy.

OGŁOSZENIA PRZYJMUJE:

**Redakcja „Ginekologii“, Złota 3, w Warszawie.**