

Biuletyn Towarzystwa Lekarskiego
z r. 1904. L. 10.

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. AVRIL 1904. № 3.

GINEKOLOGIA

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

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

I Jahrgang. APRIL 1904. № 3.

GINEKOLOGIA

POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

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

INSTYTUT SZCZEPNIENIA OSPY
D-ra T. STĘPNIEWSKIEGO
Warszawa, Złota Nr. 28.—Telefonu Nr. 3765.

Kwiecień, 1904.

W poczet współpracowników „Ginekologii” raczyli się zapisać:

Dr. Mieczysław Bełżyński (Łódź), Dr. K. Bocheński (Lwów), Dr. Jan Borzymowski (Warszawa), 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. Bolesław Grzankowski (Warszawa), Dr. S. Flatau (Norymberga), Dr. F. Grodecki (Kowno), Dr. Władysław Hojnacki (Lwów), Dr. Józef Idzikowski (Warszawa), Prof. Dr. Henryk Jordan (Kraków), Dr. Bohdan Korybut-Daszkiewicz (Warszawa), Prof. Dr. Julian Kosiński (Warszawa), Docent Dr. Franciszek Kościński (Lwów), Prof. Dr. Leon Kryński (Warszawa), Dr. Stanisław Kurtz (Warszawa), Dr. Jan Lachs (Kraków), Dr. Józef Laskowski (Warszawa), Dr. Wincenty Lisowski (Humań), Dr. Adam Małkowski (Warszawa), Dr. Marcinkowski (Piotrków), Prof. Dr. Antoni Mars (Lwów), Dr. Alfred Michelis (Chełm), Dr. Bolesław Motz (Paryż), Dr. Hipolit Olszewski (Łódź), Docent Dr. Witold Orłowski (Petersburg), Dr. Eugeniusz Podhoreck (Petersburg), Dr. Pomorski (Poznań), Dr. W. Pomorski (Humań), Dr. Wincenty Puławski (Radziejów), Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków), Prof. Dr. Waclaw Rubeška (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Lwów), Dr. Józef Saks (Łódź), Dr. Julian Ślaski (Warszawa), Docent Dr. Sołowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Warszawa), Dr. Heliodor Święcicki (Poznań), Dr. Aleksander Szulc (Żyrardów), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątarek (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).

Cukier mleczny

chemicznie czysty dla dzieci. Opakowanie oryginalne po 1/2 kilo.

Skład w Apteczce K. WENDY

w Warszawie.

JABŁOŃSKI

WYCIĄG IGLIWIWA SOSNOWEGO

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

Wyrobu *Apteki*
E. Kuszковского

w JABŁONIE POD WARSZAWĄ.

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH
APTEKACH I SKŁADACH APTECZ.

ŻADAĆ WSZĘDZIE JABŁOŃSKIEGO
EKSTRAKTU SOSNOWEGO. ○○○○○



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.

Druskienniki (gnb. Grodz.)

W sezonie letnim ordynuje
jak lat poprzednich

Dr. Oskar Goldberg

Choroby kobiece i akuszerya

Masaż ginekologiczny,
Gimnastyka lecznicza,

Powietrzne suche kąpiele gorące

(ogólne i miejscowe).

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.

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
pod redakcją

Dr. Heliodora Święcickiego

Treść „Nowin” obejmuje następujące działy:

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

B. Dział sprawozdawczy.

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

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

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

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

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.

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 oddychawczych, 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. 8, w oprawie rb. 8 kop. 50, przesyłka kop. 50.
 - 3) Diagnostyka anatomo-patologiczna, p. d-ra Z. DMOCHOWSKIEGO. Cz. I. Kłaska Pierśiowa. Cena rb. 8, na papierze kredowym rb. 4, przesyłka kop. 50.
- Nabywać można u Wydawcy „Gazety Lekarskiej“ (Hoża 50) i we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej

Dra med. Gustawa Vogla

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. ====

APTEKA K. WENDY

w Warszawie

Posiada na składzie:

SUROWICE przeciwbłoniczą	SUROWICE przeciwronkowcową
SUROWICE przeciwpaciorkowcową	SUROWICE przeciwtyężcową
	i inne

SZPRYCE do SUROWIC.

Sterylizowana

Wate, Gazę hydr. i jodoform.
Katgut jodowy i ligatury,
Tampony na nitkach, Opa-
trunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwór
soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyeczne za-
mykadła do irygatorów i t. d. poleca

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA

Dra Borzymowskiego.

==== Warszawa, Twarda 30. ====

Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RODZĄCYCH

— Boduena Nr 5, telefonu Nr 3083.

Drów Anteckiego, Cykowskiego, Kossobudzkiego, Laskowskiego, Le-
śniowskiego, Ryłki, Sławińskiego i W. Żurakowskiego.

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

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

T R E Ś Ć.

- I. PRACE ORYGINALNE.
- Dr. med. **Fr. Neugebauer**, Warszawa. Hydromeningocele sacralis anterior (z 2 rysunkami) 75
- Dr. **J. Borzymowski**, Warszawa. Automatyczne zamykadło do irygatorów (z 2 rysunkami) 82
- Notatki z praktyki.*
- Dr. **B. Szybowski**, Warszawa. Oderwanie się pępowiny od łożyska przy porodzie w pozycji stojącej 84
- II. SPRAWOZDANIA 86—103
- ZWEIFEL. Leczenie krwisteku zamacicznego.—A. FALKNER. Przyczynki do nauki o torbiach pochwy.—W. D. KOŁOTINSKIJ. Całkowite wycięcie macicy, spowodowane przez olbrzymi włókniak.—J. B. ZELDOWICZ. Rozlane zapalenie otrzewnej, wywołane przez cierpienia narządów rodnych kobiecych.—KSCNISCHO. W kwestyi przecięcia i zeszywania powłok brzusznych.—J. HALBAN. Cecha rozpoznawcza ciężarnej macicy dwurożnej.—G. SCHUCKELE. Cięża w uchyłku macicznym.—WEINBRENNER. O ciąży śródmiaższowej.—O. NEBESKY. Z kazuistyki ciąży brzusznej.—G. VOGEL, J. EVERSMANN. O postępowaniu leczniczym przy świeżych pęknięciach kroczka.—W. RÜHL. Przyczynki do cięcia cesarskiego pochwowego.—A. SIPPEL, W. THORN. O kwileniu śródmacicznym.—C. BUCURA. Vagitus uterinus.—DAUBER. Zapobieganie zapaleniu rzeączkowemu oczu u noworodków.—ANT. HEUGGE. Pęcherzyca u noworodków.
- III. ZJAZDY i TOWARZYSTWA LEKARSKIE.
- Z X Zjazdu ginekologów niemieckich 104
- Berlińskie Towarzystwo Położniczo-Ginekologiczne 106
- IV. OCENY.
- G. Vogel**. Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów, w tłumaczeniu polskim Zwejgbauma i Popiela. Ocenil T. Reutt . 107
- V. FELIETON.
- Kwestya wpisów.—Koleżeństwo zawodowe.—Próżność czy reklama? — Towarzystwo kursów wakacyjnych. — Uwagi „Głosu“, przez VERUSA 109
- VI. KORESPONDENCYE.
- Listy z Pragi Czeskiej (c. d.), przez D-ra P. RUDZKIEGO 113

ark. 142-52-161



VII.	WIADOMOSCI BIEŻĄCE.	118
VIII.	ZAPISKI LECZNICZE.	121
IX.	BIBLIOGRAFIA POLSKA. Dr. C. Stankiewicz, Warszawa. Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa za rok 1903	122
X.	NADESLANO DO REDAKCYI.	
XI.	OGŁOSZENIA.	

SOMMAIRE.

I.	TRAVAUX ORIGINAUX. Hydromeningocele sacralis anterior, par M. F. de NEUGEBAUER (de Varsovie). Serrure automatique pour les irriga- teurs, par M. J. BORZYMOWSKI (de Varsovie). Arrachement du cordon du placenta dans un accouchement en position debout, par M. B. SZYBOWSKI (de Varsovie).
II.	ANALYSES. Zweifel, A. Falkner, W. D. Kolotin- skij, J. B. Zeldowicz, Kschischo, J. Hal- ban, G. Schiekele, Weinbrenner, O. Ne- besky, G. Vogel, J. Eversmann, W. Rühl, A. Sippel, W. Thorn, C. Bu- cura, Dauber, Ant. Heugge.
III.	CONGRES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES. X Congrès gynécologique allemand. Société de gynécologie et d'obstétri- que de Berlin.
IV.	CRITIQUE.
V.	FEUILLETON, par VERUS.
VI.	CORRESPONDANCES. Lettres de Prague, par M. P. RUDZKI.
VII.	NOUVELLES.
VIII.	NOTES THÉRAPEUTIQUES.
IX.	BIBLIOGRAPHIE POLONAISE. Littérature polonaise obstétricale et gynécologique de l'année 1903, par M. C. STANKIEWICZ (de Varsovie).
X.	TRAVAUX ENVOYÉS À LA RÉDAC- TION.
XI.	ANNONCES.

INHALT.

I.	ORIGINALARBEITEN. Hydromeningocele sacralis anterior, von F. v. NEUGEBAUER (Warschau). Automatischer Verschluss für Irriga- toren, von J. BORZYMOWSKI (War- schau). Abreissung der Nabelschnur von der Placenta bei einer Niederkunft in aufrechter Stellung, von B. SZYBOW- SKI (Warschau).
II.	REFERATE. Zweifel, A. Falkner, W. D. Kolotin- skij, J. B. Zeldowicz, Kschischo, J. Hal- ban, G. Schiekele, Weinbrenner, O. Ne- besky, G. Vogel, J. Eversmann, W. Rühl, A. Sippel, W. Thorn, C. Bu- cura, Dauber, Ant. Heugge.
III.	AERZTLICHE GESELLSCHAFTEN UND KONGRESSE. Aus dem X deutschen gynäkologischen Kongress. Gesellschaft für Geburtshülfe und Gy- näkologie zu Berlin.
IV.	KRITIKEN.
V.	FEUILLETON, von VERUS.
VI.	KORRESPONDENZEN. Briefe aus Prag, von P. RUDZKI.
VII.	LAUFENDE NACHRICHTEN.
VIII.	THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
IX.	POLNISCHE BIBLIOGRAPHIE. Polnische geb.-gyn. Literatur des Jah- res 1903, von C. STANKIEWICZ (War- schau).
X.	EINGESANDTES.
XI.	ANNONCEN.

OD REDAKCYI.

ZESZYT PIERWSZY „GINEKOLOGII“ ZOSTAŁ WYCZERPANY.

I.
PRACE ORYGINALNE

Hydromeningocele sacralis anterior

Nader rzadkie sprostrzeżenie własne przepukliny oponowej krzyżowej przedniej u dorosłej kobiety z uwzględnieniem dwunastu przypadków analogicznych obcych.

PODAŁ

FRANCISZEK NEUGEBAUER (Warszawa).

Przypadki meningoceles sacralis anterioris są tak rzadkie, że każde nowe spostrzeżenie zasługuje na opis. Przypadek mój, jako dotyczący kobiety, nabiera wagi podwójnej pod względem powikłania ewentualnej ciąży i porodu przez guz, wypełniający miednicę.

Dnia 16 maja 1903 r. zgłosiła się do szpitala ewangelickiego skierowana do mnie przez kol. Fidlera z Radomia 22-letnia dziewczica, starozakonna z powodu obecności guza w jamie miednicy małej, który miał istnieć od urodzenia. Pacjentka dowiedziała się o jego istnieniu przed laty pięciu od lekarza.

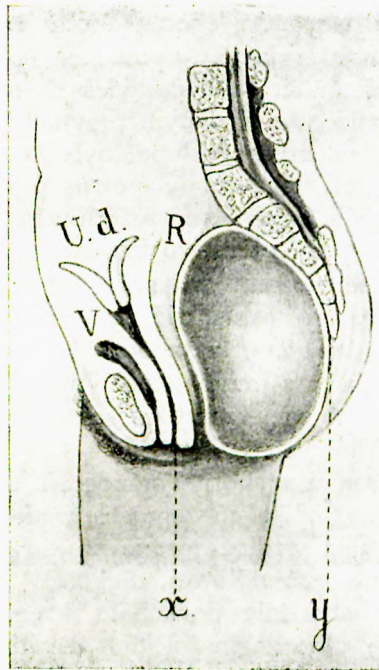
Pacjentka wzrostu 162 cent, nie przedstawia zбочeń ustroju ogólnego. Chodzi dobrze, bólów w nogach nie miewa. W 19 roku życia po raz pierwszy zjawiała się miesiączka, która powtarza się dotychczas regularnie, lecz zawsze jest bardzo skąpa i bolesna. Chora uskarża się, iż miewa stolce tylko co 3—4 tygodnie i to tylko po użyciu środków silnie czyszczących: zastosować u niej lawatwę jest nadzwyczaj trudnem zadaniem.

Przy badaniu chorej znalazłem rzecz niezwykłą. Mała miednica jest wypełniona przez chelboczący bardzo wyraźnie guz wielkości około dwóch pięści. Guz ten leży pomiędzy odbytnicą a kością krzyżową i zdaje się wychodzić z kości krzyżowej szeroką podstawą. Guz ad maximum odepchnął odbytnicę, pochwę i macicę, cewkę moczową i pęcherz moczowy ku przodowi, ku spojeniu ło-

nowemu, a równocześnie uniósł macicę znacznie do góry aż do jamy miednicy wielkiej. Mamy antepressionem całej zawartości miednicy małej z objawami uwięźnięcia (inkarceracyi) in cavo pelvis minoris.

Pacyentka jest dziewczicą nienaruszoną; w błonie panińskiej widać dwa otwory, lecz nie jest to bynajmniej hymen biforis, jakby się zdawać mogło na pierwszy rzut oka, istnieją bowiem dwie pochwy oraz dwie macice: uterus didelphys, vagina duplex. Miałem więc do czynienia z wadą rozwojową, polegającą na niezłaniu się obu przewodów Muellera ze sobą w linii środkowej. Mały palec, po każdej stronie wprowadzony do pochwy, z wielkim trudem dociera do części pochwowej odnośnej macicy, ponieważ części pochwowe leżą na cztery centymetry powyżej górnego brzegu spojenia łonowego. Prawa pochwa ma 13 cent. długości, gdy lewa tylko 11, lewostronny otwór błony dziewiczej jest węższy od prawostronnego. Wymiary miednicy: distantia cristarum ossium ilei 29, trochanterum 31, 5, spinarum anter. super. ossium ilei 25, tuberum ischii 11, spinarum poster. super. ossium ilei 8,2 cent. Wysokość spojenia łonowego 6 cent. Conjugata externa 20 cent. Odstęp odbytu od dolnego końca kości ogonowej (os. coccygis) wynosi aż 12 cent. Guz leży w głębi małej miednicy tak, że wypukła nazewnątrz powłoki skórne w okolicy pomiędzy odbytem (anus) a końcem dolnym kości ogonowej. Odbytnica (rectum) jest silnie dyzlokowana ku przodowi, odbyt wraz ze skróconem kroczeniem zbliża się znacznie ku ujściu pochwy. Chelbotanie w guzie jest zarówno wyraźne przy badaniu per anum, jak przy obmacywaniu przez powłoki skórne pomiędzy odbytem a kością ogonową resp. krzyżową. Przy obmacywaniu okolicy pozaodbytnicowej (retroanal) w położeniu chorej à la vache, można przekonać się o zniekształceniu prawej połowy kości krzyżowej i ogonowej. Brak albo-
wem prawego brzegu tych kości na dosyć znacznej przestrzeni. Dwukrotne prześwietlenie chorej przy pomocy promieni Roentgena nie dało niestety żadnych wyników; fotografie nie udały się z przyczyny dla mnie nieznaney. Prześwietleń dokonał łaskawie kolega Brunner. Można było atoli łatwo przekonać się o braku części wyżej wymienionych kości, badając równocześnie prawo i lewostronne brzegi owych kości. Miałem wrażenie, że brak było prawej połowy czwartego i piątego kręgu kości krzyżowej oraz prawej połowy kości ogonowej.

Niezwykły fakt ten przypomniiał mi odrazu miednicę ongi słynną, opisaną przez Virchowa, którą w roku 1882 badałem osobiście w Würzburgu i odrysowałem. Per exclusionem rozpoznałem u chorej mojej meningocele sacralis anterior przy częściowym braku prawej połowy kości krzyżowej i ogonowej. Przeciwno bąblowcowi przemawiały przede wszystkim wada przyrodzona w ustroju kości, dalej istnienie torbielowatego guza, jak się zdaje, od urodze-



Rys. 1 (szematyczny). Przypuszczalny stosunek topograficzny przepukliny oponowej krzyżowej do narządów małej miednicy (F. Neugebauer).

R—rectum; V—vesica; U. d.—uterus didelphys; x—introitus vaginae; y—koniec kręgosłupa.

nia, wreszcie badanie drobnowidzowe i chemiczne zawartości. Po przedstawieniu chorej w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, sprowadziłem ją do kol. Krajewskiego, który w obecności mojej dokonał nakłucia torbieli od strony powłok skórnych. Wydobyty płyn miał, jak się osobiście przekonałem, smak słony, był przezroczysty, jak woda; ciężar właściwy 1,000—1,001, odczyn obojętny; znaleziono w płynie li ślady białka bez jakichkolwiek charak-

terystycznych pierwiastków morfotycznych. Badania dokonała łaskawie doktorka Zielińska.

Kol. Krajewski miał zamiar, jeśliby ponowne badanie Roentgenowskie wykazało, iż torbiel posiada rodzaj szypuły, a więc że łączność jej z kanałem kręgosłupa nie jest zbyt szeroka, przystąpić do operacji. Chora zapisała się wtedy na oddział jego w szpitalu Dzieciątka Jezus, lecz już nazajutrz szpital opuściła i więcej się nie pokazała. W cztery tygodnie potem, jak się dowiedziałem od innej pacjentki, chora jakoby nagle zmarła. Przypuszczam, iż guz musiał pęknąć. Pomimo usilnych starań nie byłem w stanie dowiedzieć się jakichkolwiek szczegółów co do katastrofy. Osobiście sędzę, że w danym przypadku komunikacya pomiędzy torbielą a kanałem kręgosłupa była szeroka, i że guz należało uważać jako *noli tangere!* Zapewne przyjdzie czas gdy chirurg dokonywać będzie z zejściem szczęśliwem operacyi usunięcia i takich torbieli. Niebezpieczeństwo krwawienia opanujemy łatwo, postępując aseptycznie możemy uniknąć procesów zakaźnych, lecz pozostaje niepewność, czy torbiel nie zawiera rozgałęzień nerwów, których uszkodzenie mogłoby zaszkodzić chorej, znaną albowiem jest rzeczą, że właśnie w przypadkach podobnych wad rozwojowych kręgosłupa rdzeń pacierzowy często sięga znacznie niżej, niż w warunkach prawidłowych ¹⁾.

v. Recklinghausen w wybornej monografii swojej p. t. „Badania nad tarnią dwudzielną“ opisał następującą wadę rozwojową:

Rozwój kręgosłupa wzdłuż zostaje powstrzymany, podczas gdy rdzeń rozwija się do prawidłowej długości. Rdzeń więc będzie stosunkowo za długi odnośnie do kanału kręgosłupa i wskutek tego albo załamuje się, albo zagina się lub też powstaje myelocystocela. Wskutek powstrzymanego rozwoju kręgosłupa znajdujemy często tylko szczątki kości krzyżowej i w taki sposób powstaje zdaniem Breussa i Koliski miednica patologiczna, nazwana przez Alberta dyspygiczną. Tak samo zaś, jak przy dyspygii, i w niektórych przypadkach tarni dwudzielnej (*spinae bifidae*), rdzeń kręgowy sięga częstokroć znacznie niżej, niż normaliter.

Przy operacyi przepukliny oponowej zadaniem chirurga będzie przedewszystkiem szybkie uchwycenie chociażby szerokiej szypuły

¹⁾ HUEBL. Ueber Dyspygie, *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1900, Tom XII, str. 228—229.

torbieli i zapobieżenie zbyt wielkiej utracie płynu mózgo-rdzeniowego (liquor cerebrospinalis). Jest rzeczą przyszłości osądzić doniosłość i możność takich operacyj tudzież ich pożytek quoad vitam i quoad valetudinem completam. Badania doświadczalne na zwierzętach będą pierwszym krokiem w opracowaniu tej kwestyi, do dziś dnia mało wyjaśnionej. Dotychczasowe doświadczenia operacyjne przy meningocele cranialis podług statystyki, zestawionej przez Lindforsa¹⁾ oraz pracy Vogla²⁾, opartej na statystyce Lindforsa, przemawiają raczej przeciw operacyi, niż za nią; nie dla tego, że operacya sama przez się jest zbyt niebezpieczna dla życia, lecz nawet przy dodatnim wyniku rezultat quoad valetudinem completam ma być ujemny, gdyż w następstwie albo powstaje hydrocephalia albo też stan podmiotowy chorego w niczem się nie poprawia i dziecko prędzej czy później umiera. Doświadczenie poucza, że bez większego niebezpieczeństwa dla życia można usuwać operacyjnie zarówno czaszkową jak i pacierzową przepuklinę oponową, zamykając ewentualnie otwór w kości drogą plastyczną lub też używając do tego płytek celluloidowych czyli tak zwanej protezy celluloidowej.

Więcej zachęcająca niż przy czaszkowej przepuklinie jest operacya przy meningocele vertebralis, jak naprzykład przy tarni dwudzielnej. Przy meningocele cranialis, cenencephalociele i hydroencephalociele, dzięki ulepszonej technice i aseptyce, rokowanie pooperacyjne znacznie się poprawiło, lecz więcej quoad vitam, niż quoad valetudinem completam. Doświadczenia dotychczasowe, nabyte przy nakłuciu, nacięciu i opróżnieniu meningoceles sacralis anterioris, nie zachęcają bynajmniej do interwencyi operacyjnej, jak to dalej udowodnić się postaram.

Przyczyną niepomysłnych wyników było prawdopodobnie zakażenie rany.

Bardzo zajmująca jest w moim przypadku koincydencya meningoceles sacralis anterioris cum duplicitate uteri et vaginae: istnieje tutaj bez wątplenia nexus causalis pomiędzy rozdwojeniem

1) LINDFORS. Zur Lehre von den angeborenen Hirnbruechen und deren chirurgischer Behandlung. *Sammlung klinischer Vortraege* her. von F. v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz von Winckel, 1898, Nr 222—223.

2) *Monatsschrift für Geb. und Gyn.* 1900, Tom XI, Zesz. V, str. 889.

macicy a torbielą, która właśnie niedopuszcila do zlania się przewodów Müllera ¹⁾.

Ogólna ilość spostrzeżeń meningocelles sacralis anterioris jest bardzo szczupła, mimo to kazuistyka dotychczasowa jest wysoce pouczająca i ważna głównie dla ginekologa i akusзера, o ile zajdzie naprzykład powikłanie ciąży przez guz tego rodzaju; klinicznie ważną jest i dla internisty, starczy zwrócić uwagę chociażby na to, że pacjentka moja miewała stolce zaledwie raz na trzy do czterech tygodni z wielkim trudem i bólem i to jedynie po użyciu środków silnie rozwalniających.

SPOSTRZEŻENIE 1. Najdawniejsze spostrzeżenie opisał Virchow²⁾ oraz Foerster³⁾: hydrorrhachis sacralis,—preparat zbiorów anatomopatologicznych w Würzburgu nr. 1257.

Preparat pochodzi od 23-letniej puella publica, która przy pewnej okoliczności spadła do rowu fortecznego. Guz, istniejący od urodzenia, sterczał ku tyłowi miednicy małej. Textor i d'Outrepont rozpoznali w guzie hernia ischiadica vesicae urinariae per foramen ischiadicum majus. Główne dolegliwości chorej były incontinentia absoluta lotii oraz silne osłabienie dolnych kończyn. Przed siedmiu miesiącami osoba ta rodziła po raz drugi: od czasu porodu guz szybko się powiększał, siły opadały z dnia na dzień tak, że nareszcie chora zaledwie już z łóżka podnieść się była w stanie. Dokonano czterokrotnie nakłucia guza; przy pierwszym nakłuciu, dnia 13 marca 1856, podstawa guza miała 54 cent. obwodu, największy obwód na wysokości średniej wynosił 62 cent., obwód podłużny wynosił 42 cent. Drugiej punkcyi dokonano 2 kwietnia, trzeciej dnia 13 kwietnia, ostatniej dnia 7 maja. Po każdym nakłuciu chora dostawała silnej kolki oraz narzekała na cephalaea frontalis. Płyn, wypuszczony z guza, był jasny, żółtawy. Po ostatniem nakłuciu płyn się sączył przez dni cztery. Ósmego dnia wystąpiła zgorzel worka, powstało ropienie wewnątrz jego,

1) Właściwie nazwa *Uterus duplex* nie jest dokładna, ponieważ każda macica podwójna winnaby posiadać po dwa jajowody i po dwa jajniki, takich zaś spostrzeżeń istotnej podwójności macicy jak np. w przypadku, który opisał Creasdale, znam zaledwie dwa lub trzy z piśmiennictwa wszechświatowego. Z drugiej strony termin *Uterus duplex* jest tak utarty, że nie sposób go wyrugować; jeśli zachowujemy powyższe określenie, czynimy to cum grano salis.

2) VIRCHOW. *Geschwuelste*, I, str. 189.

3) FOERSTER. *Die Missbildungen des Menschen*. Jena, 1865, Tablica XXVI, rys. 22 i 23. (Patrz rys. 2.)

zjawiała się silna gorączka, dreszcze wstrząsające i bóle w grzbiecie. Podczas ostatnich ośmiu dni chora skarżyła się na bóle w klatce piersiowej i w grzbiecie. Dnia 24 maja, a więc w dziesięć tygodni po pierwszej punkcji, nastąpiła śmierć.

Ogłędziny pośmiertne. Na kości krzyżowej był osadzony worek wielkości główki noworodka, który łączył się przez bardzo wązki (zaledwie $1\frac{1}{2}$ mmm. szerokości mający) kanał z kanałem kości krzyżowej i workiem opony pajęczej (arachnoidea), ściany worka były bardzo grube (4—6 linij) i twarde, na wewnętrznej powierzchni bliznowate i jakby naskórkiem pokryte; pod powłoką wewnętrzną znaleziono liczne drobne ropnie; opona miękka (pia mater) prawie całego rdzenia była pokryta grubemi złożami włóknikoworopnemi, barwy zielonawo-żółtawej. Mózg oraz opony jego były przekrwione, na pia mater baseos znaleziono stare zgrubienie. Czaszka miała pokrywę kostną przerosłą, zgrubiałą, bardzo ciężką, o tkance nader zbitej. Szew czołowy (sutura frontalis) istniał jeszcze w górnej części.

Retroversio fixata uteri, liczne zrosty pomiędzy macicą a odbytnicą oraz zgięciem esowatem (flexura sigmoidea). Nephritis parenchymatosa w okresie zwyrodnienia tłuszczowego. W obydwóch płucach żółta hepatyzacja. (Diarium Instytutu anatomii patologicznej, 1856, nr. 90: Margarete Huber).



Rys. 2. Przypadek Virchow-Foerster.

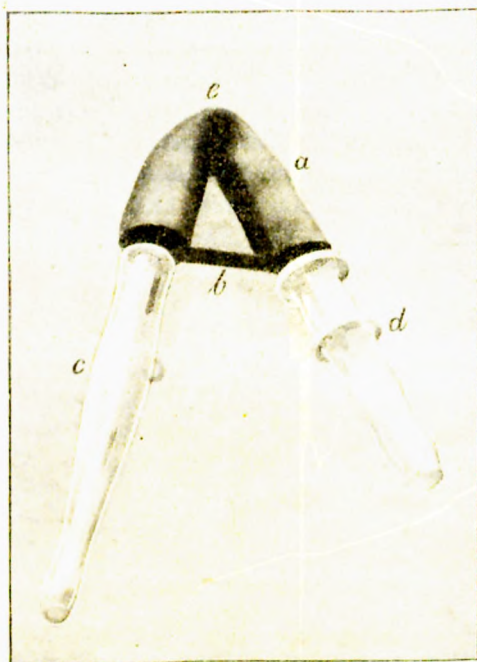
Na preparacie przepiłowano łuki kręgów lędźwiowych i pierwszego kręgu krzyżowego, oraz lewą połowę drugiego kręgu krzyżowego; reszty łuków kręgów krzyżowych brak, tak że kanał kości krzyżowej był otwarty szeroko ku tyłowi. Brakuje jednocześnie połowy 3, 4 i 5 kręgu krzyżowego; kanał kości krzyżowej jest znacznie rozszerzony. Kość ogonowa końcem swym jest wygięta ku stronie prawej i przyczynia się w taki sposób do częściowego zamknięcia otworu, z którego wystawał worek hydrorrhachidis.

Automatyczne zamykadło do irygatorów

PODAL.

JAN BORZYMOWSKI (Warszawa).

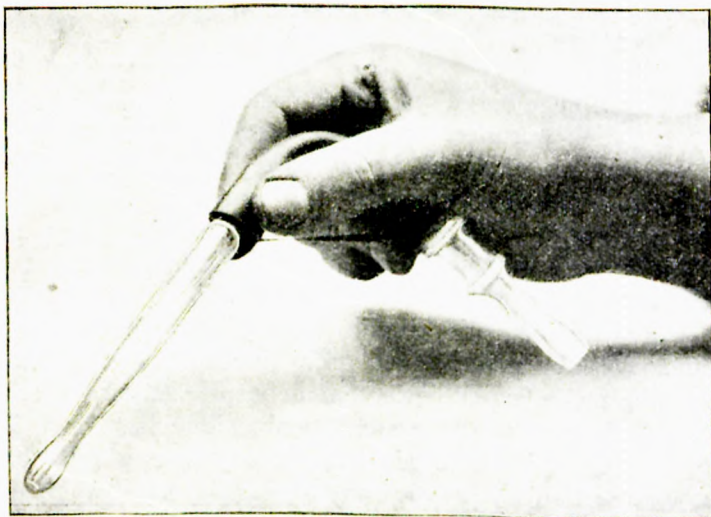
Zamykadło do irygatorów, które miałem zaszczyt przedstawić w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem i na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, składa się z grubej rurki gumowej (a), mocno przegiętej za pomocą paska gumowego elastycznego (b).



Rys. 3. Automatyczne zamykadło do irygatorów.

Miejsce przegięcia się rurki (e) stanowi zamek i nie przepuszcza nawet powietrza. Przekonać się o tem możemy, jeżeli, puściwszy przez otwarte zamykadło wodę, odejmiemy je od irygatora: wówczas woda pozostaje w obu ramionach zamykadła (c i d), wypełniając

je szczelnie. Za pomocą strzykawki również można stwierdzić dokładność zamknięcia, gdyż ani wody, ani powietrza nie można przetłoczyć przez miejsce e. Otwieramy zamykadło trzema palcami prawej ręki: dużym i wskazicielem trzymamy ramię c, a trzecim palcem odsuwamy w tył ramię d, prostując w ten sposób kolano e—przegięcie znika i woda swobodnie przechodzi przez rurkę. Za-



Rys. 4. Zamykadło otwarte.

mykanie odbywa się automatycznie, skoro tylko przestajemy rozsuwać ramiona c i d, pasek gumowy b, kurcząc się, zbliża do siebie obydwie ramiona zamykadła i znowu tworzy się przegięcie, zamykające światło rurki. Zamykadło to pod wieloma względami ma przewagę nad używanymi obecnie: 1) nie psuje się od gotowania i sublimatu; 2) łatwo daje się otwierać jedną ręką; 3) zamyka się automatycznie; 4) łatwo może być oczyszczone i 5) każdy może je sam zrobić, byle dobrał odpowiedniej grubości rurkę gumową.

Oderwanie się pępowiny od łożyska przy porodzie w pozycji stojącej

opisał BRONISŁAW SZYBOWSKI (Warszawa).

Według Spiegelberga pęknięcia sznurka pępkowego zdarzają się przy szybkich porodach, gdy płód znajduje zbyt małą przeszkodę do wyjścia, np. mały płód przy dużej miednicy. Ważnym warunkiem jest krótkość pępowiny lub zmiany w samej budowie sznurka pępkowego. Pęknięcia te bywają częściej przy porodach w pozycji stojącej, gdyż tu dominującą rolę odgrywa ciężar dziecka. Niebezpieczeństwa, wynikające stąd dla matki, są następujące: pęknięcie krocza, zwiótczenie (atonia) macicy, wypadnięcie jej lub wynicowanie. Dziecku prócz urazu grozi jeszcze krwotok, chociaż im dalej od pępka zachodzi pęknięcie, tem niebezpieczeństwo jest mniejsze. Pewną rolę odgrywa to, że dziecko pozbawione jest krwi, jaką mogłoby otrzymać, zanim naczynia sznurka pępkowego tętnić przestały.

Przypadek poniżej przytoczony zasługuje na uwagę z powodów następujących: urwanie pępowiny nastąpiło tuż przy samem łożysku; nie było krwawienia ani z powodu zwiótczenia macicy, ani z naczyń pępowiny; przypadek dotyczy rodzącej po raz pierwszy, przy miednicy prawidłowej i donoszonem dziecku (wagi 3200 gramów).

Helena P. lat 24, mężatka, przybyła do kliniki położniczej warszawskiej dnia 27 listopada 1903 roku o godz. 6 $\frac{1}{2}$ po południu, zawiadamiając, że 1 $\frac{1}{2}$ godziny temu urodziła dziecko stojąc, i że łożysko jeszcze nie odeszło.

Pacjentka, kobieta prawidłowej budowy i dobrze odżywiona, nie chorowała w dzieciństwie; matka jej żyje, ma lat 54, jest zdrowa; ojciec zmarł na gruźlicę w trzydziestym roku życia. Pierwsza miesiączka w szesnastym roku, następne typu $\frac{3-4 \text{ dni}}{4 \text{ tygodnie}}$, dość obfite, niebolesne. Rodziła po raz pierwszy; przebieg całej ciąży był prawidłowy. Bóle porodowe zaczęły się 27. XI. o godzinie siódmej rano, były dość słabe, wody płodowe odeszły o godzinie dwunastej

w południe. Mimo to rodząca, czując się dobrze, nie kładła się do łóżka. Około godziny czwartej wyszła na miasto i, wróciwszy po upływie godziny, weszła do mieszkania na trzecie piętro. Zaraz potem uczuła silne bóle i, zanim zdążyła się położyć, urodziła przy drugim bólu stojąc, przyczem pępowina urwała się, a dziecko upadło na podłogę, nie doznając wszakże żadnych obrażeń. Chora w tejże chwili położyła się do łóżka; krwawienia nie było. Nie mogąc doczekać się odejścia łożyska, pacjentka przybyła do kliniki. Jak opowiada, nikt nie wykonywał u niej żadnych rękoczynów. Pępowinę, znajdującą się przy dziecku, przewiązała i obcięła znajoma stróżka. Długości pępowiny określić nie umie.

Przy badaniu znalazłem nieznaczne krwawienie z części rodnych; niewielkie pęknięcie pochwy i krocza; dno macicy skurczonej słabo na połowie wysokości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym. Sznurka pępkowego nie widać nazewnątrz.

Po obmyciu chorej i uprzednim wypuszczeniu moczu z łatwością wycisnąłem łożysko wraz z nielicznymi skrzepami, wagi około 500 gramów, poczem zaraz macica skurczyła się dobrze.

Łožysko jak również błony wyszły całe, bez zmian widocznych; pępowiny niema; w miejscu jej przyczepu (insertio centralis) znajduje się powierzchnia okrągła wielkości rubla srebrnego, pozbawiona błon.

Pępowina, pozostała przy dziecku, wykazuje budowę prawidłową.

Po upływie ośmiu dni matka i dziecko wyszły zdrowe.

II.

SPRAWOZDANIA

LECZENIE KRWISTEKU ZAMACICZNEGO.

Zweifel.—The treatment of haematocoele. Leczenie krwisteku zamacicznego. (*The British Gynaecological Journal*, 1903, November, str. 212.)

Zweifel rozpoczyna swój odczyt od opisu preparatu ciąży pozamacicznej jajowodowej. Drobną odnogą kosmówki (chorion) wystaje w jednym miejscu nazewnątrz jajowodu z otworu malutkiego, zaledwie wielkości główki szpilki. Mimo to nastąpił olbrzymi wylew krwi do jamy brzusznej. Przypadek ten dowodzi mylności dawnych poglądów, że ściana ciężarnego jajowodu pęka przeważnie w trzecim miesiącu wskutek nadmiernego rozciągnięcia przez rosnące jaje. W danym przypadku miesiączka nie zjawiła się raz jeden tylko: w 8 dni potem, a w 5 tygodni po miesiączce nastąpił krwotok brzuszny, ciąża więc liczyła zaledwie 5 tygodni. Jaje niewiększe nad orzeszek laskowy nie mogło rozsadzić jajowodu przez zbyt wielkie rozciągnięcie ścian jego. Przedziurawienie zaszło przez proces czynny na drodze migracji do samej ściany jajowodu i jej arroyi. Klinika w Lipsku posiada kilka preparatów dowodzących, że łożysko może przerosnąć przez ścianę jajowodu i otrzewną. Migracja jaja do wewnątrz śluzówki jajowodu, zjawisko, które pierwszy zauważył Fueth, zostało już uznanem obecnie przez innych badaczy (Aschoffa, Kuehna etc). Śluzówka jajowodu posiada tak mało tkanki łącznej, że jaje bez wielkich trudności może tą drogą wdążyć do warstwy mięśni. W dalszym ciągu jaje dociera do otrzewnej, pokrywającej jajowód, i przedziurawia ją, ponieważ kosmki (villositates chorii) przerastają przez otrzewną. Krew wylewa się do jamy brzusznej w większej lub mniejszej ilości i krzepnie w następstwie, wytwarzając krwistek zamaciczny—haematocoele retrouterina. Trzydzieści lat temu przypuszczano, że krwistek zamaciczny powstaje wskutek urazu podczas miesiączki, że krew z jajowodów dostaje się do jamy brzusznej, i uznawano możliwość krwisteków zamacicznych u dziewic. J. Veit pierwszy dowiódł, że haematocoele powstaje po większej części wskutek krwawienia podczas ciąży pozamacicznej. Obecnie wielu ginekologów stanowczo twierdzi, że ciąża zboczona—*graviditas ectopica* jest nieomal jedyną przyczyną krwisteku zamacicznego. Kwestyę, czy krwistek w danym przypadku powstał skutkiem ciąży pozamacicznej, czy z innego powodu, rozstrzyga drobnowidz: skoro w jajowodzie znajdują

się produkty cięży, etyologia jest jasną. Krwistek zamaciczny innego pochodzenia jest wyjątkiem.

Przypuszczano, że przy każdym krwisteku zamacicznym poprzednio musi nastąpić pęknięcie jajowodu, dopóki Werth nie dowiódł, że krwistek może powstać bez jakiegokolwiek uszkodzenia ścian jajowodu, wskutek krwawienia ex orificio tubae do jamy brzusznej, a nawet, że całe jaje może być wydalone do jamy brzusznej—abortus tubarius, przyczem poronienie to może być zupełne—abortus tubarius completus albo niezupełne—incompletus. Od tego czasu każdy krwistek, powstający w pierwszych tygodniach po zatrzymaniu się miesiączki, uważano za oznakę poronienia jajowodowego, a dopiero katastrofy, następujące w trzecim miesiącu ciąży lub później przypisywano pęknięciu ścian jajowodu. Pogląd ten okazał się mylnym, albowiem w każdym bez wyjątku okresie ciąży jajowodowej jaje może przerastać przez ścianę jajowodu i wywołać krwotok brzuszny. Krew wylana podlega otorbieniu lub też nie. Nawet w przypadku wytworzenia się krwisteku zamacicznego, wskutek otorbienia krwi w jamie brzusznej, jaje swoją drogą może pozostać w jajowodzie, dalej się rozwijać i w innym miejscu przedziurawić znowu ścianę jajowodu w pewnym czasie po pierwszej arkozy: następuje wtedy druga katastrofa, ponowny wylew krwi do jamy brzusznej. Zweifel sam znajdował przy operacji prócz dawniejszego pochodzenia krwisteku świeżo do jamy brzusznej wylaną krew.

W dwóch przypadkach świeżego, jeszcze trwającego krwotoku do jamy brzusznej Zweifel znalazł otorbiony krwistek, wytworzony już dawniej. Jedna z tych chorych straciła tyle krwi, że podczas operacji oddechanie zaledwie było widoczne, a tętno ledwo wyczuwalne. Trzeba było chwilowo zamknąć jamę brzuszną, stosować sztuczny oddech, dokonać hypodermoklizmy i zastrzyknąć kamforę, zanim można było przystąpić do ukończenia zabiegu operacyjnego.

Jeśli ciężarna kobieta zapadnie nagle wśród objawów podrażnienia otrzewnej, jeśli stwierdzamy silne bóle w podbrzuszu, zapasć, wymioty, upadek tętna z podniesieniem ciepłoty lub bez niego, to primo loco wypada podejrzewać arkozy ściany ciężarnego jajowodu i jaknajprędzej do operacji przystąpić. Na takim stanowisku stoi dzisiaj większość ginekologów. Na Kongresie ginekologicznym w Halli, odbytym w roku 1888, Schwarz potępił wszelkie leczenie wyczekujące, zwalczał elektropunkturę i wstrzykiwania morfiny do worka płodowego etc., jako dyletantyzm. Przypadki gwałtownego krwawienia do jamy brzusznej, nie operowane zawczasu, zwykle kończą się niepomyślnie, gdy zawczasu operowane nawet przy tętnie prawie niewyczuwalnem dają rokowanie dobre. Operację można nazwać łatwą: chodzi tylko o szybkie odszukanie krwawiącego jajowodu i uchwycenie klampami, aby zatrzymać krwawienie. Zaraz po rozpoczęciu narkozy dokonywa się hypodermoklizmy słonej, po otwarciu jamy brzusznej podwiązuje się ja-

jowód i usuwa się krew z jamy brzusznej. Aby być pewnym, że wszystka krew, do jamy brzusznej wylana, zostaje usunięta, Zweifel każe unieść chorą tak, aby tułów stał prawie pionowo i krew z górnych części jamy brzusznej ściekała do zatoki Douglasa, skąd już łatwo ją usunąć. Co do sprawy usuwania krwi z jamy brzusznej, nie ma do dziś dnia jedności w poglądach różnych operatorów.

Veit i Martin odrzucali w Halli usuwanie krwi wylanej, licząc na jej rezorbccję; Schwarz żądał koniecznie doszczętnego usunięcia krwi wynaczynionej. Krew taka, pozostawiona w jamie brzusznej ma równać się nagromadzeniu prochu, który przy pierwszej sposobności może wywołać eksplozyę. Zweifel uważa tę krew jako materiał, który może stać się odżywką dla ustrojów chorobotwórczych. Pozostawienie krwi w jamie brzusznej wymaga wielkiej wiary w ścisłą aseptykę. Rzeczywiście krew ta może się wchłonąć, gdy nie przyjdzie do zakażenia, lecz któż może z góry ręczyć, że będzie tak a nie inaczej? Niestety zwolennicy tej tak zwanej autotransfuzji nie ogłaszają wyników swoich spostrzeżeń. Kwestya więc, jakie postępowanie jest lepsze, dotychczas nie jest rozstrzygnięta. Gdy się usuwa krew wynaczynioną, wymaga to więcej czasu i eo ipso daje więcej sposobności do wdrażenia pasożytów z powietrza sali operacyjnej i rąk operatora, niż gdy jamę brzuszną jaknajprędzej zamykamy.

Od roku 1890 Zweifel operował 14 razy w przypadkach rozpaczliwego krwotoku brzuszego w sposób powyżej opisany: wszystkie pacjentki wyzdrowiały, chociaż u kilku z nich podczas operacyi tętno art. radialis było niewymagalne. Cztery inne kobiety przywieziono w takim stanie, że zmarły albo w drodze do kliniki albo też podczas przenoszenia na salę operacyjną. W czterech z owych 14 przypadków prócz świeżego krwawienia znaleziono otorbiony krwistek zamaciczny.

Istnieją rzeczywiście przypadki, gdzie trudno jest zdecydować się na operacyę, lecz odpowiedzialność lekarza staje się mniejszą wobec dobrych wyników operowania zawczasu. Żona młodego lekarza w Lipsku zachorowała wśród objawów krwawienia do jamy brzusznej, wezwany lekarz skonstatował, o co chodzi, i żądał natychmiastowej operacyi; mąż nie śmiał rozstrzygnąć tej ważnej kwestyi i telegrafował do teścia. Ten zgodził się na operacyę, lecz po dwóch godzinach stan chorej o tyle się pogorszył, że po przewiezieniu do kliniki zmarła w sali operacyjnej zanim zdołano cośkolwiek zrobić.

Przypadki takie powinny być ogłaszane, aby nareszcie przekonać przeciwników wczesnej operacyi, że ich rada wyczekiwania jest zdradliwa dla chorej.

Wskazanie do otwarcia jamy brzusznej, podwiązania miejsc krwawiących oraz usunięcia krwi wynaczynionej są równe dla przypadków pierwotnego krwawienia jak i dla krwotoków wtórnych. Schwarz w Halli doniósł o przypadku, gdzie już od

8 dni istniał krwistek zamaciczny, a 9-go dnia w nocy wystąpił nagle tak gwałtowny nowy krwotok, że chora zmarła w klinice zanim można było przystąpić do operacji. Schwarzwald przypisywał nieszczęśliwe zejście w tym przypadku pęknięciu krwisteku, Zweifel zaś upatruje przyczynę wtórnego krwotoku w nowej arrozyi ściany jajowodu, w nowem przedziurawieniu. Wobec podobnych czterech przypadków własnych Zweifla z ostatnich czterech lat trzeba być nader ostrożnym przy rokowaniu, gdy mamy do czynienia z krwistekiem zamacicznym.

Thorn żąda w przypadkach krwisteku leczenia wyczekującego; wyjątek stanowi zropienie krwisteku. Dla niego badania Fuetha, Aschoffa i innych nie dowodzą niczego, ponieważ wtórne arrozje jajowodu ciężarnego mają być arcyzadkie. Zweifel przeciwnie kładzie nacisk na własne cztery spostrzeżenia, gdzie ponowny krwotok przy istnieniu haematocele dowodzi wtórnej arrozyi ścian jajowodu. Ze Zweifel widział aż dwa takie spostrzeżenia jednego dnia, jest to rzeczą przypadku. Jak dawniej nie widziano w ciąży jajowodowej przyczyny krwisteku zamacicznego, a dziś związek tych stanów jest ustalony, tak samo, zdaniem Zweifla, znaczenie wtórnych arrozji ścian jajowodu ciężarnego będzie z czasem ogólnie przyjęte.

Jak często przy istniejącym już krwisteku zdarzają się wtórne krwotoki? Trudno odpowiedzieć na to pytanie. Opisywano często nagle pogorszenia się stanu chorej, nowe napady objawów otrzewnowych, lecz w przypadkach, zakończonych śmiercią, rzadko kiedy dokonywano sekcji, — fakty tego rodzaju krytycznie zestawić jest zadaniem przyszłości. Zweifel w przeciągu ostatnich czterech lat widział około 100 przypadków ciąży pozamacicznej i w liczbie tej notował cztery razy wtórne przedziurawienia ścian jajowodu. W leczeniu krwisteku zamacicznego należy przeto w przeciągu pierwszych dwóch do trzech tygodni po powstaniu krwisteku być przygotowanym do natychmiastowej laparotomii na wypadek nowej arrozyi ścian jajowodu ciężarnego. W klinice można wyczekać bezpiecznie, ponieważ wszystko do operacji potrzebne jest zawsze gotowe. W prywatnej zaś praktyce powinniśmy ostrzedz osoby interesowane, że taka ewentualność zajść może każdej chwili.

Po rozpatrzeniu tych dwóch głównych wskazań do natychmiastowej interwencji operacyjnej, Zweifel zaznacza: zasadą postępowania leczniczego przy krwisteku zamacicznym ma być wyczekiwanie. Operacja, zdaniem Zweifla, jest tylko wtedy konieczną, gdy haematocele przechodzi w ropienie, gdy silne bóle trapią chorą ustawicznie, lub wreszcie gdy krwistek jest bardzo znacznych rozmiarów. Z operacją, gdy ma być dokonaną przy krwisteku zamacicznym, wypada zaczekać, dopóki krwistek nie będzie otorbiony.

Operacja krwisteku zamacicznego polega na kolpotomii tylnej, opróżnieniu jamy Douglasa palcami, wypłukaniu skrzepów i wypeł-

nieniu jamy krwisteku gazą jodoformową. Zabieg jest tak prosty, że można go dokonać bez uśpienia chorej. Należy bacznie uważać, by nie naderwać powłoki, otorbijającej krwistek, oraz nie zostawiać skrzepów, które mogłyby przejść następnie w stan rozkładu gnilnego. Jama krwisteku powinna być dostatecznie drenowana. Jeśli wszystko pójdzie dobrze, operacja ta, zdaniem Zweifla, nie jest niebezpieczną, i chora już po upływie 24 godzin może wstać z łóżka. Jeśli jest niemożliwym usunąć wszystkie skrzepy krwi, Zweifel dodaje laparotomię, opróżnia jajowód doszczętnie i zaszywa ranę od strony jamy brzusznej, tak iżby jama jajowodu była oddzieloną od jamy otrzewnej. Zweifel przyznaje się otwarcie, iż nieraz, obrawszy drogę pochwową, musiał dodać następnie laparotomię i odwrotnie.

Gdy chodzi o krwistek zropiały, nie ulega kwestyi, że wypada operować per vaginam, stosując szerokie cięcie, aby odpływ ropy był wolny, gdyż zatrzymanie produktów ropienia naraza chorą na śmierć septyczną. Zweifel nieraz widział w swej klinice fatalny przebieg krwisteku zamacicznego.

Co do wielkości krwisteku, która ma być wskazaniem do opróżnienia od strony pochwy, Zweifel widzi wskazanie do zabiegu, ilekroć krwistek dochodzi do górnego brzegu spojenia łonowego i przewyższa wielkością główkę noworodka, ponieważ wtedy potrzeba dla wessania się wiele tygodni lub miesięcy.

V. Scanzoni zestawil przypadki krwisteku zamacicznego, leczone w klinice lipskiej w przeciągu lat 10: od roku 1890 do roku 1899 było takich przypadków 211, a w przeciągu trzech i pół lat od stycznia 1900 do czerwca 1903—94. V. Scanzoni zdołał zbadać dalszy przebieg w 107 przypadkach: 57 chorych, leczonych wyczekująco, wyzdrowiało zupełnie, dwie chore uwolnione z kliniki były w następstwie operowane przez innych lekarzy na drodze brzusznej. Na 27 kolpotomij dwie kobiety zmarły, jedna z nich wskutek przebicia otorbienia krwisteku kanką irygatora, tak że płyn dostał się do jamy brzusznej; śmierć nastąpiła z powodu zapalenia otrzewnej. Druga z tych chorych zmarła wśród objawów niedrożności kiszki (ileus), silnie gorączkując już przy przyjęciu do kliniki. Na 40 laparotomij trzy chore zmarły; jedna wskutek ropnego zapalenia otrzewnej oraz gruźlicy jelit, druga, przyjęta w stanie rozpaczliwej niedokrwistości, zmarła w pół godziny po operacji, trzecia wreszcie zmarła wskutek pęknięcia zropiałego krwisteku do jamy brzusznej, które nastąpiło jeszcze przed wstąpieniem do kliniki. Uderzający jest wynik badań v. Scanzoniego: u pacjentek, leczonych wyczekująco, stwierdzono zupełne restitutio ad integrum narządów rodnych, jak to ujawniły późniejsze ciąży i porody. Pacjentki, leczone wyczekująco, tak samo szybko powracały do zdrowia jak pacjentki leczone przecięciem krwisteku od strony pochwy; po laparotomii leczenie było dłuższe, a nawet jedna z chorych pozostała niezdolną do pracy. Przyczyna tego ostatniego zja-

wiska nie jest jeszcze wyjaśniona. In summa na 211 przypadków (1890—1899) leczono wyczekująco 53—55%.

Statystyka ostatnich trzech i pół lat daje ściślejsze wyniki co do rokowania i leczenia. Na 94 spostrzeżeń Zweifel notował 9 razy arkozyę ścian jajowodu, w tej liczbie cztery przypadki wtórnej arkozy; 43 chore (45, 6⁰/₁₀) leczono wyczekująco; u 18 (20⁰/₁₀)—wykonano kolpotomię, u 33—wtórną laparotomię; w każdym z tych ostatnich przypadków skonstatowano, że jama brzuszna była już od dołu otwartą przez rękoczyn pochwoy, i że płyn irygacyjny dostawał się do jamy otrzewnej. Tylko jedna z 94 pacjentek zmarła na progu sali operacyjnej, zanim zdołano ją ułożyć do operacji. Wszystkie chore operowane wyzdrowiały.

Wobec wyników statystyki v. Scanzoniego, Zweifel przyznaje w wielu przypadkach zalety leczenia wyczekującego, lecz równocześnie zaznacza, że często zapisywały się do kliniki chore, znużone długotrwałym leczeniem w praktyce prywatnej i żądające pomocy szybkiej a doszczętnej, aby odzyskać zdolność do pracy. Zweifel każdej chorej objaśnia, jak kwestya stoi, i pozostawia jej do wyboru, czy woli długotrwałe leczenie wyczekujące czy też rękoczyn operacyjny. Ma się rozumieć w tych przypadkach krwisteku zamacicznego, gdzie niema periculum in mora. Pomiedzy pacjentkami Zweifel przeważa ilość niezamożnych, które liczą się z każdym dniem choroby i niezdolnością do zarobkowania. W niektórych przypadkach krew wylana wchłania się niezmiernie szybko, w innych znów rezorbeyca trwa bez końca; prawdopodobnie wchłanianie postępuje szybko, gdy chodzi tylko o krew w jamie otrzewnej; sprawa trwa dłużej, gdy skrzepy lub zaśniad krwawy leżą w jajowodzie. Nie posiadamy dotychczas środków, aby regulować proces wchłaniania się krwisteku. Jakież jest więc leczenie wyczekujące? Otwarcie mówiąc, lekarz tu mało wskóra, więcej sama przyroda. Natura sanat, medicus curat! Zalecano pędzlowania jodyną. Stosując te pędzlowania, Zweifel więcej dowierza wodolecznictwu i spokojowi w łóżku. Gdy chora za wcześniej wstaje, zwykle występują bóle. Bóle i zaparcie stolca leczy się symptomatycznie.

Na 94 przypadki seryi drugiej wypada 10% pęknięć ciężarnego jajowodu, gdy w pierwszej seryi notowano to zjawisko tylko w 5% spostrzeżeń. Fakt ten stoi w związku z udoskonaleniem rozpoznawania ciąży pozamacicznej i wcześniejszem przysyłaniem chorych do kliniki w celu dokonania operacji.

Różnica między poglądem Thorn'a a Zweifel'a nie jest tak wielka, jakby się zdawać mogło na pierwszy rzut oka: Thorn, obrońca wyczekiwania, leczył 65% chorych wyczekująco (139 przypadków na 215), Zweifel zaś, zwolennik wczesnej interwencji operacyjnej, leczył wyczekująco od roku 1890—1899: 53%, a od roku 1900—45%. Thorn nadużywał cokolwiek wyczekiwania a Zweifel interwencji, lecz niema zasadniczych różnic w postępowaniu obydwóch. Zweifel żąda operacji wczesnej głównie dla przypadków wtórnego

krwawienia, wtórnej arkozy ścian jajowodu, ponieważ widział osobiście szereg nieszczęśliwych zejść przy wyczekiwaniu, a z drugiej strony—ponieważ interwencya dawała mu wyniki zadawalniające.

FR. NEUGEBAUER.

TORBIELE POCHWY.

A. Falkner. — **Przyczynek do nauki o torbielach pochwy.** (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.* T. L. Zesz. 3.)

Jakkolwiek w ostatnich czasach zwrócono więcej uwagi na torbiele pochwy (Neugebauer, Zvejgbaum, Dawidson, Stokes, Graefe i t. d.), jednakże dotychczas nie opisano ani jednego przypadku złośliwego ich zwyrodnienia. Autor podaje przypadek, spostrzegany przezeń na oddziale prof. Wertheima u 70-letniej kobiety. Guz wielkości główki dziecka, usadowiony w tylnej ścianie pochwy, zajmuje ją od wejścia i wypełnia małą miednicę. Światło pochwy tak jest przezeń zwężone, iż zaledwo przepuszcza palec; części pochwowej dosięgnąć nie można. Chora uskarża się na dolegliwości przy oddawaniu moczu i bólesci przy wypróżnieniach. Po rozpoznaniu torbieli pochwy, nacięto ją i wypuszczono ciecz surowiczno-krwawą, a palec, wprowadzony do torbieli, usunął masy brodawkowe, które łatwo się rozkruszały. Badanie drobnowidzowe wykazało: Cystoma papillare proliferum rakowato zwyrodniałe.

W końcu autor przytacza jeszcze kliniczne i drobnowidzowe szczegóły czterech przypadków zwyczajnych torbieli pochwy, obserwowanych przez Kaltenbacha, Kleinwächtera, i dwóch, wziętych z protokółów pracowni w Bettina-Stiftung w Wiedniu.

R.

WYNICOWANIE MACICY Z POWODU WŁÓKNIAKA.

W D. Kołotinskij. — **Połnyj wyworot matki, obustowlennyj gromadnym fibroidom; opieracja.** Całkowite wycisowanie macicy, spowodowane przez olbrzymi włókniać; operacya. (*Russkij Wracz*, 1904, Nr 1.)

Jak widać z dotychczasowych opisów, z pośród guzów tylko łączno tkankowe—włókniać-mięśniaki, mięśniaki, mięśniako-mięsaki—powodowały wycisowanie macicy. Przypadków podobnych Atthill i Scanzoni zestawili dotąd zaledwie 22. Były to włókniać-mięśniaki podśluzówkowe i wszystkie posiadały podstawy mniej lub więcej szerokie.

Przypadek, operowany drogą pochwową przez autora i zakończony wyzdrowieniem, klinicznie nie wiele różni się od poznanych

dawniej. Wycięty guz ważył pięć funtów, wielkością swą znacznie przenosząc spostrzegane dotąd. K. radby to przypisać zwyrodnieniu mięsakowemu, które stwierdzone zostało w budowie guza pod drobnowidzem.

Za przyczynę wycisowania macicy, według autora, należy uważać nietylko wielkość guza, ile zwiotczenie mięśni tego narządu, na co wskazuje wiek chorych w opisywanych przypadkach (przeważnie między 40 a 46 rokiem życia). Sposób operowania, wybrany przez autora—odcięcie guza po założeniu przewiazki elastycznej—nie jest najlepszy. To też, jak było do przewidzenia, „pozostały kikut szybko skurczył się i zniknął w pochwie; przewiazka odpadła, co było powodem silnego krwotoku.“

J. IDZIKOWSKI.

ZAPALENIE OTRZEWNEJ ROZLANE.

J. B. Zeldowicz. — **Razlityje peritonity, wyzywajemyje bolezniami żeńskich połowych organow.** Rozlane zapalenie otrzewnej, wywołane przez cierpienia narządów rodnych kobiecych. (*Russkij Wracz*, 1904, Nr 3).

Dotychczasowy pogląd na sprawę rozlanych ropnych zapaleń otrzewnej, tych mianowicie, które autor nazywa „ginekologicznemi“, nie przestał być wysoce pesymistyczny. Powodem ma być ta okoliczność, że przypadki podobne „w ręce chirurgów dostają się rzadko, a ginekolodzy rzadko je operują“. Tymczasem z istoty swej cierpienia tego rodzaju powinny dawać lepsze znacznie rokowanie, niż inne rozlane ropne zapalenia otrzewnej, jak np. powstające po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego lub tyfusowe, gdzie przedostanie się części pokarmowych lub kału do jamy brzusznej znacznie osłabia odporność otrzewnej.

Na potwierdzenie swego zdania autor przytacza odpowiednią statystykę, zebraną w przeciągu lat ośmiu w Obuchowskim szpitalu kobiecym (Petersburg). Po wyłączeniu przypadków gruźliczych oraz poporodowych, autor na 272 rozlanych ropnych zapaleń otrzewnej znalazł 64 „ginekologiczne“, t. j. powstałe na gruncie ropnego salpingitis, salpingoophoritis, pelveoperitonitis i t. p., więc aż 35%. Z tych operowano przypadków 40, z których wyzdrowieniem zakończyło się 12 czyli 29%.

Odsetka wyzdrowień, odpowiadająca mniej więcej podanej przez Krögiusa dla zapaleń, wywołanych przez przedziurawienie wyrostka robaczkowego, byłaby, jak utrzymuje autor, znacznie wyższą, gdyby wcześniej przystępowano do operacji. W jego bowiem przypadkach chore poddawane były operacji średnio dopiero po 4—6 dniach od początku choroby. Zresztą nie we-

szły do statystyk i przypadki, należące do postaci Mikulicza zapaleń otrzewnej t. zw. postępujących, a dające rokowanie znacznie lepsze.

W końcu należy zaznaczyć, że 24 chore z ropnym zapaleniem otrzewnej „ginekologicznem“, leczone metodą wyczekującą, wszystkie zmarły, co wyraźnie świadczy o beznadziejności tej metody. „Żyły one średnio po 10 $\frac{1}{2}$ dni od początku zapalenia otrzewnej, co wskazuje na lżejszy przebieg cierpienia, niż u nieoperowanych z zapaleniem np. tyfusowem, które według tejże statystyki żyły 3–7 dni.“

J. IDZIKOWSKI.

TECHNIKA ZESZYWANIA POWŁOK BRZUSZNYCH.

Kschischo. — *Zur Frage des Bauchdeckenschnittes und seine Vereinigung.* W kwestyi przecięcia i zeszywania powłok brzusznych. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1904, N^o 5, 6, 7, 8.)

Autor w bardzo pracowicie napisanym artykule zestawia z piśmiennictwa przez różnych operatorów podawane kierunki cięcia na powłokach brzusznych i sposoby zeszywania, mające na celu zapobieżenie wytworzeniu się w bliźnie następczej przepukliny. Wszelkie te sposoby jednak nie zabezpieczają w zupełności od przepukliny, jakkolwiek odsetka tej dolegliwości coraz więcej się obniża. Autor opisuje szczegółowo cięcie i sposób szycia, używany od lat siedmiu przez Ascha we Wrocławiu. Cięcie skórne długości 7—9 cm. pośrodku między pępkiem a spojeniem łonowem na linii białej. Cięcie podłużne powięzi tuż obok linii białej w ten sposób, aby zarazem otworzyć przednią pochwę mięśnia prostego. Odsunięcie na bok tego mięśnia, przecięcie tylnej pochwy jego, otwarcie otrzewnej. Dokonanie operacyi, poczem po uskutecznieniu toalety jamy otrzewnej następuje zeszywanie otrzewnej szwem ciągłym katgutowym, rozpoczynając szew jedną nitką od góry, drugą od dołu; obie nitki wiąże się z sobą, gdy się spotykają. Sposób ten ma być o tyle praktyczny, iż przed samem zawiązaniem nitek można wyjąć z jamy brzusznej serwetkę gazową, którą kiszki były przykryte. Następnie nakłada się szew powięziowy, który musi być bardzo starannie dokonany. Szew ten wykonywa Asch silkwormem i w ten sposób go uskutecznia, aby jednocześnie zeszyć otwartą pochwę m. prostego bez wciągnięcia w szew samego mięśnia. Szwu tego nie należy zbyt mocno ściągać. Dla zapobieżenia kluciu końce silkwormu przypala się żegadłem Pacquelina. Skórę zeszywa się szwem podskórnym, do czego używa się nitki lnianej. Na tak zamknięty brzuch kładzie się kilka warstw gazy i waty i wszystko opasuje się flanelą szeroką na $\frac{1}{3}$ metra, spiętą agrafkami. Nitka ze szwu skórniego na dziesiąty dzień zostaje usunięta; chorą zatrzymuje się

w łóżku jeszcze $1\frac{1}{2}$ tygodnia, a 24 dnia wypisuje się z zakładu. W ten sposób od kwietnia 1897 do kwietnia 1903 r., t. j. w przeciągu pięciu lat, Asch operował 151 chorych, z których 92 następnie były badane. U 89 nie znaleziono śladu przepukliny, u trzech zaś była przepuklina t. j. u $3\frac{1}{4}\%$. Przepukliny te powstały u dwóch chorych po długotrwałych operacjach otoku ropnego jajowodów (pyosalpinx), przy których ropa wylała się do jamy brzusznej, co spowodowało ropienie w ścianie brzusznej; u trzeciej zaś chorej przepuklina wytworzyła się po cięciu cesarskiem z powodu przetoki w dolnym kącie rany brzusznej.

Między badanymi następczo choremi 10 było więcej niż 5 lat, 18 więcej niż 4 lata, 24 więcej niż 3 lata, 37 więcej niż 2 lata po operacji. W końcu swej pracy K. pomieszcza bardzo szczegółowy wykaz piśmienniczy, obejmujący 46 autorów szwu brzuszno. R.

ROZPOZNAWANIE CIĄŻY W MACICY DWUROŻNEJ.

J. Halban. — **Ein diagnostisches Zeichen für Schwangerschaft in einen Uterus bicornis.** Cecha rozpoznawcza ciężarnej macicy dwurożnej. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1904, Nr. 1.)

Za cechę ułatwiającą rozpoznanie ciąży w macicy dwurożnej uważa autor więz pęcherzo odbytnicowy (lig. vesico-rectale resp. lig. vesico-uterinum + lig. recto-uterinum), który od środkowej części wcięcia macicy, między obu jej rogami, łączy z jednej strony w kierunku wierzchołka pęcherza, z drugiej zaś—ku odbytnicy. Wiąz ten podczas ciąży łatwo wyczuć się daje. A. MAŁKOWSKI.

CIAŻA W UCHYLEKU MACICZNYM.

G. Schickele. — **Schwangerschaft in einem Uterusdivertikel.** Ciąża w uchyłku macicznym. (*Hegars Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie*, T. VIII, Z. 2).

Autor opisuje nadzwyczaj rzadki przypadek ciąży, worek płodowy bowiem stanowi uchyłek dna macicy, który stopniowo w miąższu macicy do tego stopnia rozwinął się i rozszerzył, iż usadowiony w nim płód mógł być donoszony. Za prawdziwością rozpoznania uchyłku macicznego przemawia obecność mięśni gładkich w ścianie worka płodowego, przejście otrzewnej macicznej na powierzchnię zewnętrzną worka płodowego, połączenie jamy worka płodowego z jamą macicy i brak udziału obu kątów jajowodowych macicy, a więc i części śródmiąższowej jajowodów w wytworzeniu worka płodowego. Poród płodu nastąpił drogą naturalną.

Powstanie uchyłku tego spowodowanem zostało, według autora, pęknięciem w dnie macicy przy jednym z poprzedzających porodów.

Załączone rysunki uwidoczniają doskonałe rozszerzanie się uchyłka i dają wyśmienity obraz powyższej ciąży.

R.

CIAŻA ŚRÓDMIAŻSZOWA.

Weinbrenner. — **Ueber interstitielle Schwangerschaft.** O ciąży śródmiaższowej. (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, T. LI, Z. 2.)

Rzadką tę postać ciąży zamacicznej Werth uznaje w tych razach, gdy jaje płodowe rozwija się w kierunku do ściany górnej i tylnej dna wśród mięśnia macicy, którym jest otoczone. Liczbę przypadków ciąży śródmiaższowej, opisanych i sprawdzonych autor podaje na 35. Jednakże od powyższego rozwoju, jakkolwiek rzadko, zdarzają się wyjątki, których dwa opisuje autor z oddziału Thorna w Magdeburgu. Pierwszy z nich szczególnie jest rzadki, gdyż w utworzeniu worka płodowego obok części macicznej jajowodu brała także udział cieśń jajowodu (isthmus).

Autor uważa za najlepszy podział ciąży śródmiaższowej podług Klebsa: 1. Ciąża maciczno-śródmiaższowa (Grav. utero-interstitialis), gdy rozwój jaja płodowego idzie w kierunku ku macicy; 2. Ciąża jajowodowo-śródmiaższowa (Grav. tubo-interstitialis), gdy rozwój jaja płodowego odbywa się w kierunku ku jajowodowi; 3. Ciąża śródmiaższowa właściwa (Grav. interstitialis propria), gdy jaje płodowe rozwija się wśród mięszu (mięśni) macicy.

Pod względem klinicznym zauważyć należy, iż przy tej postaci ciąży zamacicznej pęknięcie następuje wcześniej (najczęściej w trzech pierwszych miesiącach), powodując niebezpieczny krwotok. Operować należy drogą cięcia brzuszego. Czy macicę należy zachować lub usunąć, to zależy od przypadku operowanego. U kobiet młodych, jeżeli macica nie jest zakażona i wydaje się zdolną do swych czynności, należy ją zachować. Starać się trzeba szczególnie we wczesnych miesiącach w zupełności usunąć worek płodowy, okroiwszy naokoło w ten sposób, aby mieć równe i gładkie brzegi rany do połączenia z sobą.

R.

CIAŻA BRZUSZNA WTÓRNA.

O. Nebesky. — **Z kazuistyki ciąży brzusznej.** (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1904, Nr 7.)

Pierwotnej ciąży brzusznej nie znamy: przy ciąży zamacicznej albo jajowód, albo pęcherzyk Graafa są miejscami przyczepu jaja. Po pęknięciu worka płodowego wraz z podścieliskiem płód zwykle zamiera; dzieje się to bądź z powodu krwotoków między łożyskiem a miejscem jego przyczepu, bądź też z przyczyny, że jaje nie od razu

znajduje odpowiednie miejsce do dalszego rozwoju. Bardzo rzadko płód rozwija się dalej po wypadnięciu do jamy brzusznej; ogłoszono w literaturze podobnych przypadków 24, autor zaś opisuje 25-ty. Przypadek dotyczy 35-letniej wieloródki. Trzy porody, ostatni przed sześciu laty. Przebieg ciąży czwartej był następujący: Po dwumiesięcznym zatrzymaniu peryodu, w trzecim miesiącu krwotok i objawy zapalenia otrzewnej trwają ośm dni; znów dwa miesiące przerwy w peryodach, a w piątym wyraźne ruchy dziecka. Pod koniec piątego miesiąca silne krwawienie. W szóstym i siódmym miesiącu brak peryodu, w ósmym krwawienie; od tego czasu regularne miesięczkowanie. Od siedmiu miesięcy wymiary brzucha zmniejszyły się, ponieważ jednak nie wróciły do normy, przeto chora zwróciła się o poradę do kliniki.

Przy badaniu znaleziono guz w lewej połowie brzucha; guz rozciągał się od miednicy ponad pępek i kończył się na środkowej poprzecznej linii brzucha. Prawe przydatki macicy powiększone, dochodzą do wielkości pięści. Przy laparotomii znaleziono w jamie brzusznej płód siedmiomiesięczny płci żeńskiej, zwrócony plecami do środkowej linii brzucha; twarz miał zwróconą w tył i na lewo. Błon płodowych nie było, pepowina długości 30 cm. łączyła płód z owym guzem w prawych przydatkach macicy. Guz ten dzieli się na dwie części: wewnętrzna okazuje pod drobnowidzem budowę jajowodu i zawiera dużą jamę, wypełnioną skrzeplą krwią; druga, zewnętrzna, do niej przylegająca, ma budowę łożyska, które już w znacznej części uległo martwicy (nekrozie). Płód leżał swobodnie między kiszkaami, plecki były zrośnięte z sicią na dużej przestrzeni; guz przydatków prawych zrośnięty z macicą, ścianą miednicy, kiszkaami i wyrostkiem robaczkowym. Zarówno płód jak i guz przydatków usunięto. Prawy jajnik i lewe przydatki, jako zdrowe, zostawiono. Wyzdrowienie. Autor tak komentuje przypadek: ciąża jajowodowa pęka w trzecim miesiącu, płód wpada do brzucha i wywołuje tam (teorya Küstnera) objawy zapalenia otrzewnej; łożysko zaś jajowodu zostaje na miejscu. Płód rozwija się dalej, aż do sześciu miesięcy: wtedy łożysko częściowo się odkleja i zrasta się ze strzępkami (fimbriae) jajowodu; płód jednak w tym czasie zamiera, kureczy się, wody ulegają wessaniu, przez co i wymiary brzucha się zmniejszają.

Z. MONSIORSKI.

LECZENIE PEKNIĘĆ KROCZA.

G. Vogel. — *Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses.* — **I. Eversmann.** — *Ueber die Behandlung des frischen Dammrisses.* O postępowaniu leczniczym przy świeżych pęknięciach krocza. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1904, Nr. 8).

Obydwie prace o charakterze przeważnie polemicznym napisane są w odpowiedzi na artykuł Hegara, zamieszczony w Nr. 44

Münchener med. Wochenschrift, 1903 r. Hegar wystąpił jako zdecydowany przeciwnik zeszywania świeżo pękniętego krocza nie tylko pierwszego ale drugiego i trzeciego stopnia, stanowczo twierdząc, że pęknięcia krocza goją się doskonale i bez szycia, a jedynym warunkiem rychłozrostu jest, zdaniem Hegara, ogólny dobry stan położnicy. O ile się wszakże krocze zeszywa—nie otrzymuje się zwykle spodziewanych wyników. Przyczyną tego są trudności, jakie napotyka lekarz przy operacji na mięsie, — a więc brak należytego światła, niedostateczność pomocy i odpowiedniego otoczenia. Hegar twierdzi dalej, że lekarz, zeszywający krocze, naraża położnicę na zakażenie za pośrednictwem szwów, narzędzi i t. p.

W szeregu przeciwwskazań do zeszywania krocza Hegar stawia: 1) ogólny zły stan chorej (niedokrwistość, wyczerpanie sił); 2) zły stan odżywiania części rodnych zewnętrznych (tkanki zmiażdżone); 3) zupełne pęknięcie krocza. Dla poparcia swoich wywodów Hegar podaje tablice z kliniki Chrobaka, gdzie miano stwierdzić, iż położnice z zeszytem kroczem na ogół gorączkowały więcej, aniżeli te, u których w okresie poporodowym nie były wykonywane żadne zabiegi operacyjne. Żadne z twierdzeń Hegara nie znalazło obrońców w Voglu i Eversmannie.

Pęknięcie krocza, zdaniem Vogla, nie jest dla położnicy zdarzeniem bez znaczenia, i nie tylko nie wolno zarzucać zeszywania, lecz przeciwnie należy zwrócić pilną uwagę, aby zeszywanie w każdym przypadku było możliwie dokładne.

Niestety zabieg ten traktowany jest po macoszemu tak w podręcznikach, jak nawet w szpitalach i klinikach. Autor zapewnia, że każdy początkujący lekarz byłby stokroć wdzięczniejszy swoim nauczycielom, gdyby mu w swoim czasie zamiast wielkich operacyj pokazano, jak się umiejętnie zeszywa krocze, pęknięte podczas porodu. Jeśli pomijamy niekiedy zeszywanie krocza przy nieznacznych pęknięciach pierwszego stopnia, to robi się to nie z obawy przed zakażeniem, lecz w przekonaniu, że całość i wytrzymałość krocza nie została naruszona. To też przy pęknięciach drugiego stopnia, gdzie warstwa przerwana składa się ze skóry, mięśni i powięzi, należy krocze zeszyć, aby dać możność przepołowionym tkankom utworzyć znowu jedną całość. Że i bez zeszywania może się czasami krocze zrastać, o tem wszystkim wiadomo — ale w jakich warunkach? Potrzeba do tego, aby chora, stosownie do przepisu Hegara, przeleżała ze związanymi nogami przez 8—10 dni po operacji! Co do obaw Hegara o zakażenie przez samo szycie—obydwaj autorowie zgadzają się na jedno: o ile tylko lekarz postara się wymyć ręce i zdezynfekować je bez zarzutu a narzędzia i nici posiada w należytych porządku, o zakażeniu w ścisłym znaczeniu nie może być mowy. Narzędzia, wyjałowione w domu, przynosi się z sobą; można je rozłożyć na podstawce z roztworem lysolu. Obok na krześle stawia się zanurzony w wysokoku materyał do szycia; do oświetlenia wystarcza jednej świecy stearynowej. Przy szyciu kro-

cza Eversmann przekłada boczne położenie: jest ono przyjemniejsze dla chorej i dogodniejsze dla lekarza. Po obejrzeniu pęknięcia lekarz wysusza ranę wacikiem, usuwa zmiążdżone tkanki, wygładza brzegi i przystępuje do szycia. Należy się trzymać zasady, że każdy szew powinien przejść przez całą masę tkanki pod powierzchnią rany: w ten sposób unikamy wytwarzania się t. zw. martwych przestrzeni. Jako nici Vogel zaleca katgut kumulowy Kröniga; Eversmann jest za silkwormem, który przy dostatecznej mocy daje się łatwo wyjąławić (przez gotowanie) i przechowywać.

Obydwaj autorzy radzą nakładać szwów nie wiele, nie zaciskać mocno rany, palcami nie dotykać: a w większości przypadków otrzymuje się zagojenie doraźne. Zdaniem Eversmanna, zeszyte kroczce nie wymaga po operacji żadnej prawie opieki. Szwy zdejmować należy siódmego lub ósmego dnia.

Vogel i Eversmann nie godzą się również na zapatrywanie Hegara co do postępowania przy pęknięciach kroczca zupełnych. Zdaniem obydwóch, należy je zeszywać i to jak najprędzej: jedwabiem lub silkwormem zespala się przerwany zwieracz (sphincter ani), szwem ciągłym katgutowym łączymy ściany кишки i pochwę i na koniec jedwabiem lub silkwormem samo kroczce. Co do środka przeczyszczającego, to Vogel daje go chorej natychmiast po zabiegu, Eversmann dopiero na piąty dzień.

Na zakończenie Vogel cytuje artykuł 230 Kodeksu pruskiego, który wkłada na lekarza wysoką odpowiedzialność za niezeszytanie kroczca.

J. ŚLĄSKI.

CIECIE CESARSKIE POCHWOWE.

W. Rühl. Zur Technik des vaginalen Kaiserschnittes bezw. vorderen Uterus-Scheidenschnittes (Hysterotomia vaginalis anterior). Przyczynę do techniki cięcia cesarskiego pochwowego resp. przecięcia macicy pochwowego przedniego. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1904, Nr. 2.)

Uwagi swoje autor opiera na podstawie dziewiętnastu przypadków z praktyki własnej. Przed operacją właściwą uważa on za konieczne rozszerzanie przewodu szyi macicznej na drodze tępej, wystarcza wtedy daleko mniejsze cięcie, a jednocześnie usuwamy niebezpieczeństwo zatrzymywania się odchodów połogowych.

Długość cięcia zależy w znacznej mierze od stopnia podatności tkanek; w warunkach normalnych, aby móżdż przeprowadzić główkę donoszonego płodu, wystarcza 7-9 cm. Na szczególne wyróżnienie zasługują tu przypadki, w których dokonano uprzednio pochwowego przyszytania macicy (vaginofixatio). W wybitnych przypadkach tego rodzaju spotykamy tak znaczne odchylenie ku tyłowi

szy macicznej, iż nawet przy zupełnie otwartem ujściu zewnętrznem pomiędzy przednim brzegiem tegoż (resp. przednią wargą) a tylną ścianą miednicy nie znajdziemy dość miejsca dla przejścia główki. Wielce pouczający jest następujący przypadek autora: po wymóżdzeniu nie mógł on dokonać wydobywania płodu i, mając do wyboru pomiędzy cięciem cesarskiem brzuszkiem a przecięciem macicy pochwowem przedniem, wybrał to ostatnie. Autor nie może powstrzymać się od wyrażenia żalu, że „gdyby wpadł wcześniej na tę myśl, byłby z pewnością wydobyl plód żywy“. Aczkolwiek operacya w podobnych przypadkach (po waginofiksacyi) bywa technicznie daleko trudniejsza od typowego cięcia cesarskiego pochwowego, to jednak przez cięcie macicy pochwove przednie osiągamy tę korzyść, że ze względu na zrosty, wytworzone między ścianą przednią macicy a pochwą prawie nie jesteśmy narażeni na zranienie pęcherza, jeśli tylko w prowadzeniu cięcia będziemy się ściśle trzymali starej blizny.

A. MAŁKOWSKI.

O KWILENIU ŚRÓDMACICZNEM.

- 1) **A. Sippel.** — **Ueber Vagitus uterinus.** O kwileniu śródmacicznym. (*Centr. f. Gyn.* 1903, Nr 47.)
- 2) **W. Thorn.** — **Bemerkungen zu dem Aufsatz A. Sippel's „Ueber Vagitus uterinus“.** Uwagi do artykułu Sippela: „O kwileniu śródmacicznym“. (*Centr. f. Gyn.*, 1904, Nr 1.)
- 3) **A. Sippel.** — **Ueber Vagitus uterinus Erwiderung auf die Bemerkungen W. Thorn's.** O kwileniu śródmacicznym (Odpowiedź na uwagi Thorna). (*Centr. f. Gyn.*, 1904, Nr 5.)

Na Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich we Frankfurcie n. M. 1896 r. Thorn wygłosił odczyt o kwileniu śródmacicznym. Prelegent zdawał sprawę z przypadku, w którym przy wąskiej miednicy i nierozciągliwej szyi założył metreurynter i napełnił go powietrzem; balon pękł, a zaraz potem obecni usłyszeli krzyk dziecka. Krzyk powtarzał się dwa razy, a za każdym razem składał się z trzech dźwięków. Thorn założył balon powtórnie, przyczem wyszło trochę powietrza i wód. Wkrótce urodził się zupełnie zdrowy chłopiec.

Sippel podaje krytyce przypadek Thorna, gdyż nie wierzy wogóle w możliwość vagitus uterini. Rozumuje tak: jeżeli balon pękł, to znaczy, że ciśnienie w macicy było większe, niż w balonie; że tak istotnie było, dowodzi fakt, że powietrze poszło w kierunku pochwy, a nie do macicy. W tych warunkach krzyk dziecka nie był możliwy. Cóż tedy obecni słyszeli? Słyszeli, według Sippela, dźwięki, które powstały albo przez drganie pękniętej błony balonu albo przez drganie naprężonej fałdy pochwovej. Sippel miał sam

podobny przypadek, gdzie przy obrocie dziecka wyraźne drganie fałdy pochwowej na tylnej powierzchni jego ręki wywołało powstanie dźwięków. Jednym słowem Sippel nie wierzy w istnienie vagitus uterini a powstawanie dźwięków tłomaczy w wyżej przytoczony sposób.

W odpowiedzi swej Thorn zgadza się na to, że powietrze przy wychodzeniu przez pochwę może wywołać dźwięki; atoli w jego przypadku był to napewno krzyk dziecka, który niezmiernie zdziwił 2-ch lekarzy i położną. Thorn tłomaczył swój przypadek przez odruchowe podrażnienie mięśni oddechowych bez właściwego pęcherzykowego oddechu płucnego i omawiał mechanizm odruchu nerwów czuciowych, oraz oddech i kwilenie b. wczesnie urodzonych płodów.

Sippel jeszcze raz wrócił do tego przedmiotu, ponawiając swe twierdzenia i wywody. Jako przykład, że płód nie tak łatwo reaguje na zewnętrzne bodźce, przytoczył różne operacye położnicze, przy których jednak dziecko nie krzyczy ani nie oddycha; mówi między innymi i o cięciu cesarskiem, przy którym powietrze wchodzi do macicy, a jednak nieraz dość długo czekać trzeba, nim się apnoe dziecka skończy.

Z. MONSIORSKI.

J. C. Bacura. Vagitus uterinus. (*Centr. f. Gyn.*, 1904. Nr 5.)

Autor stara się dowieść, że nietylko vagitus uterinus, ale i urodzenie się po niem żywego dziecka godzi się z fizyologią i daje się łatwo wytłomaczyć. Przypadek, który posłużył autorowi za podstawę do artykułu, jest następujący. Z powodu płaskiej rachitycznej miednicy (conj. vera 8) chora przeszła raz embryotomię; przy drugiej ciąży wyjawiała życzenie posiadania żywego dziecka, ale na cięcie cesarskie się nie godziła. Przystąpiono więc do wywołania przedwczesnego porodu w 8-ym miesiącu. Przebieg: położenie czaszkowe, metreurynter, rozwarcie ujścia na wielkość dłoni, przerwanie pęcherza płodowego, wypadnięcie pępowiny, daremne wysiłki repozycji, obrót. Gdy kolanko pokazało się nazewnątrz, dziecko wyraźnie dwa razy zakrzyczało w macicy. Tętno serca dziecka stały się słabe i nieregularne. Extractio. Po $4\frac{1}{2}$ godzinach życia dziecko zmarło, jak wykazała sekcyja, z powodu przerwania kręgosłupa w okolicy karkowej. Autor stawia krzyk dziecka w zależności od tego uszkodzenia, jeżeli nastąpiło ono przy obrocie, ale robi uwagi, że mogło się ono wydarzyć i przy ekstrakcyi.

Oprócz swego przypadku autor zebrał 50 innych od roku 1880. Dla powstania vagitus uterini konieczne są dwa warunki: przerwanie pęcherza płodowego i dostanie się powietrza. Aby objaśnić mechanizm tego zjawiska, autor przypomina, iż, według Schwartza, pierwszy oddech wywołany bywa przez przerwanie krążenia łożyskowego oraz działanie zewnętrznych bodźców na skórę. To samo dzieć się musi w macicy.

Powietrze dostaje się do macicy przy licznych operacjach aku-szeryjnych. Zaburzenie krążenia w pępowinie również często się zdarza a powstać może nawet pod wpływem bodźców termicznych; autor sądzi, że temperatura powietrza, które się do macicy dostało, może być bodźcem dość silnym, by wywołać zaburzenie w krąże-niu krwi w pępowinie. Przytem możemy nie konstatować żadnych zmian w działalności serca płodu, gdyż te następują tylko przy asfiksyi, a wdech powietrza może tylko od niej chronić. Słowem jedno tylko dostanie się powietrza do macicy może samo przez się wywołać kwilenie dziecka. Z 50 przypadków, studyowanych przez autora, w 34-ch dziecko urodziło się żywe, i to nieraz po kilku dniach od chwili wydania krzyku w macicy. Tłomaczy się to od-pornością płodu na bodźce, wywołujące asfiksyę, a po drugie — powracaniem do ładu krążenia w pępowinie.

Płód narażony bywa na niebezpieczeństwo wciągnięcia płynu do płuc, który to płyn może jednak narówni z powietrzem uledez wessaniu.

Z. MONSIORSKI

ZAPOBIEGANIE ROPNEMU ZAPALENIU SPOJÓWEK U NOWORODKÓW.

Dauber. — **Zur Prophylaxe der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum.** Za-pobieganie zapaleniu rzeżączkowemu oczu u noworodków. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 7.

Na zasadzie doświadczeń, przeprowadzonych w klinice prof. Hofmeiera w Würzburgu z rozmaitemi środkami (argentum nitricum, argentum aceticum, protargolum), okazało się, że zalecane przez Crédégo zapobiegawcze wkraplanie jednoprocetowego roz-tworu azotanu srebra przy rzeżączkowem zapaleniu oczu u nowo-rodków dało najlepsze wyniki. Autor żąda obowiązkowego zapro-wadzenia powyższego wkraplania, połączonego z obowiązkiem za-wiadomienia o każdym przypadku zachorzenia rzeżączkowego oczu. (Prof. Chrobak w Wiedniu na początku r. b. złożył referat w Naj-wyższej Radzie Zdrowia o obowiązkowem wprowadzeniu sposobu Crédégo; żąda on również obowiązkowego zawiadamiania o każdym przypadku blenorrhoeae neonatorum. (*Przyp. sprawozd.*) R.

PĘCHERZYCA NOWORODKÓW.

Ant. Heugge. — **Pemphigus neonatorum sive contagiosus.** Pęche-rzyca noworodków. (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gy-näkologie*, 1904, T. XIX, Zesz. I).

Autor opisuje endemię rzadkiego cierpienia: pęcherzyca nowo-rodków (pemphigus neonatorum sive contagiosus), którą w czerwcu 1903 roku spostrzegął w klinice położniczej w Gryfii.

Na omawiane cierpienie zapadły dwie położnice i czworo noworodków. Jedna z położnic karmiła troje dzieci: swoje własne i dwoje—sąsiadek. U położnicy tej, jednej z jej sąsiadek i wszystkich trojga dzieci wystąpiła pęcherzyca. Jednocześnie z przypadkami pęcherzycy pokazywano studentom noworodka z powodu zniekształcenia główki, które powstało przy przejściu przez zwężoną miednicę. Studenci podczas badania dotykali chorych na pęcherzycę a następnie główki noworodka; na główce po kilku dniach wystąpiły charakterystyczne pęcherzyki.

Za źródło endemii w danym wypadku autor podaje odchody połogowe jednej z położnic, której dziecko było karmione przez sąsiadkę. Objawy pęcherzycy ukazały się przedewszystkiem na kroczu. Chora nie gorączkowała; wydzielina połogowa pomiędzy piątym a dziewiątym dniem po porodzie była mocno cuchnąca; zwiżanie się macicy (involutio uteri) postępowało bardzo powoli.

Pierwsze objawy chorobowe u drugiej położnicy (tej, która karmiła troje dzieci), wystąpiły wokolicy obydwóch sutków (mammae). W pięciu pierwszych przypadkach pęcherzyca rozwinęła się na całym ciele. W 1—3 dni po wystąpieniu pęcherzyków ukazały się liczne czyraki (furunculi). W przypadku szóstym, ostatnim, sprawa chorobowa ograniczoną była li do części uwłosionej główki noworodka.

Wszystkie przypadki miały przebieg bezgorączkowy i zakończyły się pomyślnie. Po 10—12 dniach, a w szóstym przypadku już po pięciu dniach można było uważać wyleczenie za zupełne.

Leczono w sposób następujący: dwa razy dziennie przekuwano pęcherzyki (nawet na powiekach), przemywano 50% wyskokiem a następnie 1‰ roztworem sublimatu. Dzieci były kąpane codziennie, po kąpielach zaś obsypywano ciała ich pudrem.

Podług najnowszych badań okazuje się, że pęcherzycę najczęściej wywołuje gronkowiec złocisty i biały (staphylococcus aureus et albus) [Bergholm] i gronkowiec ropotwórczy żółty (staphylococcus pyogenes luteus) [Brosin].

Zdaniem Heuggego pęcherzyca powstaje wskutek zakażenia powierzchownych warstw skóry gronkowcem złocistym, którego obecność we wszystkich sześciu przypadkach wykazało badanie bakteriologiczne, dokonane przez autora.

Co się tyczy rokowania, nie zawsze jest ono tak pomyślne, jak podczas opisanej endemii, zwłaszcza, jeśli występują powikłania, np. niezbyt kiszek.

Autor zwraca uwagę na podobieństwo i pewne pokrewieństwo pomiędzy liszajcem zaraźliwym (impetigo contagiosa) a pęcherzycą, występującą w połączeniu z czyrakami.

HENRYK ALTKAUPER.

III.

ZJAZDY I TOWARZYSTWA LEKARSKIE

Z X ZJAZDU GINEKOLOGÓW NIEMIECKICH.

Wyrwanie całej macicy przy wyjmowaniu ręcznym łożyska. Na X Kongresie ginekologicznym niemieckim w Würzburgu (1903) prof. v. Rosthorn demonstrował **macicę połogową wyrwaną z łożyska matki.** Lekarz był wezwany do kobiety po raz szósty rodzącej dla usunięcia łożyska z powodu silnego krwotoku. Wprowadzenie ręki do macicy wywoływało silne bóle, nareszcie lekarz po długich usiłowaniach wydobyl pod narkozą ciało, które, jak się pokazało, było całą macicą wraz z prawostronnemi przydatkami. Rana na tylnej powierzchni preparatu w miejscu przerwania łączności z pochwą jest postrzępiona, na przedniej powierzchni jak nożem cięta. Z ujścia macicznego zwiesza się pępowina. Łożysko zajmuje całą przednią ścianę i ściśle wypełnia jamę maciczną. Następstwem nieumiejętnego postępowania była śmierć położnicy wskutek krwotoku; śmierć nastąpiła dopiero po 10 godzinach. Przyczynę jej ujawniła sekcya sądowo-lekarska. Mała miednica była wypełniona skrzepami krwi; po usunięciu ich znaleziono otrzewną, oderwaną dookoła miejsca rany głównej, a obnażone po części mięśnie znacznie przekrwione. Przydatki lewostronne macicy leżały w swoim miejscu; stwierdzono brak częściowy tylnej ściany pęcherza moczowego oraz górnej części przedniej ściany pochwy.

Wypada przypuszczać, że albo ręka, wprowadzona do pochwy, przedarła bez wielkiego oporu tylne sklepienie, albo też, że istniało tam już samowolne pęknięcie (kolpaporrhaxis posterior) inaczej nie sposób wytłumaczyć sobie pomyłki lekarza. Sprawa miała być rozpatrywana sądownie.

OLSHAUSEN zaznaczył w dyskusyi, że istnieje w piśmiennictwie cały szereg spostrzeżeń podobnych. Wyrwanie całkowite macicy tłumaczy się nadmierną kruchością i miękkością tkanek in puerperio. Muzeum w Halli posiada podobny preparat, nadesłany przez lekarza z Pomeranii. Jest godnem podziwu, że kilka kobiet, którym wydarto macicę połogową, wyzdrowiało pomimo tak straszego urazu.

DOEDERLEIN zwraca uwagę na dysertacyę Bernharda Breslauera, drukowaną w roku 1852 w Monachium: „De totius uteri exstirpatione“. Spostrzeżenie dotyczy kobiety, która również wyzdrowiała.

SCHATZ przytoczył spostrzeżenie własne: lekarz po dokonaniu obrotu na nóżkę i wydobyciu tułowia, nie mógł wydostać główki i wezwał Schatza. Po wydobyciu główki okazało się, że łączność

szy macicznej z sąsiedztwem była przerwana dokoła z wyjątkiem pasma tkanek na 5 cent. szerokiego. Bardzo łatwo można było w tym przypadku wyrwać całą macicę. Chora wyzdrowiała, lecz pozostała szeroka przetoka moczowa maciczno-pęcherzowa (fist. cervico-utero-vesicalis).

KUESTNER był wzywany do sądu jako biegły w sprawie podobnej. Lekarz wydobyl łożysko w kilka godzin po porodzie, jak się okazało, nie tylko łożysko, ale i całą macicę. Ręka przypadkiem przedarła miękką tylną ścianę szyi macicznej, brzeg skurezonego ujścia wewnętrznego macicy był wzięty mylnie za brzeg łożyska. Położnica zmarła.

[Referent zna podobne spostrzeżenie, ogłoszone ze 30 lat temu przez Freunda; dalej zna jedno jedyne spostrzeżenie **wyrwania macicy nieciężarnej**, opisane przez Schmalfussa w *Centralblatt für Gynäkologie*, 1886. Wydarcie macicy w tym przypadku było połączone z doszczętnym przerwaniem septi recto-vaginalis. Czterdziestoletnia kobieta pijana wałęsała się z dwoma mężczyznami po ulicach Hamburga i odbyła spółkowanie. Po tym akcie nagle uczuła silny ból w brzuchu i zemdlała. Działo się to późnym wieczorem, nazajutrz około południa policya znalazła ją nieprzytomną i odwiozła do szpitala. Cała odzież była krwią przesiąkła. Niedokrwistość uderzająca. Przed sromem leżała jakaś masa mięsna, krwią i ziemią pokryta, na pierwszy rzut oka wyglądająca jak łożysko; była to macica wyrwana tak, że wisiała jedynie na części przedniego sklepienia i na lewym więzie szerokim. Cała przednia ściana odbytnicy i kroczce były rozdarte; macica skierowana była ujściem zewnętrznym szyi ku górze i ku przodowi, dno zaś leżało u dołu. Podczas badania jeszcze nie było objawów zapalenia otrzewnej, pętle kiszek nie wypadły przez ranę. Jajniki pozostały w jamie brzusznej. Schmalfuss, po oczyszczeniu pochwy z brudu i kału, podwiązał poprostu ligamentum latum lewe przewiązką elastyczną, wypłukał całą kłoałę rozczyłem sublimatu, katgutem pozesywał kilka dartych ran ścian pochwy i założył tampon. Chora cudem niemal wyzdrowiała. Mężczyzna wdążył prawdopodobnie rękę do kiszki stolcowej, uchwycił macicę palcami i tędy ją wydarł, rozdzierając całą przegrodę pochwo-odbytnicową (septum recto-vaginale). Dwunastogodzinne omdlenie i spokojna pozycja leżąca przyczyniły się do sklejenia powierzchni rannych takiego, że krwotok nie zabił na razie kobiety. 17-go dnia zdjęto przewiązkę. Później Scheede dokonał plastycznej operacji dla zszycia przerwanej przegrody pochwo-odbytnicowej.

Spostrzeżenie to referent uważa za jedyne w swoim rodzaju nie tylko dla samej etyologii urazu, ile dla odporności ustroju, narażonego na podwójne niebezpieczeństwo zakażenia i krwotoku; jest ono wreszcie ciekawe, jako dowód do czego może się dopuścić rozbestwiony człowiek pod wpływem nadużycia alkoholu.]

F. NEUGEBAUER.

BERLIŃSKIE TOWARZYSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 22 stycznia 1904.

1. **Flaischlen** przedstawił preparat **wyluszczonej** drogą amputacji nadpochwowej **macy**, która prawie całkowicie uległa zwyrodnieniu mięśniakowatemu. Preparat pochodzi od chorej, u której Flaischlen przed laty 13 usunął per laparotomiam mięśniak wielkości głowy dziecka, a przed 11 laty trzy włókniaki ze ściany brzusznej.

2. **Strassmann** przedstawił pacjentkę, która udała się doń z powodu krwotoków i upławów. Badanie wykazało: liczne guziki w pochwie, rozpadające się masy w sklepieniach, część pochwowa macicy przerosła i guzowata. Przypadek uważano z początku za nienadający się do operacji, lecz po usunięciu **mas rakowatych** ze sklepień, szyję udało się łatwo ściągnąć ku dołowi; Strassmann dokonał amputacji szyi i znalazł w niej liczne **włókniaki**, dochodzące do wielkości wiśni; dwa guziki, wyluszczone na próbę ze ściany pochwy, okazały się również mięśniakami. Strassmann prosi obecnych o zbadanie chorej i pyta, czy w danym przypadku, gdzie istnieją włókniaki pochwy (przerzuty mięśniakowe?), ma wogóle rację bytu operacya doszczętna?

OLSHAUSEN sądzi, że wszystko zależy od badania drobnówidzowego. Mikroskopowo sprawa wygląda na mięsak groniasty.

3. **Strassmann** zdaje sprawę o przedstawionej swego czasu chorej, u której znani dermatologowie rozpoznali cierpienie specyficznego sromu: Tuberculid resp. Paratuberculosis. Rozpoznanie to podano później w wątpliwość i przypuszczano bądź zgorzel na tle nerwowem, bądź też cierpienie wywołane sztucznie, jak się to zdarza u histeryczek. I rzeczywiście znaleźcie flaszeczkę z roztynem chlorku cynku, który pacjentka wcierała sobie w srom i zastrzykiwała do odbytnicy. Chora na jakiś czas usunęła się z pod obserwacji i dopiero po paru miesiącach wróciła znów do szpitala, gdzie jej z powodu owrzodzeń i zwięzienia wycięto część kiszki.

4. **Henkel** przedstawił preparat **raka odbytnicy**, usuniętego per laparotomiam. W przypadku tym rozpoznano guz błędnie jako nowotwór złośliwy prawych przydatków Henkel wyciął zwyrodniałe odcinek całkowicie i zeszył jelito ciągłym szwem katgutowym w trzy piętra z wynikiem pomyślnym.

Następnie przedstawia Henkel usunięty z pochwy **guz nawrotowy brodawkowego torbielaka jajnika** (Cystoma papillare ovarij) wielkości małego jaja kurzego. Pacjentka była operowana czterokrotnie: w r. 1896 z powodu torbieli brodawkowatych obustronnych i puchliny brzusznej (ascites) ovariotomia duplex; w r. 1898 przetoka w prawem sklepieniu zamknięta na drodze pochwowej; w r. 1901 ponowne otwarcie się przetoki, w jamie brzusznej guzy nawrotowe i ascites—laparotomia; w r. 1903 chora zgłosiła się znowu z powodu krwotoków: w sklepieniu pochwy znaleziono guz o budowie identycznej z budową poprzednio usuniętych per laparotomiam torbielaków brodawkowatych. (*Zentr. f. Gyn.* 1904, Nr 12).

A. MAŁKOWSKI

IV.

O C E N Y

Dr. med. Gustaw Vogel. — **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** w tłumaczeniu polskiem Zwejgbauma i Popiela. Wydawnictwo *Gazety Lekarskiej.* — *Warszawa*, 1904. Str. XVI i 467.

Brak oryginalnego podręcznika położnictwa—czy też przełożonego z języka obcego—dotkliwie uczuwać się dawał lekarzom-praktykom oraz studentom.

Wydane dotychczas prace samodzielne Tyrchowskiego ¹⁾, Neugebaura ²⁾, Jerzykowskiego ³⁾, Jordana ⁴⁾, Brauna ⁵⁾ i Marsa ⁶⁾, z tłumaczonych zaś Cohnsteina ⁷⁾, Barnesesa ⁸⁾ i Krassowskiego ⁹⁾ są albo niezupełne, albo wyczerpane, niezgodne wreszcie, jako wydane przed wielu laty, z obecnym poziomem wiedzy lekarskiej.

Szczerze uznanie należy się zatem kolegom tłumaczom za przywołanie literaturze naszej podręcznika wielce praktycznego, który w formie treściwej, zwięzłej a jednocześnie zajmującej i jasnej podaje całokształt wiedzy położniczej nowoczesnej z najszerszem uwzględnieniem metody przeciwnilnej. Vogel przyznaje, iż podręcznik jego nie może zastąpić obszernego wykładu położnictwa, stara się jednak uczynić z niego konieczne *vademecum* dla lekarza-praktyka. Nie wdając się przeto w rozwlekłe roztrząsania teoretyczne, przytaczanie odnośnej literatury, cytat i danych historycznych, opierając się jedynie na poglądach najnowszych, autor zwraca główną

¹⁾ *Rys położnictwa praktycznego*, 1861.

²⁾ *Akuszerya*, Tom I, 1874.

³⁾ *Wykład położnictwa*, 1876.

⁴⁾ *Nauka położnictwa*, Część I, 1881.

⁵⁾ *O operacjach położniczych*, 1891.

⁶⁾ *Operacje akuszeryjne*, Zeszyt I, 1894.

⁷⁾ *Wykład położnictwa*, 1872.

⁸⁾ *Odczyty o operacjach akuszeryjnych*, 1875.

⁹⁾ *Akuszerya*, Tom II, 1879.

uwagę na rzecz najważniejszą dla lekarza t. j. na leczenie i udziela w tym względzie wskazówek wyczerpujących, opartych na własnym doświadczeniu.

Podręcznik rozdzielony został na pięć głównych działów, które obejmują: ciążę, poród, połóg, pielęgnowanie dziecka i operacje akuszerskie; przytem autor równolegle z fizyologią omawianych stanów podaje zaraz ich patologię, co znakomicie ułatwia orientowanie się, a przez porównanie daje obraz pełniejszy i łatwiejszy do zapamiętania. W rozdziale o operacjach autor zaznacza osobno, gdzie zaszła tego potrzeba, sposób postępowania u pierwiastek, osobno zaś u wieloródek. Technika zabiegów położniczych wyłożona jest nadzwyczaj zrozumiale.

W innych działach czytelnik znajdzie szeroko uwzględnione i na racjonalnych podstawach oparte leczenie farmaceutyczne z podaniem odpowiednich przepisów. Nader ważną zaletę podręcznika stanowi mnogość (214) i dobór rysunków w większości oryginalnych, co rzecz całą ożywia i czyni zajmującą.

Język przekładu dobry. Strona zewnętrzna dzieła—druk i papier—daje chlubne świadectwo wydawcom (członkom redakcji *Gazety Lekarskiej*), którzy nie oszczędzili znacznych kosztów, by pracę kolegów Zwejgbauma i Popiela ująć w odpowiednią szatę.

Podręcznik Vogla możemy najgoręcej polecić wszystkim lekarzom praktykom, którzy w każdym wątpliwym dla siebie przypadku znajdą tu radę praktyczną, podaną zwięźle i jasno.

T. REUTT.

V.

FELIETON

KWESTYA WPISÓW. — KOLEŻEŃSTWO ZAWODOWE. — PRÓŻNOŚĆ CZY REKLAMA? —
TOWARZYSTWO KURSÓW WAKACYJNYCH. — UWAGI „GLOSU”.

Parę razy do roku pojawiają się w pismach naszych codziennych odezwy do serc ofiarnych o zapomogę na rzecz wpisów dla niezamożnej młodzieży.

Odezwy te winnyby znaleźć żywy oddźwięk w sercach dawnych uczniów, korzystających ongi ze stypendyów i ofiar.

Niestety! zapominają oni o swej młodszej braci, choć doszli obecnie do pewnego dobrobytu!

Przyzna każdy, że dzisiejsza młodzież znajduje się w gorszych o wiele warunkach materialnych; trudność dostania korepetycyi, droższe życie, wpisowe wyższe—cięższą czynią dolę studenta.

A jednak gdyby ci, którzy ongi pobierali stypendya, a takich między lekarzami naprzykład niezawodnie jest garść spora, poczuli się do obowiązku zwrócenia tego grosza następnym pokoleniom, kwestya wpisów uległaby znacznej redukcji. O dawnych swych troskach szybko jednak ludzie zapominają! Niejednemu wstyd może przyznać się, iż uciekał się kiedyś do ofiarności ogółu!

Łatwo to w dyskusjach nad biedami społecznymi wytykać błędy tych, którzy szczęśliwym zbiegiem okoliczności urodzili się w złotej kolebce. Wina ich jeśli nie znają potrzeb swego społeczeństwa, jeśli nie umieją czy nie chcą tym potrzebom zaradzić, jest o wiele mniejsza od winy ludzi, którzy sami przeszedłszy ciężką szkołę życiową, o społecznych potrzebach myśleć nie chcą. Widzimy często przedstawicieli t. zw. inteligencji, którzy doszli do pewnego dostatku, uważających za swój pierwszy obowiązek roztożenia naokół siebie pewnej atmosfery zbytku, a przecie ciż sami rzucali ongi kamieniem potępienia na podobnych sobie. Niezawodnie wzrok mile pieści salon, napelniony dziełami sztuki, pięknie brzmi w pismach nazwisko, dajmy na to, lekarza, który nabył na wystawie obraz, rzeźbę i t. p. Poniekąd jest to zasługą społeczną popieranie sztuki rodzimej, ale nie jest to jeszcze spełnieniem obowiązków społecznych.

My lekarze stanowimy oddzielną korporację (pomimo braku u nas instytucji, zrzeszającej wszystkich lekarzy), na dowód czego używamy w stosunkach wzajemnych pięknie brzmiącego słowa „kolego“. Wyraz ten powinien zobowiązywać nas do czegoś więcej, aniżeli chce zwykła ludzka zasada „homo homini lupus“.

W rzeczywistości jakież przykład koleżeństwa dajemy młodszemu naszemu kolegom? Czyż wszyscy ci, którzy na oddziałach szpitalnych mają licznych asystentów, starają się w dostatecznej mierze wnikać w ich potrzeby duchowe i materialne? Jakie ideały wnoszą oni z czasów swej asystentury poza zdobyciem kilkunastu formułek terapeutycznych a nawet, dajmy na to, i znacznej wprawy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób? Czy praca na wszystkich oddziałach rozbudza w asystentach święty zapał do wiedzy, czy uczy ich rozumnie pojętego koleżeństwa, czy wpaja w nich wiarę w szczytne powołanie lekarza?

Hasło *Głosu lekarzy* „W jedności siła“ powinno przejawiać się w praktyce a nie ograniczać do używania słowa „kolego“. Nie przytaczam licznych dowodów zawodowego koleżeństwa wśród warszawskich i prowincjonalnych lekarzy, znamy dobrze wszyscy tę nad wyraz smutną kwestję.

Niechajby więc koleżeństwo nasze przejawiało się częściej i w dodatniej formie! Winniśmy pamiętać, że wkłada ono na nas lekarzy pewne obowiązki, do których w pierwszym rzędzie zaliczyłbym żywe zajęcie się losem przyszłych naszych kolegów — studentów wydziału lekarskiego.

W Warszawie jest nas około 1000 lekarzy, z tych można bez przesady naliczyć dwustu prawie, którzy mają dobrą lub dostateczną praktykę, i mogą bez większego wysiłku systematycznie dwa razy do roku (w początkach marca i listopada) składać na wpisy, dajmy na to, po jakieś 10 rb.: mielibyśmy w takim razie około 4000 rb. rocznie t. j. wpis za 40 studentów. Suma powyższa zwiększy się jeszcze, jeśli myśl ta znajdzie uznanie i wśród lekarzy prowincjonalnych.

Przykład nasz zachęcić może inne koła inteligencji do zajęcia się w podobny sposób swymi przyszłymi kolegami.

Gdyby zamiar mój w czyn się wcielił, nie tylko zaradzilibyśmy biedzie wielu studentów, ale, co uważam za ważniejsze, uchronilibyśmy owych biedaków od moralnych przykrości, do jakich za-

liczam udawanie się z prośbą do redakcyj pism brukowych o ofiarę pieniężną.

Przykrą tę stronę obecnych zapomóg możemy usunąć zupełnie decydując: 1-o zbierać składki w redakcyach naszych pism zawodowych, 2-o dawać zapomogi pod postacią pożyczki, którą biorący zobowiązywać się winien spłacać na ten sam cel w miarę możliwości.

Ciekaw jestem, czy nasze sławetne *koleżeństwo* przetrzymałoby dłuższy czas taką systematyczną próbę.

W *Kuryerze Świątecznym*, organie t. zw. stosunków towarzyskich, zaczynają pojawiać się opisy zabaw, urządzanych w gościnnych progach doktorostwa X lub Z. Ciekawa rzecz, czy jest to nowy, a ze względu na poczytność *Kuryera* udatny sposób reklamy, czy też przejaw próżności ludzkiej. Jesliby pierwsze przypuszczenie miało się sprawdzić, spotkamy bezwątpienia w następnych opisach zręczne aluzje co do specjalności i godzin przyjęcia „uprzedniego gospodarza“.

W sierpniu i w połowie września bieżącego roku rozpoczyna w Zakopanem swą działalność „Towarzystwo wyższych kursów wakacyjnych“. Stawia ono sobie za zadanie: „podniesienie poziomu wiedzy i myśli krytycznej w społeczeństwie polskiem zapomocą szeregu wykładów, mających nie tylko zaznajamiać z ostatnimi zdobyczami nauki, lecz w pierwszym rzędzie—przez zapoznawanie z metodami badań naukowych oraz przez filozoficzne traktowanie każdego przedmiotu — pobudzać słuchaczy do samodzielnych prac i badań, pomódz im w wyrabianiu sobie światopoglądu; w rezultacie stworzyć atmosferę, w której dojrzewają umysły.“

Dotychczas zapewnione są wykłady: z filozofii i nauk przyrodniczych, językoznawstwa, historii, literatury i sztuki, ekonomii politycznej, socjologii i prawa. Zadania Towarzystwa wyższych kursów wakacyjnych powinnyby znaleźć wielkie poparcie w szerokich kołach naszej inteligencji. Szkoda wielka, że wśród zapowiedzianych wykładów nie znajdujemy żadnej z nauk lekarskich (choćby anatomii ciała ludzkiego, fizjologii i higieny). Czasu jeszcze dość do rozpoczęcia wykładów, powinniśmy więc i my „pomódz młodzieży w wyrabianiu sobie światopoglądu“.

W jednym z ostatnich numerów *Głosu*, w dziale „Na mównicy“ poddany został krytyce pogląd mój co do niewłaściwości podnoszenia w pismach politycznych spraw, dotyczących wyłącznie lekarzy. Czytamy tam między innymi: „...zawód lekarza, jako człowieka, który z pracy swej żyje i zarobkuje, ma jednocześnie stronę ekonomiczną, przez którą wciągnięty zostaje w wir współczesnego życia społeczno-politycznego“, — a dalej: „Wymowną ilustrację tego stanowią tak częste w ostatnich czasach konflikty lekarzy z Kasami chorych w Niemczech; spór taki niejednokrotnie przybiera wyraźne zabarwienie polityczne, przyczem obie strony posługują się w szerokiej mierze środkami nowoczesnych walk stronnictw politycznych, jak: zebrania publiczne, zbiorowe petycje, agitacya w prasie“ i t. d.

Otóż na słusność powyżej wyrażonych poglądów w zupełności się godzimy, ale w tych razach, gdy sprawa dotyczy stosunków wzajemnych między ogółem a lekarzami.

Są jednak kwestye lekarskie, które nie dotyczą zgoła szerszego ogółu, i te kwestye tak samo za granicą jak i u nas omawiane są na posiedzeniach naszych zawodowych Towarzystw, i w pismach ogólnych nie powinny być ujawniane.

Na zakończenie zaznaczę, że u nas w Warszawie spotykamy się często z chorobliwą nadezulością w niektórych sprawach społecznych; do takich spraw należy i antysemityzm, który często upatrują tam, gdzie go zgoła niema.

Verus.

Warszawa, w kwietniu 1904 r.

VI.

KORESPONDENCYE

Listy z Pragi Czeskiej.

C. D.

W obecnym semestrze zimowym prof. Pawlik ma następujące wykłady: „Operacyjny kurs położnictwa“ 5 godzin tygodniowo; „Wykłady położnictwa, ginekologii i demonstracje kliniczne“ 10 godzin tygodniowo; wreszcie „O nieprawidłowych położeniach macicy“ 1 godzinę tygodniowo. T. zw. operacyjni elewowie, których może być trzech najwyżej, pomagają asystentom w wykonywaniu obowiązków. Są to promowani doktorzy. Oprócz tego na klinice położniczej są trzy akuszerki i jedna babka—służąca. Druga i trzecia akuszerka mają kolejno dwudziestoczwierogodzinne dyżury. Na pokojach dla położnic są osobne akuszerki—pielęgniarki (stosunkowo niedostatecznie wynagradzane); pracę mają podzieloną w ten sposób, że każda z nich ma pod opieką jeden pokój dla położnic i jeden w t. zw. „zasobie“.

Klinikę dla akuszerek prowadzi od r. 1892 prof. Rubeszka przy pomocy trzech asystentów (obecnie I asystent Dr. Ostrczil, II—Dr. Mastny, III—Dr. Hrdliczka). W razie nieobecności profesora cała odpowiedzialność za klinikę spada na pierwszego asystenta. W bieżącym semestrze prof. Rubeszka ma 10 godzin tygodniowo wykładów. Rodzące są pod dozorem trzech akuszerek, których obowiązki są podobne jak na klinice prof. Pawlika. W pokojach dla położnic również są akuszerki—pielęgniarki, z nich każda ma mniej więcej 10 położnic pod opieką.

Wykłady położnictwa dla studentów trwają rok cały (2 semestry). Po każdym wykładzie ośmiu studentów wprawia się pod kierunkiem asystentów w badaniu ciężarnych. Ciężarne bywają badane najwyżej raz na tydzień i nie więcej, jak przez czterech studentów. Nazwiska studentów i datę badania zapisuje się do protokołu. Studenci, którzy uczęszczają na wykłady anatomii patologicznej i bywają obecni przy oględzinach pośmiertnych, mają wstęp do Instytutu wzbroniony. Studenci, prócz badania, mogą śledzić przebieg porodów i operacji i brać udział w wizytach u położnic. Dla ułatwienia należytego korzystania student może sypiać w instytucie za opłatą 20 koron przez całe półrocze, by w razie porodu na odgłos dzwonka śpieszyć na salę porodową. Pomieszczenie na ten cel przeznaczone, zwane „kasarnią“, posiada 23 łóżka. Każdy student odbywa taką

praktykę. Operacyjny kurs położnictwa na fantomie prowadzi w zastępstwie profesora pierwszy asystent.

Kurs położnictwa dla akuszerki trwa cztery miesiące (na rok przypada trzy kursy). W ciągu jednego semestru wykłady prowadzone bywają po czesku, w ciągu drugiego po niemiecku. Na kandydatki bywają przyjmowane osoby między 24 a 40 rokiem życia, umiejące czytać, pisać i rachować. Przeciętna ilość słuchaczek wynosi siedmdziesiąt. Dzieli się one na cztery grupy (po 15—20 w każdej), które kolejno pełnią dyżury i w tym czasie badają rodzące i ciężarne pod dozorem asystentów. Jedną ciężarną mogą badać najwyżej cztery kandydatki. Każda z kandydatek dostaje rodzącą, sama prowadzi poród u wskazanej chorej pod dozorem jednego z asystentów lub klinicznej akuszerki t. zw. szkolnej. Wszystkie ćwiczenia praktyczne wykonywane bywają pod okiem profesora lub asystentów. Pierwszy asystent miewa lekcye po południu, w tym czasie powtarza z kandydatkami to, co słyszały przed południem na wykładzie profesora. Druga grupa opiekuje się położnicami pod dozorem akuszerki i pod kontrolą profesora i asystentów. Po dwumiesięcznej praktyce słuchaczki podlegają wstępnemu egzaminowi przed profesorem lub asystentem. Przy końcu kursu stają do teoretycznego i praktycznego egzaminu na tytuł akuszerki, dający prawo do prowadzenia prawidłowych porodów, przed komisją, złożoną z profesora szkoły położniczej, profesora kliniki lekarskiej położniczej i przedstawiciela rządu. W razie jeśli kandydatka nie wykaże dostatecznej znajomości przedmiotu, musi pozostać jeszcze co najmniej miesiąc lub słuchać kursu po raz drugi.

Obydwie kliniki urządzają kursy położnictwa dla lekarzy. Ponieważ cieszą się one znacznie większą frekwencją Polaków, więc powiem o nich słów kilka. Kursy te nie mają stałego określonego terminu, przeto lekarz, mający zamiar przyjechać do Pragi, by uniknąć zawodu, winien nasamprzód porozumieć się listownie z pierwszym asystentem tej lub owej kliniki. Pisać można po polsku, a adresować tak: I asystent kliniki prof. R. lub P. w Pradze Czeskiej, Apolinarská ulice — Zemská Porodnice. Kurs trwa obecnie 2—2½ miesiący i kosztuje 200 koron. Zapisujący się na kurs u prof. Pawlika mogą mieszkać przy Instytucie w t. zw. „kasarni“ za dopłatą 20 koron; biorący zaś kurs na klinice prof. Rubeszki, korzystają w tym celu bezpłatnie z jego gabinetu. Kurs taki wraz z paszportem, drogą powrotną i utrzymaniem w ciągu dwóch miesięcy kosztować może kolegów ze skromnymi wymaganiami 250 rubli. Kurs składa się: z wykładów akuszerki teoretycznej (2—3 tygodnie), wprawiania się w zewnętrznem i wewnętrznem badaniu, z przerobienia operacyj na fantomie; uczestnicy kursów dopuszczani bywają później do prowadzenia normalnych porodów, szczyła kroczka, a jeżeli szczęście im sprzyja mogą wykonać in viva jeden i więcej operacyjnych zabiegów. Najlepszy czas do przyjazdu to lipiec, sierpień, wrzesień i połowa października — czas

wakacyjny, kiedy niema studentów i mniej jest elewów i miejscowych hospitantów.

Obydwie kliniki walczą o lepsze w doprowadzeniu aseptyki i antyseptyki do doskonałości — stąd też nadzwyczaj mała śmiertelność. Dezynfekcyja rąk na klinice prof. Pawlika odbywa się w sposób następujący: w przeciągu pięciu minut myją się ręce rozpuszczonym mydłem w ciepłej, kilkakrotnie zmienianej wodzie (ciągłego prądu niema), potem szczotkuje się w wodzie z lysitolem, dwa razy zmienianej; po oplukaniu ciepłą wodą znów się szczotkuje w ciągu dwóch minut w wysoku bezwzględny, poczem przynajmniej przez trzy minuty w roztworze sublimatu. Rąk się nie wysusza wcale.

Na klinice prof. Rubeszki przy dezynfekcyi rąk stosowaną bywa metoda Fürbringera.

Przy normalnych porodach na pierwszej klinice zewnętrzne narządy rodne obmywają wodą z mydłem, na drugiej prócz tego 2% roztworem lysitolu. Pochwa u ciężarnych niezakażonych nie bywa przepłukiwana po badaniu, ani też przed i po porodzie. Krocze podtrzymuje się w położeniu na wznak. Na klinikach stosowana jest i sucha i mokra sterylizacyja. Do szycia używa się katgut, przechowywanego po odtłuszczeniu w absolutnym alkoholu (Pawlik) lub 1% roztworem alkoholowym sublimatu (Rubeszka). Przy szyciu skóry znalazły obszerne zastosowanie klamerki Michela.

A teraz chciałbym przytoczyć trochę danych statystycznych. Co się tyczy kliniki prof. Pawlika, mogę się podzielić z czytelnikami tylko statystyką z r. 1902, gdyż za r. 1903 jeszcze nie jest przygotowana. W r. 1902 na 1073 porody było 6 zejść śmiertelnych, z czego na gorączkę połogową wypada 4 przypadki czyli 0.37%. Na owe 1073 porody przypada: 43 obroty, 52 wydobyć płodów za nóżki, 54 operacye kleszczowe, 9 wymóżeń, 5 rozkawaień płodów (w tem 4 razy odjęcie główki), 2 cięcia cesarskie. Z innych zabiegów dokonano między innymi: wycięcie macicy przez pochwę w jednym przypadku, wycięcie macicy na drodze brzusznej w trzech przypadkach; cięcie cesarskie pochwowe podług Dürrssena — jedno. Od r. 1898 nie było przypadku tężca¹⁾.

Całkowity przegląd rocznej działalności kliniki prof. Rubeszki za rok 1903 przedstawia się następująco:

W r. 1903 było 920 porodów.

Z pośród matek zmarło 9 (2 przypadki drgawek porodowych, 7 — gorączki połogowej³⁾). Śmiertelność skutkiem gorączki połogowej wynosi 0.76%.

Na lżejszą gorączkę zapadły 22 rodzące, na cięższą 12, razem 34; morbiditas puerperalis wynosi 3.6%.

1) Po ogłoszeniu statystyki za r. 1903 nie omieszkałam zaznajomić z nią czytelników *Ginekologii*.

2) Chore przybyły już zakażone do kliniki.

Z liczby 928 dzieci zmarło w Instytucie położniczym 37:
urodziło się świeżo odumarłych. 26
macerowanych 10

razem 73, co stanowi 6.7⁰/₀.

Położenia płodu:

potylicowe	833	
ciemieniowe	7	
czołowe	1	Poród skończony przy pomocy kleszczy, dzieci żyje.
twarzowe	5	W 3 przypadkach położenie płodu poprawiono chwytem zewnętrznym, dzieci żyją.
pośladkowe	32	
poprzeczne	28	

Nieprawidłowości miednicy:

35	miednic ogólnie zwężonych	(10 dzieci zmarło, 4 nieżywe)
58	„ zwyczajnie spłaszczonych	(2 zmarło, 3 nieżywe)
28	„ spłaszczonych krzywicowych	(3 dzieci zmarło, 3 nieżywe)
4	„ ogólnie zwężone, płaskie	} dzieci i matki żyją
1	„ osteomalatyczna	
1	„ spondylolistetyczna	
1	„ poprzecznie zwężona	

Nieprawidłowości części miękkich:

1 elongatio port. vagin.,
2 carcin. port. vag. et vaginae,
2 hymen septus,
2 ruptura uteri completa,
2 fibrosarcoma przedniej ściany kości krzyżowej,
2 uterus arcuatus,
10 wypadnięć pępownicy (żyje 5-ro dzieci)
11 placenta praevia (wszystkie matki i 2 dzieci żyją)

Operacje:

	Ilość przypadków	Dzieci: Matki:	
Obrót zewnętrzny	5	żyją	żyją
„ wewnętrzny	28	16†	żyją
		po większej części plac. praev.	
Wydobycie za nóżki	10	2†	żyją
Kleszcze typowe	34	3†	†
		(przyszła zakazona)	
„ wysokie	11	2†	żyją

	Ilość przypadków		Dzieci:	Matki:
Wymóżdzenie	10			żyją
Odjęcie główki (decapitatio)	2			żyją
Poród sztuczny przedwczesny	8		3†	żyją
Poprawienie położenia twarżowego chwytem ze- wnętrznym	3		żyją	żyją
Cięcie cesarskie				1† (przyszła zakażona)

Pozatem wykonano wyluszczenie macicy przez pochwę z powodu raka części pochwowej i ovariectomię w szóstym miesiącu ciąży. W tym ostatnim przypadku poród odbył się na czasie.

Przemysław Rudzki.

Praga Czeska, w lutym 1904.

VII.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

Listę współpracowników *Ginekologii* powiększyli: Docent Dr. Stanisław *Braun* (Kraków), Dr. Ludwik *Bryndza-Nacki* (Warszawa), Dr. Stanisław *Cykowski* (Warszawa), Prof. Dr. *Raczyński* (Petersburg), Dr. Mieczysław *Themerson* (Płock).

Posiedzenie organizacyjne *Sekcji ginekologicznej* zostało naznaczone na dzień 30 b. m. w lokalu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Dnia 2 marca b. r. odbyło się we Lwowie, jak donosi *Przeł. Lek.*, posiedzenie pełnego Wydziału gospodarczego X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, na którym Wydział ściślejszy uczynił wniosek *odroczenia Zjazdu i Wystawy* do czasu, który się później oznaczy. Pobudką do tego kroku jest położenie polityczne, wpływające nader ujemnie na liczebne powodzenie Zjazdu. Wydział gospodarczy zanim powziął to postanowienie, zasięgnął wiadomości w tych okolicach, w których lekarze polscy są bezpośrednio zaangażowani, i dopiero na tej podstawie po dojrzałym namyśle uchwalili wystąpić z wnioskiem odraczającym Zjazd.

24 lutego r. b. w Petersburgu uroczyście obchodzono stulecie klinicznego Instytutu Położniczego oraz otwarcie nowego jego pomieszczenia (na Wyspie Bazylewskiej). Budowa nowych gmachów Instytutu, obliczonych na 176—200 łóżek, z odpowiedniemi urządzeniami wewnętrznem kosztowała 3500000 rubli.

Dnia 6 marca b. r. odbył się w Wiedniu wiec delegatów Związku Towarzystw lekarskich w Austrii. Związek łączy 37 Towarzystw. Przedmiotem rozpraw były: rozwój Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot po lekarzach, potrzeba państwowej organizacji lekarzy, krytyka obecnego państwowego Zarządu zdrowia i t. p. (*Przeł. Lek.*)

ZJAZDY LEKARSKIE.

IV Zjazd ginekologów, położników i pediatrów francuskich odbył się w Rouen od 5— 0 kwietnia. Przewodniczył sekcji ginekologicznej Richelot (Paryż), położniczej—Guillemet (Nantes), pediatrycznej—Kirmisson (Paryż). Na porządku posiedzenia wstępnego był odczyt Legueu: „O związku zapalenia ropnego miedniczek i nerki (pyelonephritis) z położeniem.“ Sprawozdanie z prac naukowych Zjazdu podamy w następnym zeszycie *Ginekologii*.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Towarzystwo położnicze francuskie (Société obstétricale de France) odbyło X sesję w Paryżu w dniu 7, 8 i 9 kwietnia. Na porządku dziennym był między innymi odczyt Bossiego z Genui o obecnych wynikach cięcia cesarskiego i nadużywaniu tej operacji

W Berlińskim Towarzystwie Położniczo-Ginekologicznym wybrano pierwszym sekretarzem P. Strassmanna (na miejsce zmarłego Gebharda), drugim Roberta Meyera.

DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

Przewodnik kąpielowy, czasopismo ilustrowane, poświęcone sprawom miejsc kąpielowych i klimatycznych krajowych, ma wychodzić w Krakowie, począwszy od kwietnia r. b, jako dwutygodnik. Redaktorem jest dr. Zygmunt Wasowicz, lekarz praktykujący w sezonie letnim w Krynicy. *Przewodnik Kąpielowy* będzie rozsyłany bezpłatnie i ma za zadanie zapoznawać najszersze koła z zaletami i urządzeniami naszych miejscowości leczniczych. Nowemu piśmie, które, zdaniem naszym, powinno odegrać znaczną rolę w rozwoju polskich zdrojowisk, życzymy rzetelnego powodzenia.

Towarzystwo Lekarskie hrabstwa Whiteside w stanie Illinois postanowiło zwrócić się do dzienników z prośbą, by nie podawały nazwisk lekarzy w opisach nieszczęśliwych wypadków i wogóle wszędzie, gdzie mowa o zawezwaniu lekarzy.

Dwadzieścia New-Yorskich szpitali zakończyło ubiegły rok z deficytem, nie przewyższającym 433 000 dolarów. (W 1 02 r. deficyt siedmiu szpitali warszawskich wynosił 190 293 rub.)

Liczba słuchaczek medycyny w uniwersytetach szwajcarskich przewyższa liczbę słuchaczy; tych ostatnich jest w roku bieżącym 763 na 891 kobiet, razem 1654 studujących; z tych 593 (576 + 17) poddanych Szwajcaryi.

(*Münch. Med. Woch.* Nr 6. 1904.)

Liczba lekarzy w Niemczech dosięgła z końcem roku 1903 -- 29 133. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba ta jest większa o 3,4%. Prusy liczą 17 616 lekarzy, Bawaryja 3 178, Saksonia 2 149, Wirtembergia 948, Badenia 1 201, Hesya 726, Alzacya i Lotaryngia 819. Liczba studentów medycyny wynosiła w tymże czasie 7 745.

W kraju Zabajkalskim na 210 000 ludności (Kozaków) istnieją 4 szpitale, 13 lekarzy, 34 felczerów i felczerek oraz 22 położne. Na jednego więc lekarza wypada około 16 500 ludności i to, jak dodaje *Sibirskaja żiżń*, tylko na papierze, ponieważ część lekarzy zalicza się do pułków i z właściwą ludnością styczności nie ma.

WIADOMOŚCI OSOBOWE.

We Lwowie obchodzono 25-letni jubileusz lekarski d-ra Józefa *Szpilmana*, redaktora *Przeglądu Hygienicznego*, rektora lwowskiej Akademii weterynaryi.

Znany patolog prof. Edwin *Klebs* obchodził dnia 6 lutego r. b. 70-tą rocznicę swych urodzin.

Dr. *Danysz*, szef pracowni w Instytucie im. Pasteura, odznaczony został stopniem oficera mérite agricole.

Dr. Michał *Śliwiński*, b. dyrektor Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie, w sezonie letnim od roku zeszłego ordynuje w Karlsbadzie.

MIANOWANI:

Prof. *Veit* z Erlangen objął katedrę położnictwa i chorób kobiecych oraz stanowisko dyrektora uniwersyteckiej kliniki ginekologicznej w Halli.

Dr. W. V. *Bonney* mianowany został lektorem położnictwa w Middlesex Hospital Medical School w Londynie.

Dr. *Berger* (Paryż), dotychczasowy profesor chirurgii operacyjnej, mianowany został profesorem kliniki chirurgicznej na miejsce ustępującego prof. Duplay.

Następcą Gussenbauera na II-jej katedrze chirurgicznej w Wiedniu został mianowany uczeń Alberta, prof. Juliusz *Hochenegg*.

Deutsche medic. Wochenschrift dowiaduje się, że na opróżnioną katedrę chirurgii w Dorpacie otrzymał zaproszenie docent dr. *Lesser*, warszawianin, stale przebywający w Lipsku.

ZMARLI:

Dr. Aleksander *Janiszewski*, wieloletni prezes Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, zmarł 12 marca r. b. w Lublinie, przeżywszy lat 69.

Dr. Franciszek *Rüdiger*, prezes Tow. Lekarskiego Kaliskiego, zmarł nagle w wieku lat 49, dnia 4 kwietnia b. r. w Kaliszu.

Dr. Erazm *Vlasák*, współredaktor *Casopisu lek. ceskych*, redaktor *Věstníka*, organu Izby lekarskich czeskich, zakończył nagle życie dnia 1 marca r. b. w Pradze, licząc lat 40.

Prof. *Liébault*, znany ze swych gruntownych badań nad hypnotyzmem, zmarł 15 lutego r. b. w Nancy.

VIII.

Zapiski lecznicze

Leczenie zapalenia i świądu sromu. Jako dzielny środek przy vulvitis i pruritus vulvae zachwala Peters **adrenalinę**. Autor ten w przypadkach vulvitis przykłada do sromu wate, zmaczaną w roztworze adrenaliny (1 : 2000—3000), na 4 minuty, zalecając powtórzenie tego zabiegu wieczorem i pozostawienie okładu na przeciąg nocy. Poprawa podmiotowa występuje bardzo szybko, a i obiektywnie srom w krótkim czasie wraca do stanu prawidłowego.

Przy pruritus vulvae (bez cukromoczu) Cramer i Peters widzieli dodatnie działanie adrenaliny w przypadkach, gdzie wszelkie inne środki pozostały bez skutku. Stosowano adrenalinę systematycznie w postaci okładów z roztworu 1 : 3000. W jednym przypadku uleczenie nastąpiło po czterech dniach, w innym, połączonym z pruritus ani, dopiero po trzech tygodniach.

Podczas leczenia adrenaliną, od czasu do czasu namaszczano byroliną miejsca chore tudzież przyżegano popękania (rhagades) lapisem.

(Der Frauenarzt 1904, Nr. 1 i 2.)

Veronal—nowy środek nasenny, rozpuszczalny dość łatwo w gorącej wodzie. Przepisuje się w dawce **0,3—0,5—0,6** w filiżance gorącej herbaty. Gorzki smak przetworu, podanego w sposób powyższy, najmniej daje się odczuwać. Przy stosowaniu w opłatkach sen następuje znacznie później, niekiedy dopiero po upływie kilku godzin.

(Ther. d. Geg. 1904, April.)

XI.

BIBLIOGRAFIA POLSKA

WYKAZ PRAC POLSKICH

Z ZAKRESU CHOROÓB KOBIECYCH I POŁOŻNICTWA

ZA ROK 1903.

W porządku alfabetycznym zestawil

Dr. CZESŁAW STANKIEWICZ (Warszawa).

SKRÓCENIA: Czas. Lek. = Czasopismo Lekarskie, Tom V. — Gaz. Lek. = Gazeta Lekarska, Tom XXIII, Serya II. — Gin. = Ginekologia, Rok I. — Kron. Lek. = Kronika Lekarska, Rok XXIV. — Kryt. Lek. = Krytyka Lekarska, Tom VII. — Med. = Medycyna, Tom XXXI. — Now. Lek. = Nowiny Lekarskie, Rok XV. — P. T. L. W. = Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, T. XCIX. — Przgl. Lek. = Przegląd Lekarski, Rok XLII. — Zdr. = Zdrowie, Ser. 2, T. III. — Liczba, następująca po tytule pisma, oznacza stronicę.

1. **Bloch.** Przedstawienie noworodka zmarłego przed przyjściem na świat z powodu obwiniecia wokolo szyi pępowiny.
Tow. lek. wil. 25. X. 1903. Now. Lek. 581.
2. **Bogdanik.** O zbrodniczem spędzeniu płodu.
XIII Zj. chir. polsk. w Krak. Przgl. Lek. 599.
3. **Boryssowicz T.** Kilka luźnych uwag o pomocy ginekologicznej na prowincyi.
Zdr. 752.
4. **Borzymowski J.** Demonstracya a) przyrzędu do podwiązek, b) nowego zamykadła do irrygatorów.
XIII Zj. chir. polsk. w Krak. Przgl. Lek. 600. Tow. lek. warsz. 15. IX. 1903. P. T. L. W. 968.
5. **Brejter R.** Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicznej za pomocą rozszerzadeł metalowych wraz z opisem czterech przypadków.
Przgl. Lek. 227, 248.
6. **Brejter R.** Fistulae cervico-vaginales laqueaticae.
Przgl. Lek. 645.

7. **Brejter R.** Demonstracya nowszych narzędzi, używanych w klinice położniczo-ginekologicznej.
Tow. lek. lw. 22. V. 1903. Przegl. Lek. 720.
8. **Brudziński J.** O cieplarkach do pielęgnowania noworodków przedwczesnych.
Zdr. 806.
9. **Bylicki W.** Uwagi z powodu artykułu doc. dra Sołowija: „O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doborze położnych.“
Przegl. Lek. 377.
10. **Chmieliński.** Conglutinatio orificii externi uteri in partu.
Tow. lek. plock. 9. V. 1903. Kron. Lek. 412. Czas. Lek. 351.
11. **Chodakowski G.** Przytułki położnicze przy szpitalach na prowincyi. Sekc. akusz. uczestników narad nad hyg. miast. i wsi, 27–30 kwietnia 1903 r.
Kron. Lek. 419.
12. **Ciechanowski.** Gruźlica macicy i jajowodu oraz gruczołów zaotrzewnowych.
Tow. lek. krak. 22. IV. 1903. Przegl. Lek. 283.
13. **Ciechomski A.** Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety w podeszłym wieku będącej.
Gaz. Lek. 706.
14. **Cykowski St.** Przyczynek do nauki o włókniakach i włókniakomięśniakach pochwy.
Gaz. Lek. 267, 300.
15. **Cykowski St.** Projekt bezgnilnego postępowania podczas ciąży, porodu i położu.
Zdr. 758.
16. **Czaplicki.** Przypadek krwotoku zamacicznego. Demonstracya płodu trzymiesięcznego, wydobytego drogą operacyi.
Tow. lek. lw. 22. V. 1903. Przegl. Lek. 720.
17. **Czerwiński Cz.** Środki opatrunkowe aseptyczne z pracowni dra Borzymowskiego w Warszawie.
Spraw. z dział. Tow. lek. lub. za r. 1901–1902. Kron. Lek. 363.
18. **Czerwiński Cz.** Kawalki korzenia fiołkowego, usunięte z pęcherza moczowego ciężarnej.
Tow. lek. lub. 4. IX. 1902. Kron. Lek. 365.
19. **Czerwiński Cz.** Przypadek t. zw. dysmenorrhoea nasalis.
Tow. lek. lub. 18. IX. 1902. Kron. Lek. 366.
20. **Czerwiński Cz.** Powtórne cięcie brzuszne dla usunięcia chorego jajowodu.
Spraw. z dział. Tow. lek. lub. za r. 1901–1902. Kron. Lek. 363.

21. **Czerwiński Cz.** Przedstawienie chorej z pierwotnym rakiem łechtaczki.
Spraw. z dział. Tow. lek. lub. za r. 1901—1902. Kron. Lek. 364.
22. **Czerwiński Cz.** Mięśniak podśluzowy wielkości główki noworodka, wychodzący z szyi macicznej. Miażdżycza tętnic. Niezwykle obfite krwawienie po usunięciu guza.
Tow. lek. lub. 4. XII. 1902. Kron. Lek. 503.
23. **Czerwiński Cz.** Preparat macicy z rakowato zwyrodniałą szyjką (exstirpatio vaginalis).
Tow. lek. lub. 4. XII. 1902. Kron. Lek. 503.
24. **Czerwiński Cz.** Rzadki okaz nieprawidłowego łożyska, wydobytego po poronieniu w przebiegu tyfusu brzuszego, przy współistnieniu chronicznego zapalenia nerek (placentitis fibrosa?).
Tow. lek. lub. 4. XII. 1902. Kron. Lek. 503.
25. **Czerwiński Cz.** Przypadek rozmięczenia kości miednicy u 28-letniej wieloródki.
Tow. lek. lub. 4. XII. 1902. Kron. Lek. 502.
26. **Dembowski.** Preparat myomatosis uteri.
Tow. lek. wil. 25. IX. 1903. Now. Lek. 581.
27. **Dobrowolski St.** O cytotoksynach łożyskowych.
Tow. lek. krak. 4. XI. 1903. Przegl. Lek. 690.
28. **Dobrowolski St.** O cytotoksynie łożyskowej.
Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie, T. XLIII, Ser. B.
29. **Dobrowolski St.** Flora pochwy fizyologicznej.
Tow. lek. krak. 20. X. 1903. Przegl. Lek. 657.
30. **Dobrucki.** Torbiel jajnika jednokomorowa.
Tow. lek. lub. 4. II. 1903. Kron. Lek. 612.
31. **Finkielkraut B.** Przypadek chorio-epithelioma malignum.
Gaz. Lek. 900.
32. **Frommer P.** Demonstracya *a)* przyrzędu własnego pomysłu do rozszerzania ujścia macicznego podczas porodu, *b)* igły do zeszywania przetok pęcherzowo-pochwowych.
Tow. lek. łódzk. 22. IV. 1903. Czas. Lek. 356.
33. **Fryszman.** Przedstawienie 2 szpilek od włosów, tkwiących w kamieniu, wyjętym z pęcherza dziewczyny.
Tow. lek. warsz. 25. V. 1903. P. T. L. W. 462.
34. **Gertler.** Przedstawienie dziecka 14-miesięcznego z wadą rozwojową części płciowych (obojnactwo).
Tow. lek. krak. 11. II. 1903. Przegl. Lek. 129.

35. **Gliński.** Okaz wady rozwojowej w narządzie moczowo-płciowym (nerka w miednicy malej; macica dwurożna).
Tow. lek. krak. 4. XI. 1903. Przegl. Lek. 689.
36. **Goldberg O.** Kilka słów w sprawie balneoterapii chorób kobiecych.
Med. 428, 440.
37. **Heiman A.** O stosunku ucha do t. zw. sfery noso-płciowej u kobiet.
Gaz. Lek. 888.
38. **Hewelke O.** Kornelia Metella w Irydionie Krasieńskiego. Studium.
Kryt. Lek. 49.
39. **Hojnacki.** O postępowaniu w III-cim okresie porodowym.
Tow. lek. lw. 19. XII. 1902. Przegl. Lek. 146.
40. **Hoyer H.** Glisczyński Adam. Wspomnienie pośmiertne.
Gaz. Lek. 1063.
41. **Hoyer i Jaworski J.** Uwagi nad ciążą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego oraz przyczynek kliniczny (z przedstawieniem preparatów).
Tow. lek. warsz. 1. IX. 1903. P. T. L. W. 742.
42. **Idzikowski J.** O organizacyi stałej pomocy położniczej na wsi.
Zdr. 779.
43. **Jaczewski.** Chora z ulcus durum portionis vaginalis.
Spraw. z dział. Tow. lek. lub. za r. 1901—1902. Kron. Lek. 364.
44. **Jaczewski.** Przypadek lupus erythematoses vulvae.
Spraw. z dział. Tow. lek. lub. za r. 1901—1902. Kron. Lek. 364.
45. **Jakimiak B.** Włókniako-mięśniak macicy, powikłany ciążą.
Med. 54.
46. **Janowski.** Sześć przypadków ciąży zamacicznej.
Tow. lek. mińsk. 25. VI. 1903. Czas. Lek. 355.
47. **Jasielewicz K.** Jaki jest najlepszy typ akuszerki prowincjonalnej?
Zdr. 746.
48. **Jasiński K.** Trzy przypadki ciąży jajowodowej. Przedstawienie preparatów.
Tow. lek. łódz. 3. XII. 1902. Czas. Lek. 93.
49. **Jaworski J.** O najwłaściwszym typie akuszerki prowincjonalnej.
Zdr. 744.
50. **Jaworski J.** W sprawie reformy pomocy akuszeryjnej oraz wykształcenia akuszerok.
Kron. Lek. 242.
51. **Jaworski J.** Warszawska szkoła położnicza babek wiejskich.
Gaz. Lek. 207.
52. **Jaworski J.** Przyczynek do metody praktycznego wyjąławiania rąk.
Zdr. 734.

53. **Jaworski J.** Przedstawienie chorej z enterocele i epiplocele vaginalis posterior i wypadnięciem odbytnicy.
Tow. lek. warsz. 19, V, 1903. P. T. L. W. 454.
54. **Jaworski J.** Max Runge. Podręcznik położnictwa. Z VI wydania spolszczył z upoważnienia autora dr. Maksymilian Warszawski. Biblioteka Lekarska, 1903, III. Ocena.
Kron. Lek. 951.
55. **Karczewski A.** Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szyjki. Skręt kiszki esowatej.
Med. 598, 625.
56. **Kaufman M.** Przedstawienie metreuzyntera Champetier-de-Ribesa.
Tow. lek. łódz. 19, XI, 1902. Czas. Lek. 91.
57. **Kaufman M.** O operacyjnym leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy (z demonstracją preparatu).
Tow. lek. łódz. 19, XI, 1902. Czas. Lek. 89.
58. **Kołodzki.** Sprawozdanie z IV międzynarodowego Zjazdu ginekologów i akuszerów w Rzymie.
Tow. lek. częst. 20, XII, 1902. Czas. Lek. 38.
59. **Korybut-Daszkiewicz B.** Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków i dzieci starszych. Opis sposobu sztucznego oddychania, dotąd nieznanego w piśmiennictwie.
Zdr. 766.
60. **Korybut-Daszkiewicz B.** Przyczynek do sprawy opatrywania pepowiny.
Zdr. 763.
61. **Korybut-Daszkiewicz B.** Kilka słów w sprawie wyboru mamek.
Tow. lek. warsz. 25, V, 1902. P. T. L. W. 465. Czas. Lek. 298.
62. **Korybut-Daszkiewicz B.** Kilka słów o najnowszych zdobyczach na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt.
Zdr. 191.
63. **Kośmiński Fr.** Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.
Przeł. Lek. 661, 682, 700, 715, 726.
64. **Kozerski.** Przedstawienie niemowlęcia z ichthyosis congenita.
Tow. lek. warsz. 31, III, 1903. P. T. L. W. 425.
65. **Kozicki L.** Sposoby przygotowania i wartości lecznicze surowic: przeciwpaciorkowcowej, przeciwszkarlatynowej i przeciwigronkowcowej.
Zdr. 653.
66. **Kurtz St.** O organizacyi pomocy akuszeryjnej przy fabrykach na prowincyi.
Seko. akusz. uczestn. narad nad hyg. miast i wsi, 27—30 kwietnia 1903 r.
Kron. Lek. 418.

67. **Kurtz St.** Mały praktyczny sterylizator.
Sekcyja akuszc. uczestników narad nad hyg. mniejsz. miast i wsi, 27—30
kwietnia 1903 r. Kron. Lek. 417.
68. **Lachs J.** Ginekologia Galena.
Przegl. Lek. 12, 23, 39, 55, 130, 148.
69. **Lachs J.** Z powodu oceny mojej „Ginekologii Galena“ przez dra
Peszkęgo.
Kryt. Lek. 145.
70. **Lachs J.** Z higieny narządu płciowego, porodu i położu u staroży-
tnych Greczynek i Rzymianek.
Now. Lek. 428, 479, 537, 585.
71. **Lachs J.** Przyczynek do etyologii opadnięcia błony śluzowej cewki
moczowej (prolapsus urethrae) u kobiet.
Przegl. Lek. 374.
72. **Lebensbaum.** Przedstawienie rozszerzaczy systemu Bossiego
i Frommera.
Tow. lek. warsz. 20. I. 1903. P. T. L. W. 125.
73. **Lebensbaum.** Przedstawienie preparatu macicy, wyjętej przez po-
chwę z powodu chorio-epithelioma malignum.
Tow. lek. warsz. 21. IV. 1903. P. T. L. W. 438.
74. **Łukasiewicz.** Przedstawienie chorej z rozpadłym kilakiem wargi
sromnej większej i wzgórką łonowego.
Tow. lek. lw. 6. II. 1903. Przegl. Lek. 671.
75. **Majewski.** Uwagi nad przebiegiem i leczeniem spraw posoczni-
czych ustroju.
XIII Zj. chir. polsk. w Krak. Przegl. Lek. 611.
76. **Mars A.** Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bez-
gnilnego w praktyce lekarskiej.
Przegl. Lek. 374, 392, 404.
77. **Mars A.** Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bez-
gnilnego w praktyce prywatnej.
Tow. lek. lw. 22. V. 1903. Przegl. Lek. 720.
78. **Mars A.** Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyj-
nych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony
pochwy.
Przegl. Lek. 43, 62, 74.
79. **Mars A.** Przedstawienie chorej z przetoką maciczo-pochwową.
Tow. lek. lw. 19. XII. 1902. Przegl. Lek. 146.
80. **Mars A.** Przedstawienie przypadku obojnactwa z przewagą typu
żeńskiego.
Tow. lek. lw. 24. IV. 1903. Przegl. Lek. 705.

81. **Mars A.** Przypadek rzekomego obojnactwa, leczony operacyjnie.
Przegl. Lek. 560.
82. **Marynowski S.** Przypadek przedwczesnego porodu, odbytego w trumnie w kilkanaście godzin po śmierci matki, wraz z całkowitem wypadnięciem i wyciowaniem macicy u trupa matki.
Med. 317.
83. **Marynowski S.** Przypadek porodu w 14 godzin po śmierci matki.
Tow. lek. częst. 21. II. 1903. Czas. Lek. 131.
84. **Merz.** Przypadek tęcza u dziecka 10-tygodniowego (punkt wyjścia--niezabliźniony pępek); wyleczenie surowicą przeciwzęczową prof. Bujwida.
Tow. lek. krak. 18. II. 1903. Przegl. Lek. 147.
85. **Mucha I.** Przypadek pęknięcia pochwy podczas spółkowania.
Med. 1161.
86. **Mucha I.** Dr. med. Włodzimierz Popiel. Miednica Polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego (praca nagrodzona na konkursie imienia Konitza). Ocena.
Med. 1047.
87. **Neugebauer Fr.** Kilka uwag o stosowaniu wianków pochwowych.
Zdr. 757.
88. **Neugebauer Fr.** Przedstawienie kobiety z enterocele vaginalis kolosalnych rozmiarów.
Tow. lek. warsz. 27. I. 1903. P. T. L. W. 130.
89. **Neugebauer Fr.** Przedstawienie chorej z inversio totalis vaginae po założeniu protezy z parafiny.
Tow. lek. warsz. 3. III. 1903. P. T. L. W. 156.
90. **Neugebauer Fr.** Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o obojnactwie?
Tow. lek. warsz. 20. I. 1903. P. T. L. W. 127.
91. **Neugebauer Fr.** Nowotwór gruczołu płciowego wydobyty przez laparotomię (testiculi czy ovarii?).
Tow. lek. warsz. 3. III. 1903. P. T. L. W. 157.
92. **Neugebauer Fr.** Przypadek obojnactwa wrzekomego męskiego.
Tow. lek. warsz. 16. VI. 1903. P. T. L. W. 721.
93. **Neugebauer Fr.** Przedstawienie przypadku wrzekomego obojnactwa.
Tow. lek. warsz. 6. X. 1903. P. T. L. W. 977.
94. **Neugebauer Fr.** Cięcie brzuszne w przypadku wrzekomego obojnactwa (W. Stankiewicz), stwierdzenie obecności jajników i macicy, amputacja przerosłej lechtaczki.
Tow. lek. warsz. 20. X. 1903. P. T. L. W. 986.
95. **Neugebauer Fr.** Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej.
Med. 1015, 1038, 1056.

96. **Nowak.** O wygniataniu główki następującej.
Tow. lek. częst. 16. V. 1902. Czas. Lek. 286.
97. **Nowak.** O łożysku przodującym w świetle najnowszych badań i poglądów.
Tow. lek. częst. 14 i 18. IV. 1903. Czas. Lek. 216, 219.
98. Nowe przepisy, dotyczące akuszerki.
Tow. hyg. warsz 7 i 21. III. 1903. Med. 364.
99. **Obiezierski.** O rozszerzaniu macicy zapomocą dilatatora Bossiego.
Tow. lek. mińsk. 25. VI. 1903. Czas. Lek. 355.
100. **Ozga.** Preparat włókniaka z zupełnem wyciowaniem macicy.
Tow. lek. krak. 4. III. 1903. Przegl. Lek. 191.
101. **Paperna.** Anatomia, fizjologia i higiena kobiety.
Tow. lek. plock. 28. II. 1903. Czas. Lek. 350.
102. **Pawłowicz.** Obserwacje nad działaniem wstrzykiwań wewnątrzmacicznych jodu.
Tow. lek. mińsk. 20. XI. 1902. Czas. Lek. 42.
103. **Pawłowski W.** W kwestyi szkoły babek wiejskich.
Gaz. Lek. 384.
104. **Pesze J.** Die Gynaekologie des Galen. Eine geschichtlich-gynäkologische Studie von Dr. Johann Lachs, Frauenarzt in Krakau. Breslau, 1903. Ocena.
Kryt. Lek. 64.
105. **Pietrasiewicz J.** Sprawozdanie z działalności przytulku położniczego w Częstochowie za rok 1902.
Tow. lek. częst. 14. IV. 1903. Czas. Lek. 218 Med. 544, 560.
106. **Pietrasiewicz J.** O opatrywaniu pępowiny.
Tow. lek. częst. 21. II. 1903. Czas. Lek. 131.
107. **Pietrasiewicz J.** O opatrywaniu pępowiny jodyną.
Czas. Lek. 268.
108. **Piotrowski T.** Kamień wielkości jaja kurzego, wytworzony naokoło szpilki podwójnej, wydobyty z pęcherza 16-letniej dziewczyny drogą cięcia.
Tow. lek. krak. 27. V. 1903. Przegl. Lek. 368.
109. **Piotrowski T.** Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i porodu.
Przegl. Lek. 460, 477, 491, 507.
110. **Piotrowski T.** Przedstawienie chorej z wyciowaniem zupełnem pochwy, wypadnięciem zupełnem pochwy i wypadnięciem jelita odchodowego.
Tow. lek. krak. 4. XI. 1903. Przegl. Lek. 689.

111. **Piotrowski T.** Demonstracya noworodka z niedorozwojem a względnie zupełnym brakiem gałek ocznych.
Tow. lek. krak. 20. X 1903. Przegl. Lek. 657.
112. **Pisarzewski G.** Dwa przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu.
Med. 407.
113. **Podciechowski A.** Stół do porodu w chacie wiejskiej.
Tow. lek. łódz. 20. V. 1903. Czas. Lek. 245, 357.
114. **Popiel W.** Miednica Polek i jej stosunek do typu za normalny uważanego.
P. T. L. W. 169.
115. **Rakowski T.** O leczeniu gorączki połogowej wogóle i o wynikach leczenia tejeż za pomocą metody Fochiera.
Tow. lek. rad. 7. II. 1903. Czas. Lek. 223. Now. Lek. 485.
116. **Raszkes H.** Przyczynek do kazuistyki nowotworów pierwotnych pochwy.
Tow. lek. rad. 6. VI. 1903. Czas. Lek. 391. Med. 716, 734.
117. **Raszkes H.** Przypadek powikłania porodu i okresu poporodowego różą twarzy.
Tow. lek. rad. Czas. Lek. 454.
118. **Rosner A.** O nowych teoriach menstruacji i implantacji jajka.
Tow. lek. krak. 10. XII. 1902. Przegl. Lek. 38.
119. **Rosner A.** W sprawie położnych w naszym kraju.
Przegl. Lek. 401.
120. **Rosner A.** Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wyjęcia macicy.
Przegl. Lek. 543, 557.
121. **Rosner A.** Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków.
Przegl. Lek. 1.
122. **Rozenfeld K.** Uwagi w sprawie leczenia niepłodności.
Czas. Lek. 61.
123. **Rozenfeld K.** Kilka uwag w sprawie leczenia niepłodności.
Tow. lek. częst. 20. XII. 1902. Czas. Lek. 40.
124. **Rydygier (młodszy).** Niezwykła zawartość w przepuklinie wargi sromowej.
XIII Zj. chir. polsk. w Krak. Przegl. Lek. 564.
125. **Rydygier L.** Nowy pomysł leczenia ectopiae vesicae urinariae.
Gaz. Lek. 1157.
126. **S.** „Ginekologia“, miesięcznik, poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu.
Now. Lek. 431.

127. **Saks J.** Preparat macicy, dotkniętej rakiem szyjki i wyluszczonej przez pochwę.
Tow. lek. łódz. 19. XI. 1902. Czas Lek. 91.
128. **Saks J.** Preparaty pyosalpingis, otrzymane na drodze cięcia brzuszego.
Tow. lek. łódz. 19. XI. 1902. Czas. Lek. 91.
129. **Saks J.** Preparat włókniaka podsurowiczego macicy.
Tow. lek. łódz. 8. X. 1902. Czas. Lek. 33.
130. **Saks J.** Sprawozdanie z oddziału położniczego przy szpitalu im. Poznańskich w Łodzi za lata 1900, 1901 i 1902.
Tow. lek. łódz. 18. XI. 1903. Czas. Lek. 400, 443.
131. **Saks J.** Przypadek niezwyklej przeszkody podczas porodu.
Gaz. Lek. 917.
132. **Saks J.** Przypadek z praktyki akuszerskiej (skręcenie kiszki esowatej, jako przeszkoda przy porodzie).
Tow. Lek. łódz. 6. V. 1903. Czas Lek. 357.
133. **Saks J.** O wewnątrzmacicznym stosowaniu balonów kauczukowych w położnictwie.
Tow. lek. łódz. 5. XI. 1902. Czas. Lek. 35.
134. **Saks J.** O śródmacicznym stosowaniu balonów gumowych w położnictwie.
Gaz. Lek. 340, 370.
135. **Saks J.** Czy dzieci nowonarodzone należy kąpać.
Tow. lek. łódz. 4. III. 1903. Czas. Lek. 255. Med. 402.
136. **Siedlecki.** Brak pochwy. Haematometra. Wykonanie sztucznej pochwy.
Tow. lek. gal. Sekc. nowosąd. 6. V. 1903. Przegl. Lek. 357.
137. **Solomonoff.** Hermaphroditismus spurius externus.
Tow. lek. mińsk. 20. XI. 1902. Czas. Lek. 42.
138. **Sołowij A.** O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doborze położnych.
Przegl. Lek. 317, 336. Tow. lek. lw. 1. V. 1903. Przegl. Lek. 719.
139. **Sołowij A.** Odpowiedź na uwagi doc dra Bylickiego z powodu moich artykułów, umieszczonych w „Przeglądzie Lekarskim“, 1903 r. Nr. 22 i 23.
Przegl. Lek. 378.
140. **Sołowij A.** Przedstawienie chorej po trzykrotnej laparotomii: *a* i *b*—z powodu torbieli jajnikowych; *c*—z powodu torbieli zaozrzewnowej. Powstanie rumienia na twarzy.
Tow. lek. lw. 5. VI. 1903. Przegl. Lek. 721.
141. **Staniszewski.** Demonstracya ciała obcego, wyjętego z pochwy. Spraw. z dział. Tow. lek. lub. za r. 1901—1902. Kron. Lek. 364.

142. **Stankiewicz Cz.** Ginekologia. Sprawozdanie za rok 1902 w Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego.
P. T. L. W. 234.
143. **Stankiewicz Cz.** Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa. Cz. I. Choroby kobiece: Prace treści ogólnej. Wady przyrodzone i nabyte.
Gin. 7.
144. **Steinhaus J.** Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn.
Tow. lek. warsz. 3. II. 1903. P. T. L. W. 140.
145. **Steinhaus J.** Przedstawienie preparatów guza gruczołu płciowego, pokazanego przez F. Neugebaura 3. III. 1903. (Sarcoma alveolare testiculi).
Tow. lek. warsz. 31. III. 1903. P. T. L. W. 426.
146. **Sterling S.** W sprawie babek wiejskich.
Czas. Lek. 72.
147. **Świątkiewicz J.** Przedstawienie chorej z lupus tumidus poślądka, przechodzącym na wargę sromną większą.
Tow. lek. lw. 20. II. 1903. Przegl. Lek. 687.
148. **Szabad.** Przypadek trojniczków.
Tow. lek. mińsk. 25. VI. 1903. Czas. Lek. 355.
149. **Szayerowicz.** Demonstracya: *a)* przyrządu kauczukowego do ochrony międzykrocza od działania gorącej wody przy przestrzykiwaniach pochwy; *b)* przyrządu, umożliwiającego użycie tego samego lekarstwa do przemywania pochwy.
Tow. lek. łódz. 4. XI. 1903. Czas. Lek. 457.
150. **Szwajcer, Kramsztyk, Natanson i Steinhaus.** W kwestyi oddzia-
łu położniczego w szpitalu na Czystem.
Gaz. Lek. 929.
151. **Szybowski Br.** Z dziedziny teratologii.
Gaz. Lek. 1129.
152. **Szymański Br.** W sprawie podniesienia poziomu wykształcenia
akuszeryjnego lekarzy prowincjonalnych.
Zdr. 773.
153. **Tymiński.** Przypadek cięcia cesarskiego z powodu pęknięcia
macicy przy porodzie (z przedstawieniem okazu anatomicznego).
Tow. lek. lub. 4. II. 1903. Kron. Lek. 621.
154. **Uhma.** O nadzór policyjno-lekarski nad prostytutkami we Lwowie.
Tow. lek. lw. 2. I. 1903. Przegl. Lek. 160.
155. **Warszawski M.** Dr. Józef Jaworski. Surowica przeciwpacior-
kowcowa oraz stosowanie jej w gorączce płożowej. Odczyty kli-
niczne, Ser. XIV, zes. 10. Ocena.
Kron. Lek. 147.

156. **Warszawski M.** Ś. p. Max Säger.
Kron. Lek. 157.
157. **Wasilewski.** Dwa przypadki całkowitego wynicowania macicy po porodzie. Kilka słów o etyologii i leczeniu tego cierpienia.
Tow. lek. częst. 20. XII. 1902. Czas Lek. 39.
158. **Wątopek A.** Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.
Przeł. Lek. 485, 517, 531.
159. **Wątopek A.** Mechanizm III-go okresu porodu.
Przeł. Lek. 604, 618, 634, 652.
160. **Wątopek A.** Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego.
Przeł. Lek. 680, 698, 712.
161. **Weissberg A.** Jeszcze jeden przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritscha z pomyślnem zejściem, dokonanego przez dra med. D. Jurowskiego.
Med. 262.
162. **Witkowski.** Cztery przypadki gorączki płożowej, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową.
Tow. lek. częst. 18. IV. 1902. Czas. Lek. 219.
163. **Wnioski sekeyi akuszeryjnej.**
Narady nad higieną mniejszych miast i wsi w Tow. hyg. warsz. 27—30 kwietnia 1903 r. Zdr. 810.
164. **Wskazania do sztucznego przerwania ciąży.**
Tow. lek. częst. 20. XII. 1902. Czas. Lek. 38.
165. **Zaborowski St.** W sprawie operacyjnej pomocy położniczo-ginekologicznej w zastosowaniu do praktyki prowincjonalnej.
Zdr. 790.
166. **Zakłady dla chorób kobiecych (Chrzanowskiego w Poznaniu i Cz. Stankiewicza w Warszawie).**
Now. Lek. 120.
167. **Zakład ginekologiczny Dra Czesława Stankiewicza.**
Gaz. Lek. 45. Kron. Lek. 74.
168. **Zakład ginekologiczny Dra Czesława Stankiewicza.**
Tow. hyg. warsz. Wydz. szpit. i przytułków, 20. II. 1903. Zdr. 454.
169. **Zielińska S.** Wspomnienia z praktyki położniczej wiejskiej.
Tow. hyg. warsz. 7 i 21. III. 1903. Med. 362.
170. **Zucker.** Hydramnion, hydrocephalus, mola hydatidosa.
Tow. lek. kal. 17. X. 1902. Czas. Lek. 133.
171. **Zweygbaum M.** Akuszerya. Sprawozdanie za rok 1902 w Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego.
P. T. L. W. 247.

172. **Zweygbaum M.** O stałej pomocy akuszerskiej dla ubogiej ludności po miastach i miasteczkach.
Zdr. 785.
173. **Zweygbaum M.** W sprawie instytucji babek wiejskich.
Gaz. Lek. 313.
174. **Zweygbaum M.** Odpowiedź Pawłowskiemu.
Gaz. Lek. 385.
175. **Zweygbaum M.** Dr. med. Włodzimierz Popiel. Miednica Połek i jej stosunek do typu za normalny uważanego. Odbitka z P. T. L. W. Ocena.
Gaz. Lek. 862.

Skorowidz treści

Liczby oznaczają numer kolejnej pracy.

- Akuszerki** (i babki wiejskie) 9, 47, 49, 50, 51, 98, 103, 119, 138, 139, 146, 173, 174.
Anatomia kobiety 101.
Aseptyka 15, 76, 77.
Aseptyczne środki opatrunkowe 17.
Balneoterapia chorób kobiecych 36.
Bibliografia 126, 143.
Cewka moczowa, — opadnięcie błony śluzowej 71.
Chorio-epithelioma malignum 31, 73; — u mężczyzny 144.
Ciała obce, — w pęcherzu 18, 33, 108; — w pochwie 141.
Ciąża, ostra niedrożność przewodu pokarmowego 109; — włókniaki 45; — wskazania do przerwania 164; — zamaciczna 16, 46, 48; — zaśniadowa 41, 170; — tyfus 24.
Cięcie brzuszne, powtórne 20; — trzykrotne 140; — przy obojunctwie 91, 94.
Cięcie cesarskie, klasyczne 112; — sposobem Fritscha 161; — z powodu pęknięcia macicy 153.
Conglutinatio orif. ext. in partu 10.
Cytotoksyny łożyskowe 27, 28.
Dysmenorrhoea nasalis 19.
Ectopia vesicae urinariae 125.

- Enterocele vaginalis** 53, 88.
Epiplotele vaginalis 53.
Erotomania 38.
Fizjologia kobiety 101.
Flora pochwy 29.
Gorączka połogowa 75, 115, 162.
Gruźlica macicy i jajowodów 12.
Haematometra 136.
Historia ginekologii i położnictwa 68, 70.
Hydramnion 170.
Hydrocephalus 170.
Hygiena kobiety 101.
Ichthyosis congenita 64.
Implantacja jajka 118.
Inversio totalis vaginae 89.
Jajniki, torbiele 13, 30, 55, 140.
Jajowody, gruźlica 12;—pyosalpinx 128.
Kąpiele u noworodków 135.
Kiłek wargi sromnej 74.
Lupus, pośladka i wargi sromnej 147;—vulvae 44.
Łechtaczka, amputacja 94;—rak 21.
Łożysko, placentitis fibrosa? 24;—przodujące 97;—toksyny 27, 28.
Macica, conglutinatio orif. ext. in partu 10;—haematometra 136;—gruźlica 12;—rak szyi 23, 127;—rozszerzanie szyi 5, 99;—włókniako-mięśniaki 22, 26, 45, 100, 129;—technika wycięcia 120;—ulcus durum 43;—wstrzykiwania wewnątrzmaciczne jodu 102;—wycinowanie 100, 157;—wypadnięcie 57, 110.
Mamki, wybór 61.
Menstruacja 118.
Miednica Polek 114.
Mięśniaki macicy 22, 26.
Mleko kobiece 62.
Narzędzia i przyrządy 4, 7, 8, 32, 56, 67, 72, 87, 99, 113, 133, 134, 149.
Nekrologia 40, 156.
Niedrożność przewodu pokarmowego 109.
Nlepidność 122, 123.
Noworodki, czy kapać? 135;—przedwczesne 8;—ratowanie od pozornej śmierci 59;—ropne zapalenie spojówek 121.
Nowotwór gruczołu piersiowego 91, 145.
Obojnactwo 34, 80, 81, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 137.
Oceny 54, 86, 104, 155, 175.
Odbytница, wypadnięcie 53, 110.
Opatrunkowe środki 17.
Osteomalacja 25.
Pęcherz moczowy, ciała obce 18, 33, 108;—leczenie ectopiae 125.
Pęknięcie macicy, cięcie cesarskie 153.
Pępek, niezabliźnienie, tężec 84.
Pępowina, obwiniecie wokół szyi 1;—opatrywanie 60, 106, 107.
Placentitis fibrosa? 24.
Podu spędzenie 2.
Pochwa, brak 136;—ciało obce 141;—flora 29;—lupus 44;—nowotwory 14, 116;—pęknięcie 85;—sztuczna 136;—wycinowanie 89, 110;—wypadnięcie 57.
Polemika 69, 150.
Położniczej sekcji wnioski 163.
Położnicze wykształcenie lekarzy prowincjonalnych 152.
Pomoc ginekologiczna i położnicza na prowincyi 3, 42, 66, 165, 169, 172.
Poród 39, 63, 158, 159, 160;—niedrożność przewodu pokarmowego 109;—pęknięcie macicy 153;—poprzeczne położenie 63;—przeszkoda niezwykła 131, 132;—róża

- twarzy 117;—w trumnie 82, 83;—wygniatanie główki następującej
 wyciowanie macicy 157.
Poronienie, w tyfusie 24.
Potworności 151.
Prolapsus urethrae 71.
Prostytutki 154.
Przepuklina wargi sromnej 124.
Przetoki moczowe 6, 79.
Przyrządy patrz Narzędzia.
Przytulki położnicze 11.
Pyosalpinx 128.
Rak, szyi macicznej 23, 127;—lechtaczki 21.
Rozmiękczenie kości 25.
Róża, podczas porodu 117.
Rumień 140.
Sfera noso-płciowa, stosunek do ucha 37.
Skłret kiszki esowatej 55;—przeszkoda przy porodzie 131, 132
Śmierć pozorna noworodków 59.
Spędzenie płodu 2
Spojówek zapalenie ropne 121.
Spółkowanie 85.
Sprawozdania, z oddziałów i przytułków 105, 130;—ze Zjazdów 58;—z prac g
 logicznych (za r. 1902) 142;—z prac położniczych (za r. 1902, 171).
Surowica przeciwpaciorkowcowa 65;—przeciwtężcowa 84.
Technika operacyj ginekologicznych 78;—wyjęcia macicy 120.
Teratologia 151.
Tężec noworodków 84.
Torbiele, jajnikowe 13, 30, 55, 140;—zaotrzewnowe 140.
Trojaczki 148.
Ulcus durum port. vag. 43.
Wady rozwojowe 34, 35, 111, 136.
Wargi sromne, kilak 74;—lupus 147;—przepuklina 124.
Wianki 87.
Włókniki, macicy 45, 100, 129;—pochwy 14.
Wstrzykiwania wewnątrzmaciczne jodu 102.
Wyjaławianie rąk 52.
Wyciowanie, macicy 100, 157;—pochwy 89, 110.
Wypadnięcie, macicy 110;—macicy i pochwy 57;—odbytnicy 53, 110.
Zakłady ginekologiczne 166, 167, 168.
Zaśniad 41, 170.

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Апрелья 1904 г.

Redaktor i Wyd.: Dr. Czesław Stankiewicz.

Druk G. Paprockiego, Sm

Dr. Zygmunt Wąsowicz

ordynować będzie jak w latach poprzednich od 15 Maja r. b. w **KRYNICY**
dom „pod Orłem“ (naprzeciw domu zdrojowego).



Zakład TEOFIŁA 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 kąpieeli oraz wszelkie wyroby blacharskie. Obstalunki załatwia szybko i podług życzenia.

Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewiczza

Warszawa, Złota 3.

Urządzenie ściśle aseptyczne. Sterylizacya pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny. — **Pracownia** chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse). — **Pokoje** wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis). — **Przyjmowane są:** chore **ginekologiczne** (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacyi) 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 operacye i porody opłata stosownie do umowy. **Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łózka) Rb. 40.** Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacye na miejscu i listownie.

Telefonu № 1846.

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.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. med. Gustaw Vogel. Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów, w tłumaczeniu polskiem Zwejgbauma i Popiela (z 214 rysunkami w tekście).

Wydawnictwo *Gazety Lekarskiej*. Warszawa, 1904. Str. XVI i 467.

Przemysław Rudzki. Dwudziestolecie Instytutu anatomo-patologicznego w Pradze Czeskiej i działalność prof. Jarosława Hlavy.

Odbitka z *Nowin Lekarskich* w Poznaniu, Rocznik XVI, zeszyt 3 Str. 8 (z 3 rysunkami).

Dr. Bruno Wojciechowski. Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. Dr. H. Jordana.

Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego*, 1904. Str. 46 (z 9 rysunkami).

M. Frenkel. Sur le Lithium dans les eaux minérales des Vosges. Société d'Hydrologie médicale de Paris.

Odbitka z *Annales d'Hydrologie et de Climatologie médicales*, 1903. Str. 8.

Dr. med. K. Röse. Jak pielegnować zęby i usta.

Z V wydania niemieckiego na mocy upoważnienia autora przelożył P. Klejn dentysta. Z 38 rysunkami w tekście. Warszawa, 1901. Str. 57.

F. v. Neugebauer. 88 neue Beobachtungen von zufälliger Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Scheere, Schwamm, Gazetupfer, Mullkompressen u. s. w.) in der Bauchhöhle samt einigen anderen unvorhergesehenen Zufällen intra operationem.

Odbitka z *Centralblatt für Gynaekologie*, 1904, № 3. Str. 17.

Dr. Leopold Steinsberg. Francensbad i jego środki lecznicze.

Nakładem autora. Cieszyn, 1904. Str. 92 (z 6 rysunkami i 3 mapami).

A. Leśniowska. O farmaceutycznym obrazowaniu żeńszczyzn.

Petersburg, 1904. Str. 10.

Dr. Oskar Goldberg. Kilka uwag w sprawie balneoterapii chorób kobiecych:

Odbitka z *Medycyny*, 1903. Str. 5.

Dr. I. Pacyna. Spostrzeżenie nad tigenolem „Roche“ w leczeniu chorób skórnych. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Osobne odbicie z *Przeglądu Lekarskiego*, 1904. Str. 12.

Dr. Leopold Steinsberg. Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie.

Odbitka z *Kroniki Lekarskiej*, 1903. Str. 9.

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

Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę można wnosić w ratach półrocznych.

Studenci medycyny mogą otrzymywać „Ginekologię“ za połowę ceny.

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 71 wierszy. Najmniejsze ogłoszenie 8 wierszy.

OGŁOSZENIA PRZYJMUJE:

Redakcja „Ginekologii“, Złota 3, w Warszawie.