

**Biblioteka Towarz. Lekarsk
gub. Lubelskiej**

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 ambulatoryjum chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

FRANCISZEK NEUGEBAUER

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangelickiego.

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. MAI 1904. № 4.

GINEKOLOGIA

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

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

I Jahrgang. MAI 1904. № 4.

GINEKOLOGIA

PÖLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

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

We FRANCENSBADZIE
ordynuje jak lat ubiegłych
Dr. JÓZEF ZEITNER

Maj, 1904.

W poczet współpracowników „Ginekologii“ raczyli się zapisać:

Dr. Mieczysław Bełżyński (Łódź), Dr. K. Bocheński (Lwów), Dr. Jan Borzymowski (Warszawa), Docent Dr. Stanisław Braun (Kraków), Dr. Rudolf Breiter (Lwów), Dr. Ludwik Bryndza (Warszawa), Dr. Władysław Bujalski (Wilno), Docent Dr. Władysław Bylicki (Lwów), Dr. Cercha (Kraków), Docent Dr. Chlumski (Kraków), Dr. Stanisław Cykowski (Warszawa), 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. Gracyan Pisarzewski (Częstochowa), Dr. Eugeniusz Podhorecki (Petersburg), Dr. Pomorski (Poznań), Dr. W. Pomorski (Humań), Dr. Wincenty Puławski (Radziejów), Prof. Dr. Raczyński (Petersburg), Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków), Prof. Dr. Wacław Rubeška (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Lwów), Dr. Józef Saks (Łódź), Dr. Julian Śląski (Warszawa), Docent Dr. Sołowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Warszawa), Dr. Heliodor Święcki (Poznań), Dr. Aleksander Szulc (Żyrardów), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Mieczysław Themerson (Płock), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątopek (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).

Dr. Franciszek Jezierski

ordynuje jak zwykle od 20 Maja w Ciechocinku (przy aptece).

JABŁOŃSKI

WYCIĄG IGLIWIWA SOSNOWEGO

używany do kąpiei w wielu chorobach,
zawierający w sobie wszystkie części igieł
sosnowych, jak lotne tak i stałe, zupełnie rozpusz-
czalny w wodzie.

Wyrobu Apteki

E. Kuszkowskiego

w JABŁONNIE POD WARSZAWĄ.

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH
APTEKACH I SKŁADACH APTECZ.

ŻĄDAĆ WSZEDZIE JABŁOŃSKIEGO
EKSTRAKTU SOSNOWEGO. ○○○○○

Druskienniki (gub. 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).

Cukier mleczny

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

Skład w Aptece K. WENDY

w Warszawie.

Specjalnie Sale Operacyjne

i t. p. ubikacje

z warstwą jednolitą, podobną do emalii, wy-
trzymującą zmywanie środkami dezynfekcyj-
nymi, 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 wy-
nikach prac badaczy polskich. 2) Prace oryginalne i spostrzeżenia z praktyki.

B. Dział sprawozdawczy.

I. Streszczenia zbiorowe (ze wszystkich działów nauk lekarskich). II. Sprawozda-
nia i drobniejsze wiadomości z następujących działów: 1) Anatomia, fizjologia, embryo-
logia. 2) Anatomia patologiczna, patologia doświadczalna, bakteriologia. 3) Chemia le-
karska, farmakologia, toksykologia. 4) Medycyna wewnętrzna, balneologia i t. d. 5) Cho-
roby dzieci. 6) Choroby nerwowe i umysłowe. 7) Chirurgia: a) ogólna, b) głowy i szyi,
c) klatki piersiowej, d) jamy brzusznej i narządu moczopięciowego, e) kręgosłupa, mie-
dnicy i kończyn; ortopedia. 8) Choroby gardła, nosa, krtań i uszu. 9) Dentystyka.
10) Oftalmologia. 11) Ginekologia i położnictwo. 12) Choroby skórne i weneryczne. 13) Hy-
giena. 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. Korespondencje z ognisk ruchu naukowego i zawodo-
wego: a) za granicą, b) w kraju. VII. Sprawy zawodowe. VIII. Oceny. Bibliografia.
IX. Odcinek. X. Wiadomości bieżące. Rozmaitości. Kronika osobowa i załobna.

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

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

Numer okazowy otrzymać można na żądanie darmo i opłatnie, 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.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej

Dra med. Gustawa Vogla

PODREČZNIK 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. ====

Warszawski Zakład

GINEKOLOGICZNY

Marszałkowska Nr. 45, Telefonu Nr. 3114,

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natansona, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jakoteż spodziewające się słabości.

»»» Oplata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5. «««



Sterylizowana Wate, Gazę hydr. i jodoform.
Katgut jodowy i ligatury,
Tampony na nitkach, Opa-
trunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwór
soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatem zamy-
kającym do irygatorów i t. d. poleca
PRACOWNIA STERYLIZACYJNA
Dra Borzymowskiego.
==== Warszawa, Żwarda 30. ====

Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RODZACYCH

Boduena Nr 5, telefonu Nr 3083.

D-rów Anteckiego, Cykowskiego, Kossobudzkiego, Laskowskiego, Leśniowskiego, Ryłki, Sławińskiego i W. Żurakowskiego.

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

90419

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

T R E Ś Ć.

I. PRACE ORYGINALNE.

- Dr. med. **M. Cercha**, Kraków. O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych. 139
- Dr. med. **Fr. Neugebauer**, Warszawa. Hydromeningoccele sacralis anterior (z 5 rysunkami) c. d. 149
- Dr. **J. Asterblum**. Przyczynek do rozpoznawania tyłozgięcia macicy ciężarnej. 173

II. SPRAWOZDANIA.

- Docent dr. **Stanisław Dobrowolski**, Kraków. Flora pochwy fizjologicznej 177
- A. SCHÜCKING. O wewnętrznem wydzielaniu śluzówki macicznej i o wytwarzaniu się metrotoksyn.—F. SCHAUTA. O uprawnieniu doszczętnego wyluszczenia macicy przez pochwe przy raku.—A. MARTIN. Rzeżączka w położu.—G. AHLFELD. Kiwawienie podczas porodu i następstwa jego dla kobiety 180

III. ZJAZDY LEKARSKIE.

- Z IV Zjazdu ginekologów, położników i pedyatrow francuskich w Rouen 6—10 kwietnia r. b.), przez **Z. Monsiorskiego** 185

IV. OCENY.

- Prof. dr. **Ernst Bumm**. Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. Ocenil S. Dobrowolski 188

V. FELIETON.

- Kilka słów pod adresem lekarzy zdrojowych.—Kolega czy doktor?—Reklamy lekarskie, przez **VERUSA** 190

VI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. 193

VII. SKRZYŃKA DO LISTÓW.

- Dr. **A. Karczewski**. Przyczynek do dziejów ginekologii polskiej . . 197

VIII. ZAPISKI LECZNICZE. 200

akc. 149-52-161

- IX. NADESLANO DO REDAKCYI.
X. OGŁOSZENIA.

SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.
Sur les bains de boue de Krynica dans le traitement des maladies des femmes par M. M. CERCHA (de Cracovie)-
Hydromeningocele sacralis anterior, par M. F. de NEUGEBAUER (de Varsovie).
Contribution en diagnostic différentiel de la rétroflexion de l'utérus gravidé, par M. J. ASTERBLUM (de Varsovie).
- II. ANALYSES.
La flore physiologique du vagin, par M. S. DOBROWOLSKI (de Cracovie).
Analyses: A. Schücking, F. Schauta, A. Martin, F. Ahlfeld.
- III. CONGRÈS ET SOCIÉTÉS MÉDICALES.
IV Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie (Rouen, du 5 au 10 Avril 1904) par M. Z. MONSIORSKI.
- IV. CRITIQUE.
V. FEUILLETON, par VERUS.
VI. NOUVELLES.
VII. CORRESPONDANCE.
Contribution à l'histoire de la gynécologie polonaise, par M. A. KARZEWSKI (de Varsovie).
- VIII. NOTES THÉRAPEUTIQUES.
IX. TRAVAUX ENVOYÉS À LA RÉDACTION.
X. ANNONCES.

INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.
Ueber den Moor von Krynica in der Behandlung der Frauenkrankheiten, von M. CERCHA (Krakau).
Hydromeningocele sacralis anterior, von F. v. NEUGEBAUER (Warschau).
Zur Differentialdiagnose der Retroflexio uteri gravidi, von J. ASTERBLUM (Warschau).
- II. REFERATE.
Die physiologische Flora der Vagina, von S. DOBROWOLSKI (Krakau).
Referate: A. Schücking, F. Schauta, A. Martin, F. Ahlfeld.
- III. AERZTLICHE KONGRESSE.
IV französ. Kongress für Geburtshilfe, Gynäkologie und Paediatric in Rouen.
- IV. KRITIKEN.
V. FEUILLETON, von VERUS.
VI. LAUFENDE NACHRICHTEN.
VII. KORRESPONDENZ.
Beitrag zur Geschichte der polnischen Gynaekologie, von A. KARZEWSKI (Warschau).
- VIII. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
IX. EINGESANDTES.
X. ANNONCEN.

I. PRACE ORYGINALNE

O BOROWINIE, KĄPIELACH BOROWINOWYCH KRYNICKICH I ZASTOSOWANIU ICH DO LECZENIA CHORÓB KOBIECYCH

podał

Dr. MAKSYMILIAN CERCHA

W szeregu środków leczniczych, któremi rozporządza lekarz chorób kobiecych, jeżeli chodzi o zastosowanie leczenia zachowawczego, kąpiele, śmiało rzec można, pierwsze zajmują miejsce. Każdy z kolegów to przyzna: niech tylko spojrzy do swych notatek, znajdzie tam w rubryce „leczenie“ wiele a wiele razy zapisane kąpiele. Mają one rozległe zastosowanie, zwłaszcza metoda leczenia zdrojowo-kąpielowego, która z każdym rokiem zyskuje sobie coraz większe prawo obywatelstwa, a zjazd do zdrojowisk coraz liczniejszy świadczy najwymowniej, że metoda ta cieszy się zaufaniem chorych i lekarzy. Bo też kąpiel wodna to bardzo przyjemny, higieniczny sposób leczenia, łączy się z nim bowiem pojęcie czystości; ale kąpiel borowinowa, ta gęsta, ciemno-brunatna masa, która nie łączy ani wyglądem ani zapachem, która nie czystość, lecz zanieczyszczenie ciała sprowadza, musi mieć jakieś szczególne lecznicze własności, jeżeli chętnie używa jej i to przeważnie pleć piękna. Tak jest bez wątpienia: kąpiele borowinowe stanowią nieraz ostatnią deskę ratunku dla chorej, nad głową której, jak miecz Damoklesa, wisi zapowiedź zabiegu operacyjnego, jeżeli leczenie w zdrojowisku nie odniesie pożądanego skutku.

Korzystając z mego wieloletniego doświadczenia, pomówię nieco o borowinie, kąpielach borowinowych w Krynicy i o ich zastosowaniu w chorobach części rodnych kobiecych. Nie będę wyliczał przypadków zupełnego wyleczenia lub znacznej poprawy, lecz przedstawię rzecz ogólnie, zostawiając sobie na później potwierdzenie tego, co powiem, przedstawieniem historii choroby ciekawszych

przypadków, które niewątpliwie wyleczenie lub znaczną poprawę zawdzięczają leczeniu kąpielami borowinowymi w Krynicy.

O torfie i szlamie i o używaniu ich w celach leczniczych do kąpeli i okładów znajdujemy wzmianki już u starożytnych. Często dziś jeszcze mieszamy pojęcie kąpeli szlamowych i błotnych z borowinowymi, a istnieje przecież zasadnicza różnica między szlamem a borowiną. Szlam jest osadem źródeł siarczanych lub solankowych lub też osadem na wybrzeżach morskich albo przy ujściu rzek do morza, borowina zaś czyli torf jest ziemno-roślinnem lepiszczem, powstałem z butwienia istot organicznych roślinnych. Jeżeli pokłady takiego torfu są przesiąknięte wodą mineralną, to następują w nim pewne zmiany chemiczne, które nadają mu cechę borowiny lekarskiej. Taka borowina świeżo kopana rzadko używa się do kąpeli, dopiero należy ją poddać tak zwanemu zwietrzeniu przez pozostawienie jej kilka miesięcy lub dłużej w styczności z powietrzem atmosferycznem i pod wpływem słońca i opadów atmosferycznych. Przez to następuje proces utlenienia; sole nierozpuszczalne zmieniają się na rozpuszczalne, a nadto wytwarzają się pewne lotne kwasy organiczne, jak kwas mrówkowy i octowy. Ten właśnie proces nadaje borowinie, według Lehmana, znaczenie lecznicze, a borowinę taką nazywamy leczniczą albo mineralną.

Kąpiele borowinowe, jak je dziś przyrządzamy, to rzecz względnie nowa, bo z pierwszej ćwierci XIX stulecia. Marienbad i Francensbad mają pierwsze zakłady dla kąpeli borowinowych. Nasza Krynica pierwsza ze zdrojowisk galicyjskich zaprowadza w roku 1858 za staraniem ówczesnego lekarza zdrojowego dr. Michała Zieleniewskiego kąpiele borowinowe. Do roku 1867 służą do tego celu dwie łaźienki w drewnianym budynku, przeznaczonym na kąpiele mineralne. Borowinę kopano wtedy przeważnie w parku, na łące zwanej „Michasiową“, chociaż już wtedy wiedziano o znacznych pokładach borowiny w okolicy.

Pierwszy chemiczny rozbiór borowiny krynickiej pochodzi z r. 1862 (Alexandrowicz), a dotyczy borowiny ze Złockiego i Szczawnika. W r. 1858 wydano w sezonie 126 kąpeli borowinowych, a w r. 1867 już 2009. W tym roku wybudowano nowe łaźienki mineralne murowane i urządzono w nich 13 łaźienek już więcej postępowo dla kąpeli borowinowych. Gdy do r. 1879 napływ gości do Krynicy się zwiększa, a ilość kąpeli mineralnych przekracza 20000, borowinowych zaś do 10000 dochodzi, buduje

rząd lazienki borowinowe, które w r. 1881 do publicznego oddaje użytku. Są to te same lazienki, które dziś w Krynicy widzimy. Między rokiem 1881 a r. 1901 rozwój Krynicy postępuje dosyć szybko, a ilość kąpielni borowinowych, wydanych w r. 1901, wynosi 18378. Dziś już mimo to, że dziennie 270 kąpielni borowinowych przyrządzić można, ilość ta w pełnym sezonie nie wystarcza, to też rząd od r. 1901 nosi się z myślą wybudowania nowych, nowoczesnie urządzonych kąpielni borowinowych.

Daj Boże, aby zamiar ten jak najprędzej w czyn wprowadzono na pożytek chorych, właściciela i przemysłu krajowego.

Torf tworzy się w zagłębieniach dolin i ich wcięciach, gdzie woda opadowa wskutek nieprzepuszczalności warstw głębszych nie ma swobodnego odpływu, zatem w miejscach bagnistych, wilgocią przejętych, ale tylko tam, gdzie dawniej była wielka ilość istot roślinnych, albo i dziś są warunki do bujnej vegetacji, tak, że na resztkach umierającej roślinności powstaje nowe roślinne życie i to powtarza się ciągle latami. Trawy i mech (sphagnum) miejsc bagnistych są znakomitami, tworzącymi torf, roślinami. Według stopnia zbutwienia istot roślinnych i przemiany chemicznej w pokładach torfu rozróżniamy trzy warstwy:

- a) Cienką warstwę torfu darniowego czyli najmłodszego.
- b) Warstwę torfu włóknistego czyli właściwej borowiny, w której zbutwienie postąpiło dalej, a części roślinne uległy rozpadowi.
- c) Warstwę torfu smolnego, najgłębszą, prawie bez śladu budowy roślinnej.

Do wytwarzania pokładów borowiny potrzebne są zatem pewne warunki a to: grunt wilgotny w miarę, a więc warstwy głębsze muszą być mało co przepuszczalne, nie może być wody za dużo, i woda musi być stojąca; rozkład części roślinnych musi się odbywać powoli a więc przy bardzo miernem przystępie powietrza i przy średniej ciepłocie; zbyt wysoka lub niska ciepłota nie sprzyja wytwarzaniu się borowiny.

Z tego wynika, że borowinę uważać można za masę części roślinnych, która uległa częściowo zbutwieniu, częściowo suchej destylacji. Przy butwieniu wytwarzają się istoty humusowe, przy suchej destylacji zaś węglowodory, kwasy organiczne, kwasy tłuszczowe, część zaś mała węgla roślinnego tworzy tlenek węgla (CO) lub kwas węglowy (CO₂) albo występuje jako wosk i żywica. W borowinie mamy sole kwasów organicznych, wapno, kwas krzemowy, siarkę,

fosfor, żelazo, azot, siarkowodor. Niektóre torfy zawierają b. mało składników mineralnych; te nie mają znaczenia borowiny lekarskiej.

Czemże więc jest właściwie borowina lekarska? Jest ona także torfem, przesiąkniętym wodą mineralną. W takim torfie znajdujemy daleko większą ilość soli mineralnych rozpuszczalnych, wyższy ciężar gatunkowy, a jeżeli torf taki poddamy jeszcze zwietrzeniu przez dłuższy czas, to składniki jego pod wpływem powietrza, słońca i wody ulegają utlenieniu, torf zyskuje na ilości soli rozpuszczalnych, a z istot organicznych tworzą się substancje lotne. Taki torf mineralny ze względu na swe własności lecznicze nazywamy borowiną lekarską. Torf krynicki jest borowiną lekarską żelazistą.

Borowina krynicka zawiera według rozbioru, dokonanego przez Krzyżanowskiego, asystenta chemii w Uniwers. Jagiell. w r. 1881:

Składników w wodzie rozpuszczalnych	10,762%
Z tego:	
Składników rozpuszczalnych organicznych	4,297%
" " nieorganicznych	6,466%
Ciężar gatunkowy borowiny krynickiej wynosi	1,986—2,019

W porównaniu z borowinami lekarskimi innych wybitnych zdrojowisk zawiera:

Borowina krynicka	na 1000 części	107,6 części	rozpuszczalnych
" francensbadzka	" "	35,2	"
" elsterska	" "	60,5	"
" marienbadzka	" "	37,3	"

W ostatnim lat dziesiątku bierze się borowinę do kąpieli w Krynicy z następujących okolic: z Sychły, Żółkwi, Piszczelanki obok Tylicza i Muszynki. Wszystkie te pokłady borowiny są przesiąknięte szczawą żelazistą. Prawie wszędzie leży borowina powierzchniowo, czasem pokryta warstwą naniesionego piasku lub gliny. W borowinie krynickiej znajdują się resztki zbutwiałych gałęzi i pniaków.

We wszystkich miejscowościach sposób kopania borowiny jest jednaki. Po usunięciu powierzchniowej warstwy darniowej kopie się borowinę, składa na wózki, odwozi na miejsce suche i zsypuje w przyzmy 6 metrów długie, 1,20 m. szerokie i 1 m. wysokie, oczywiście wprzód borowinę z gałęzi i kamieni. W tym stanie pozostawia się ją przez rok bez nakrycia na powietrzu. Po roku zwozi się ją do zakładu i zsypuje w budynku krytym, umieszczonym tuż za łaźniarkami. Budynek ma powierzchnię 650 m². Zwózka odbywa się w jesieni, zimą i na wiosnę. Przed sezonem wzrusza się i prze-

siewa borowinę przez druciane siatki. Tak przesianą borowinę przewozi się w wagonikach o 2 m³ pojemności ze składu kolejką na strych do łazienek borowinowych, jako borowinę gotową do kąpieli. W ten sposób upływa prawie 2 lata od chwili kopania do chwili użycia borowiny do kąpieli. Przez przeciąg tego czasu ulega borowina zwietrzeniu, które potęguje jej własności lecznicze.

Lehmann np. twierdzi, że zwietrzenie świeżej borowiny sprawia w niej powiększenie ciał rozpuszczalnych 7—10 razy i daje nam prawdziwie skuteczny leczniczy materiał do kąpieli.

Przyrządzanie kąpieli borowinowych odbywa się w Krynicy w łazienkach borowinowych. Te składają się: *a)* z kotłowni, *b)* oddziału, w którym robotnicy przygotowują w wannach borowinę, i *c)* 27 łazienek.

Ad *a)* Kocioł parowy o ciśnieniu 3½ atmosfery dostarcza pary dla pompy, która pompuje wodę do zbiornika wody zimnej i do tegoż kotła parowego; para ta ogrzewa wodę w zbiorniku, który zasila wanny w łazienkach, służące do kąpieli dla oczyszczenia ciała z przylegającej borowiny; para ta nareszcie służy do gotowania borowiny w kadziach.

Ad *b)* Oddział, w którym przygotowuje się kąpiele, czyli pracownia ma 3 piętra. Na najwyższe t. j. na strych dowozi się kolejką gotową suchą borowinę ze składu. Tam znajdują się 4 leje, przez które wysypuje się borowinę do czterech kadzi, umieszczonych na niższym piętrze, w których borowina, zmieszana z wodą i parą, ogrzewa się prawie do wrzenia; tu wreszcie znajdują się jeszcze dwa leje dłuższe, sięgające do dolnego piętra, przez które sypie się suchą borowinę wprost do wanien. Na niższym piętrze jest umieszczony zbiornik żelazny o pojemności 52 m³ dla wody zimnej i 4 kadzie dębowe, każda o pojemności 0,69 m³, połączone rurami tak ze zbiornikiem wody zimnej, jak i z kotłem parowym. Z kadzi tych spływa borowina wrząca po odsunięciu zasuw, umieszczonej w dnie, przez blaszaną rurę do podstawionej wanny na najniższym piętrze. Najniżej mamy przestrzeń betonowaną o powierzchni 107 m², jest to miejsce przyrządzania kąpieli. Tu znajduje się zbiornik wody gorącej o pojemności 21,5 m³, który łączy się ze zbiornikiem wody zimnej i kotłem parowym. Oba zaś zbiorniki t. j. z wodą zimną i gorącą są połączone rurami z wannami w 27 łazienkach. Tu 80 cm. nad podłogą znajdują się wyloty lejów, z tych dwa dla borowiny suchej z najwyższego piętra, a cztery dla

borowiny wrzącej z kadzi, umieszczonych na środkowym piętrze. W krytym ganku, biegnącym z tyłu wzdłuż pracowni, znajdują się w podłodze dwa otwory, przez które zlewa się zużyta borowina z wanien do podstawionych wagoników o pojemności 2 m³ i wywozi się kolejką 160 m. długą na miejsce przeznaczone na skład zużytej borowiny. Przy zlewach są krany wodociągowe, służące do opłukiwania wanien.

Do c) Łazienek jest 27, z tego 6—I-ej klasy, 17—II-ej klasy i 4—III-ej klasy. Każda łazienka ma dwie wanny dębowe lakierowane, umieszczone na żelaznych wózkach. W chwili, gdy jedna osoba się kąpie, w drugiej wannie przyrządza się kąpiel w pracowni na następną godzinę; wannę taką z przyrządzoną kąpielą wtacza się przez zewnętrzny oszklony betonowany korytarz do łazienki i ustawia obok wanny, przeznaczonej dla kąpeli wodnej oczyszczającej. Kąpiel borowinową przyrządza się w następujący sposób: Wannę próżną podsuwa się pod wylot leja i napelnia się ją prawie do połowy borowiną suchą, potem zatacza się ją pod wylot leja jednej z czterech kadzi i dodaje się pewną ilość wrzącej borowiny. Robotnik miesza równocześnie drewnianą łopatką obie borowiny, a następnie wyrabia rękami dokładnie tak, aby kąpiel wszędzie jednostajną miała ciepłość; przez dodanie suchej zimnej lub wrzącej borowiny albo przez dolanie do wanny wody zimnej lub gorącej otrzymujemy żądaną gęstość i ciepłość kąpeli; w końcu robotnik przerabia jeszcze raz kąpiel drucianą siatką w kształcie łopatki celem usunięcia z niej grubszych bryłek, dozorca zaś kąpeli i robotników (Bademeister) mierzy termometrem, czy kąpiel ma naznaczoną przez lekarza ciepłość, i taką wannę wtacza się do łazienki. Kąpiele przyrządza się rzadkie, półgęste i gęste, w miarę czego mieszanina składa się z 66—75% borowiny suchej a 33—25% wrzącej. W kadziach miesza się borowinę suchą z wodą po połowie. Kąpiel wodną dla oczyszczenia robi kąpielowa w czasie trwania kąpeli borowinowej. Ilość użytej na jedną kąpiel borowiny wynosi przeciętnie 150—200 kilogramów.

Kąpiele borowinowe krynickie rzadko zalecamy, jako kąpiele pełne aż po szyję, najczęściej i najkorzystniej polecamy je, jako kąpiele półpełne do wysokości dolka podsercowego i niżej do pasa, stosujemy je, jako kąpiele częściowe na ręce i nogi. Wreszcie stosujemy borowinę ciepłą w postaci okładów na pojedyncze części ciała.

Z powodu zawartości w borowinie śladów kwasu siarkowego i kwasów lotnych przypisywano jej własności zabijania drobnoustrojów i radzono np. wypełnianie pochwy borowiną, jako środek swoisty dla leczenia rzeżączki. Posiadamy inne pewniejsze sposoby leczenia tego cierpienia, a takie manipulacje około części rodnych, pozostawione samym chorym, sprowadzają tylko podrażnienie płciowe. Tak samo nie zaleca się używania wzierników kapielowych. Borowina dostaje się podczas kąpieli do dolnego odcinka pochwy zwłaszcza u kobiet z obszernem wejściem do pochwy. Nie ulega wątpliwości, że wysusza ona i garbuje błonę śluzową; z tego powodu badanie i zakładanie wziernika do pochwy tuż po kąpieli borowinowej przedstawia pewne trudności.

Ponieważ działanie fizjologiczne kąpieli borowinowej na ustrój zależy od gatunku borowiny, od sposobu jej otrzymywania i przetwarzania a nareszcie od sposobu przyrządzania kąpieli, dziwić się nie należy, że w odnośnej literaturze nie mamy zgodnych zapatrywań, lecz nawet wprost sprzeczne zdania. To jest zupełnie zrozumiałe, nie należy więc stawiać pewnych norm dla wszystkich borowin, ale w każdym zdrojowisku badać własności i skutki lecznicze borowiny i dla używania tej borowiny stawiać wskazania.

Aby zrozumieć, dla czego organizm znosi znacznie wyższą ciepłotę w kąpieli borowinowej, aniżeli w wodnej, musimy wspomnieć o tak zwanym obojętnym punkcie termicznym. Dla kąpieli wodnej należy przyjąć z Liebermeisterem punkt ten przy 34°C , to znaczy, że utrata ciepła organizmu zdrowego człowieka w kąpieli o ciepłocie 34°C , trwającej 10—15 minut, odpowiada mniej więcej średniej normalnej utracie ciepła organizmu w zwykłych warunkach. Jeżeli wyjdziemy z takiej kąpieli wodnej, i wejdziemy do kąpieli borowinowej średnio gęstej o tej samej ciepłocie, to ona wyda nam się chłodniejszą, a dopiero kąpiel borowinowa o ciepłocie $36\text{--}37^{\circ}\text{C}$ wyda nam się równie ciepłą, jak wodna; albo też trzymajmy jedną nogę w kąpieli wodnej na 34°C a drugą w borowinowej o ciepł. 37°C , przekonamy się, że uczucie cieplne jest jednakie. Własność ta polega na różnicy w przewodnictwie ciepła między wodą a borowiną. Borowina jest złym przewodnikiem ciepła, trudniej się ogrzewa i trudniej oddaje ciepło; ta własność borowiny sprawia, że możemy polecać kąpiele te bez szkody dla organizmu aż do 34°R ($42,5^{\circ}\text{C}$), gdy kąpiel wodna ponad 32°R (38°C) jest prawie niemożliwa, chociaż i tu zależy coś od przyzwyczajenia. Własność tę

borowiny mniejszej pojemności i słabszej zdolności przewodnictwa ciepła — przypisać należy obecności w niej cząstek organicznych roślinnych.

To samo da się powiedzieć o trudności, z jaką się kąpiący spotyka, gdy się chce wtłoczyć na dno wanny w gęstej kąpeli borowinowej. Ten objaw zależy także od ilości części roślinnych (cellulosa) i gęstości masy kąpielowej. Po wejściu do kąpeli borowinowej skarżą się chore na pewien rodzaj utrudnienia oddychania. Objaw ten występuje najczęściej u osób nerwowych lub osłabionych, i ustępuje już po kilku minutach. Jest on następstwem ciężaru borowiny, która uciska powłoki brzuszne, przez co działanie przepony jest utrudnione, a stąd trudniejsze oddychanie; ten objaw istnieje rzeczywiście, ale nie o wiele w większym stopniu, jak w kąpeli wodnej; nowsze też badania (Helmkamp) wykazały, że mała jest tylko różnica w ciężarze gatunkowym borowiny, do kąpeli przygotowanej, a wody.

Z poprzednich ustępów wiemy, że punkt termicznie obojętny dla borowiny leży o 2° wyżej, niż dla wody i że wynosi 36°C. Działanie zatem kąpeli borowinowej będzie najmniej wybitne, gdy ona ma ciepłotę 36° C (29° R), to znaczy, że czynność poszczególnych narządów, jak i całego organizmu, ciepłota wewnętrzna i zewnętrzna, nie doznają w takiej kąpeli prawie żadnej zmiany. Im bardziej zaś ciepłota kąpeli borowinowej odbiegać będzie od 36° C, czy to ku dołowi, czy też ku górze, tem wybitniejsze jej będzie działanie, w pierwszym razie jako kąpeli, odciągającej ciepło (Wärmeentziehendesbad), w ostatnim — jako kąpeli, ciepło zwiększającej (Wärme-steigerndesbad). Jeżeli wejdziemy do kąpeli borowinowej o ciepłocie 37,5–42,5° C (30–35° R), to doznajemy trudności w oddychaniu, uczucia ogólnego ciepła, uderzenia krwi do głowy, przyspieszenia tętna i oddychania; u osób otyłych występuje silne zaczerwienienie twarzy i pot na czole, skroniach i policzkach, nastrzykanie naczyń spojówkowych, tętnienie tętnic dogłowych wybitne, czasem ból głowy, zawroty a nawet omdlenie (przestroga, aby bez polecenia lekarza nie brać gorących kąpeli borowinowych). Po chwili widzimy, że skóra się zaczerwienia, staje się gładką i miękką, jakby nieco obrzmiała i cieplejszą; zaczerwienienie to można powiększyć przez nacieranie powłók borowiną. Te objawy są następstwem w pierwszej linii ciepłoty borowiny a dalej obecności części roślinnych, krzemianów, soli rozpuszczalnych, kwasów lotnych orga-

nicznych i kwasów mineralnych. Po 10—15 minutach znika uczucie ciężaru i zadyszki, a występuje uczucie swobody i milego ciepła.

Co do zachowania się tętna, to nie wielu badaczy twierdzi, że tętno się zwalnia (Fellner), większa ich część twierdzi, że tętno staje się zrazu szybszem, poczem wolniej, ale jeszcze jakiś czas po kąpieli jest nieco szybsze niż przed kąpielą (Kisch, Stiffler, Heller). Ilość oddechów się zwiększa tem więcej, im kąpiel cieplejsza i gęstsza. Ciepłota ciała w kąpielu borowinowej, trwającej 20—30 minut, mierzona w odbytnicy, wykazuje podwyższenie o 1—2° C, co zależy również od ciepłoty kąpieli. Przekrwienie w częściach rodnych kobiecych jest znaczniejsze, albowiem po takiej kąpielu termin peryodu się przyspiesza, a odpływ bywa obfitszy niż zwykle.

Czynność gruczołów potnych skóry po takiej kąpielu bywa wzmózona. Co do wydzielania moczu, to bywa ono po takiej kąpielu zmniejszone wobec wzmóżenia czynności wydzielniczej skóry. System nerwowy po pierwszych ciepłych kąpielach borowinowych staje się wrażliwszym, pobudliwość nerwowa jest większa, wrażliwość organów, dotkniętych znamionami chorobowemi, większa. Ten objaw jednak ustępuje w miarę, gdy się chora do kąpieli przyzwyczaja.

Jako niezaprzeczony skutek kąpieli borowinowych ciepłych musimy uważać powiększenie ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny (Heller) i wzmówienie przemiany materji. Na ogólny stan kąpiel borowinowa ciepła działa w ten sposób, że występuje pewne zmęczenie, pewna ociężałość w mięśniach, senność, po czem niedługo występuje uczucie łaknienia. Przypatrzmy się teraz działaniu kąpieli borowinowej o ciepłocie 30—35° C (24—28° R). Wydaje nam się chłodną i to tem więcej, im cieplejsze jest powietrze otaczające. Sprawia też pewne podrażnienie powłok zewnętrznych, ale skóra jest blada, jakby sucha i pofałdowana: występuje tu działanie ściągające soli żelazowych; tętno staje się w pierwszej chwili szybsze, lecz wkrótce się zwalnia i staje się pełne, liczba oddechów się zmniejsza, a ciepłota ciała nieco się obniża, wydzielanie moczu po kąpielu się zwiększa. Kąpiel taka przeto nie działa podniecająco na system nerwowy, nie wzmaga przemiany materji, lecz działa więcej uspakajająco; to samo dotyczy kąpieli borowinowej o ciepłocie, zbliżonej do punktu termicznie obojętnego t. j. do 29° R. Rozumie się, że wszędzie z indywidualnością osobnika liczyć się należy.

Oceniając teraz działanie poszczególnych składników borowiny, musimy powiedzieć, że sole żelazowe działają ściągająco, o ile ciepłota kąpieli nie przekracza $34 - 35^{\circ}\text{C}$ (29°R); przy wyższej ciepłocie skutki te nie tyle wchodzą w rachubę, bo tu główną odgrywa rolę ciepłota i masa kąpieli. Należy dalej wspomnieć o kwasach organicznych lotnych (kwas mrówkowy, octowy), o żywicy, kw. humusowym, kwasie węglowym i siarkowodorze. Wszystkim tym składnikom przypisywano dawniej wielkie znaczenie, bo sądzono, że dostają się przez skórę do krwi. Dziś nie możemy wykluczyć ich działania drażniącego na skórę, na zakończenia nerwowe, na naczynia włosowate skóry, a więc pośrednio i na krążenie ogólne, ale działanie to wobec małej ich ilości w borowinie stać musi na drugim miejscu, pierwsze zajmuje ciepłota, masa borowiny i ta jej własność fizyczna, że zapomocą niej możemy wyrzucić na organizm daleko silniejszą podniecię termiczną bez szkody dla organizmu. Działanie kąpieli borowinowej czy to o ciepłocie niżej 35°R , czy wyżej 37°C jest w porównaniu z kąpielą wodną wprawdzie powolniejsze, ale za to dokładniejsze, łagodniejsze i dłużej trwające.

D. C. N.

Hydromeningocele sacralis anterior

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

PODAL

FRANCISZEK NEUGEBAUER (Warszawa).

C. D.

Virchow znalazł przy sekcji wielkości główki noworodka meningocele sacralis posterior, które nóżką drożną łączyło się z oponą twardą rdzeniową. Warunek, że torbiel leżała na tylnej powierzchni kości krzyżowej, tłumaczy, jak kobieta ta mogła dwukrotnie pomyślnie rodzić. W danym przypadku rozpoznanie kliniczne herniae ischiadicae vesicae urinariae było mylne, chora w dodatku zmarła wskutek zakażenia rany. Dziś operacya aseptyczna w tym przypadku miałaby może inny wynik, również i rozpoznanie byłoby ułatwione wobec badania Roentgenowskiego.

SPOSTRZEŻENIE II. Drugie spostrzeżenie opisał Wegner¹⁾.

Pacjentka, która długo leczyła się w klinice Bardelebena w berlińskim Charité, urodziła się z wygórowaniem wielkości grochu w okolicy krzyżowej. Wygórowanie to powiększało się powoli, w 13 roku życia miało już wielkość głowy dorosłego człowieka i nagle pękło z wylaniem się płynu przezroczystego wodnisteo, który z czasem przybrał konsystencyę cokolwiek gęstszą i barwę żółtawą. Po 22 tygodniach otwór, powstały przy pęknięciu, zbliżił się, i pozostała tylko mała część guza. Przytem chora stale doznawała bólów, osłabienia dolnych kończyn i nie mogła utrzymać moczu.

Od 14 roku pacjentka cierpiała na bardzo silną ozaena z udziałem kości: owrzodzenia przechodziły wtedy na przelyk i krtani.

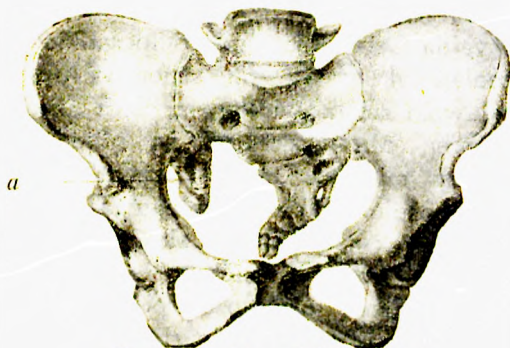
¹⁾ WEGNER. Becken mit congenitaler Hydromeningocele sacralis eines zwanzigjaehrigen Maedchens. *Beiträge zur Geburtshülfe etc.* Sitzungsberichte, Berliner geburtshuelfliche Gesellschaft. Sitzung vom 10 Mai 1870, pg. 83.

Pacjentka zmarła wreszcie wskutek suchot płucnych, licząc lat 20. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 18 roku, lecz powtórzyła się jeszcze dwa razy tylko; ciąży nigdy nie było. Przy sekcji znaleziono rzecz bardzo rzadką. Mniej więcej na wysokości czwartego kręgu krzyżowego, cokolwiek ku stronie prawej od linii środkowej, sterczał pokryty tylko skórą ale ściśle z nią zrosnięty guz wielkości sliwki podłużno-okrągławy, twardy, który przechodząc w okrągławy powrózek wdrażał przez szparę w kości do wewnątrz kanału kości krzyżowej i do znajdującego się na wysokości pierwszego kręgu krzyżowego rdzenia. Na dolnym obwodzie prawego guza kulszowego (tuber ischii) sterczał ku stronie prawej i nazewnątrz guz (exostosis), rozszerzający się ku dołowi, czyniący wrażenie narośli kostnej (Rys. 3 i 4).

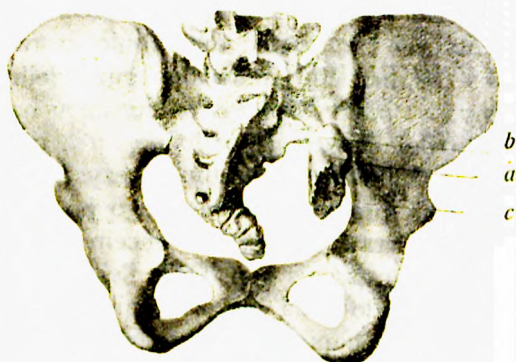
Istniało hydromeningocele sacralis, które zachowało się aż do wieku dojrzałości. W 13 roku worek, mając wielkość główki dziecka, pękł, później na drodze ropienia jama guza zarosła tak, że guz zmalał do bardzo nieznacznych rozmiarów. Śmierć nastąpiła z powodu gruźlicy, a pęknięcie hydromeningoceleś równało się prawie samowyleczeniu z tego cierpienia, chociaż pozostała incontinentia lotii oraz niedowład dolnych kończyn.

Sekcja: Brak zupełny łuków kręgowych 2 - 5 kręgu krzyżowego; od processus spinosus spurius pierwszego kręgu krzyżowego zaczyna się szerokie rozszczepienie kanału kręgowego: hiatus. Cała kość krzyżowa znacznie zboczona ku stronie lewej i nazewnątrz, kość ogonowa zaś skierowana w prawo i ku wewnątrz tak, że, licząc od ostatniego kręgu lędźwiowego, istnieje 8-kowata krzywizna dolnego końca kręgosłupa. Od dolnej powierzchni guzowatości podlędźwiowej prawej (tuberositas ossis ilei dextri) wychodzi ku dołowi i ku środkowi połączona z nią chrząstkozrostem (synchondrosis) o nieznacznej ruchomości kość 5 cent. długa, 4 szeroka, 2 cent. gruba, gładka na tylnej powierzchni. Wiele trudności przyczyniło Wegnerowi wyjaśnienie istoty tej nieprawidłowej kości. Kształt kości embryologicznie nie tłumaczył niczego. Być może, iż kość ta powstała ze złącia się w jedno zarodków czterech dolnych łuków kręgow krzyżowych, które przez wyrastający guz zostały przemieszczone nazewnątrz, wciśnięte jeden na drugi etc., z czego mogła powstać owa masa kostna. Dane opisu przemawiają więcej za tem, że chodziło tu o hydromeningocele sacralis, nie wychodzące z rozszczepu kości krzyżowej na linii środkowej ciała, a że istniał

defekt boczny kości krzyżowej. Zanik już wytworzonych części bocznych 2—5 kręgu krzyżowego nastąpił prawdopodobnie wskutek wypuklającego się w tym miejscu hydrops spinalis. Może być, iż zanik uciskowy założonych już w zarodku części bocznych owych kręgów nastąpił zanim jeszcze doszło do skutku kostnienie, może-



Rys. 3. Miednica widziana z przodu.



Rys. 4. Miednica widziana od tyłu.
(Spostrzeżenie Wegnera)

a —kość 5 ctm. długości, 4 ctm. szerokości, 2 ctm. grubości, połączona synchondroza, *b* cum tyberositate ossis ilei dextrę; *c* —nekrotyczna powierzchnia tej kości na tylnej powierzchni (wskutek decubitus).

bnem jest również, że wskutek istniejącego uprzednio w tym miejscu rozszerzenia worka oponowego zarodki owych kręgów 2—5 pozostały w stanie szczątkowego rozwoju.

Z rysunku podanego przez Wegnera nie sposób poznać, czy wyrostek kostny *abc* należy do kości krzyżowej, czy też do prawo-

stronnej kości podłędźwiowej (os ilei). Tyle tylko można powiedzieć, że nie chodzi tutaj o rozszczep przedni kręgosłupa na linii pośrodkowej ciała, lecz o rozwój szczałkowy prawostronnych bocznych części kości krzyżowej czyli o sprawę podobną, jak w mojem spostrzeżeniu.

SPOSTRZEŻENIE III. Jedno z najciekawszych spostrzeżeń z kliniki Spiegelberga opisali Kroner i Marchand ¹⁾, jako unikat.

20-letnia Brygida Gertizanka dnia 10 lipca 1880 r. wstąpiła do kliniki. Od urodzenia miała prawą stopę szpotawą (pes varus), pozatem ukształtowanie zdawało się prawidłowem, lecz prawa noga zawsze była słabsza od lewej. Miesiączka [od 15 roku życia. Nigdy nie było ciąży. Cztery miesiące temu pacjentka spadła z krzesła i od owego czasu choruje. Po upadku zauważyła guz, który teraz stale powoli się powiększał, zjawily się bóle głowy, w krzyżach, uczucie pociągania w brzuchu, mdłości, skłonność do wymiotów. Peryody zostały regularne, czynności pęcherza moczowego nie ucierpiały, tylko oddawanie stolca stało się teraz utrudnionem. Chód był kulejący, ponieważ prawa noga była krótsza od lewej. Asymetrii miednicy pomimo to nie znaleziono. Kręgosłup zdradzał w dolnej części skoliotyczne wygięcie ku stronie prawej, lecz nie był bolesny na ucisk. W brzuchu znaleziono guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, w linii pośrodkowej sięgający na dwa palce powyżej pępka, po stronie lewej tylko do pępka a po prawej do łuku żebrowego. Guz był mało ruchomy, sprężysty, wyraźnie chleboczący, niebolesny. Na przedniej ścianie jego po stronie lewej leżało jakieś ciało z podstawą u góry i końcem dolnym zaostrozonym na wysokości spinae anterioris sup. ossis ilei. Hymen zachowany, tylna ściana pochwy wytłoczona jest znacznie ku przodowi, prawie aż do spojenia łonowego, napięta; czuć na niej falę płynu, gdy uderzyć w przednią ścianę brzuszną na guzie. Macica tak wysoko uniesiona do jamy brzusznej, że palcem nie sposób dojść do niej per vaginam. Odbytница in toto odepchnięta ku stronie lewej, przyczem ściany jej przylegają do siebie. Ciało owe trójkątne, leżące na przedniej powierzchni guza, Spiegelberg brał słusznie za macicę, guz zaś uważał za retrocerwikalną torbiel podsurowicza. Hydronefrozę wykluczył, ponieważ guz nie wychodził z okolicy nerki i zaj-

¹⁾ Meningocele sacralis anterior. *Archiv f. Gynaekologie*, 1881, Vol. XVII, pg. 444—474.

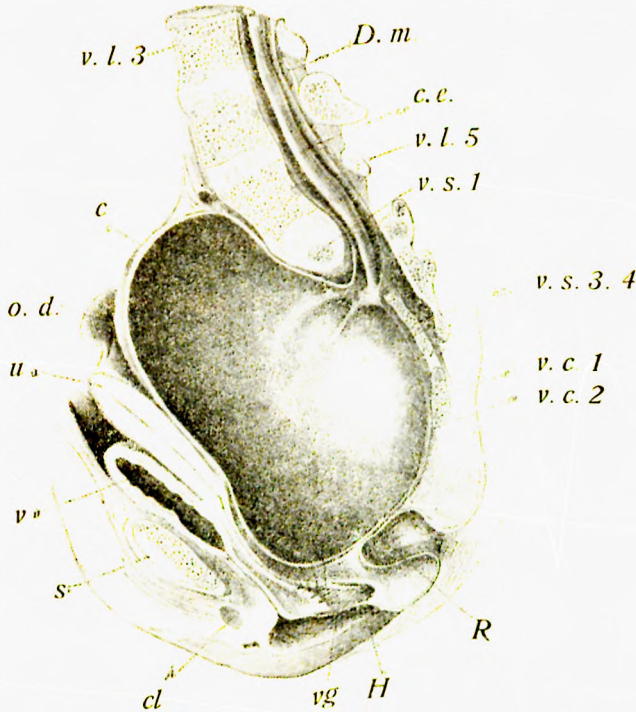
mował obie strony brzucha; wykluczył również włókniak torbielowo zwyrodniały, ponieważ ten nie byłby dawał tak wyraźnej fluktuacji. Spiegelberg wahał się w rozpoznaniu pomiędzy torbielą jajnikową, wyrosłą pozaotrzewnowo, torbielą parowaryalną i bąblowcem. Punkcya miała rozstrzygnąć kwestyę. Dnia 18 czerwca Spiegelberg dokonał nakłucia trójgrańcem grubości gęśiego pióra cztery centymetry powyżej ujścia pochwy i wypuścił 3000 gramów rzadkiego, przezroczystego jak woda płynu. Zaraz potem macica znalazła się na miejscu właściwym w małej miednicy. Płyn wypuszczony był alkaliczny, o małym ciężarze właściwym (1,007), ze śladami zaledwie białka, bez mucyny i bez paralbuminy, bez cukru, bez elementów morfotycznych, bez haczyków (scolices) i bez błon chitynowych. Obraz drobnowidzowy był absolutnie bierny, jałowy. Spiegelberg przyjął rozpoznanie: *Cystoma ligamenti lati*. Chora zaraz po punkcyi narzekała na bóle w krzyżach i ból głowy; guz bardzo szybko ponownie się napelniał i już w trzy dni po nakłuciu miał tę samą co poprzednio wielkość. Dotąd jednak chora nie gorączkowała. Ponieważ torbiele przyjajnikowe (parowaryalne) zwykle jakoby po opróżnieniu obliterują, Spiegelberg przypuszczał jajnikowe pochodzenie guza. Dnia 23 czerwca miesięczka niebolesna, lecz dla opróżnienia pęcherza trzeba było użyć cewnika (kateteru). Torbiel rosła z dnia na dzień. Bóle pozostały tak silne, że kilka razy wypadło uciec się do morfiny. Ciężota ciała stale dochodziła obecnie do 38,0 a niekiedy nawet do 39,0° C. Spiegelberg był zdania, że ponowne napelnienie się guza jest pochodzenia zapalnego pomimo aseptycznego dokonania punkcyi, wobec czego postanowił naciąć szeroko ścianę torbieli, założyć sączek i w sposób taki wywołać zarosnięcie jamy guza. Dnia 28 czerwca rozciął ostrym nożem ścianę guza od strony pochwy na prawo i na lewo od miejsca poprzedniego nakłucia, przyczem wylał się płyn jasnoróżowy z domieszką włókniaka. Po dokładnem opróżnieniu guza jamę jego wypłukano dwuprocentowym roztworem karbolu i założono gruby dren. Badanie drobnowidzowe wykazało w płynie prócz licznych krwinek czerwonych nieco komórek ziarnistych i bardzo znaczną ilość wielkich, płaskich komórek podobnych do śródbłonka (endothelium) otrzewnej. Nazajutrz zrana gorączki nie było, popołudniu—38,7° C. Następných dni ciężota wahała się pomiędzy 38,0 a 39,0° C. Przez sączek wypływała cuchnąca ropa, a podczas przepłukiwania jamy wy-

dzielały się strzępki cuchnące, brudnawe, nekrotyczne. Bóle trwały bez przerwy. Dopiero teraz zwrócono uwagę na stały opisthotonus, który wystąpił u chorej zaraz po pierwszej punkcji. Kark sztywny jak drzewo nie dawał się wyprostować. Przy próbie wyprostowania chora krzyczała w niebogłosy; nadezłości (hyperestezji) skórnej ogólnej nie zauważono. Nie było powodów, aby przypuszczać porażenie centralne. Do ogólnego obrazu przyłączyło się zapalenie pęcherza moczowego. Cuchnąca ropa wciąż się wydzielala. Dnia 10 lipca ciepłota podniosła się do $40,0^{\circ}\text{C}$; nazajutrz wszakże opadła do normy; w następnych dniach lekkie nasilenia ciepłoty. Mictio voluntaria, mocz z domieszką ropy. Samopoczucie lepsze, acz bóle i opisthotonus trwały dalej. Dnia 16 lipca chora po wyjściu z łóżka, aby oddać mocz, upadła nieprzytomna, przyczem z pochwy wystąpiło krwawienie. Stan ten wkrótce poprawił się, lecz chora doznawała teraz silnego parcia na odbytnicę. Tylne ściana pochwy była odepchnięta ku przodowi, aż do spojenia lonowego. Z worka torbieli wylało się sporo ciemnokrwawego, bardzo cuchnącego płynu oraz większych skrzepów krwi. Dnia 17 lipca nastąpiła zapaść bez utraty przytomności; ciepłota $37,3^{\circ}\text{C}$. Tętno szybkie. Płyn, pochodzący z wypłukania, czarno zabarwiony. Po południu chora leżała w łóżku z oczami nieruchomo utkwionymi w sufit, źrenicami bardzo rozszerzonymi, załamując ręce, chwytając co chwila za koldrę, krzycząc na głos z bólu. Nie odpowiadała na pytania i wogóle nic nie mówiła, ciepłota $39,0^{\circ}\text{C}$. Po morfynie chora cokolwiek się uspokoiła. Wieczorem coma profundum, oddech charczący; źrenica prawa rozszerzona do wielkości dwudziestofenigówki, lewa—wielkości łebka od szpilki; rogówka i łącznica mało wrażliwe; usta otwarte, na wargach piana. Opisthotonus jak przedtem. Ręce i nogi zwieszane bezwładnie, bez jakiegokolwiek naprężenia. Bóle ustały zupełnie, wkrótce potem chora wyzionęła ducha. (Rys. 5 i 6.)

Nikomiu nie przyszła do głowy myśl, że chodziło w danym przypadku o meningocelę sacralis anterior, i że postępowanie operacyjne stanie się przyczyną rozlanego zapalenia opon mózgowych. Dopiero teraz wyjaśniła się przyczyna tęcza tylnego (opisthotonus) jako objawu tego zapalenia, wyjaśnił się powód owych szalonych bólów w grzbiecie i bólów głowy. Komórki śródbłonkowe, wydzielane z płynem, pochodziły z opony twardej (dura mater). Guz musiał być wrodzony, chociaż chora nigdy go dawniej nie zauważyła, lecz powiększył się dopiero po urazie tak samo, jak w przy-

padku, opisanym przez Braunego, objawy choroby wystąpiły dopiero w 15 roku z powodu urazu.

Kroner zaznacza, iż badanie drobnowidzowe płynu, wydobyte-



Rys. 5. Przekrój sagitalny. (Spostrzeżenie Spiegelberga, opisane przez Kronera i Marchanda.)

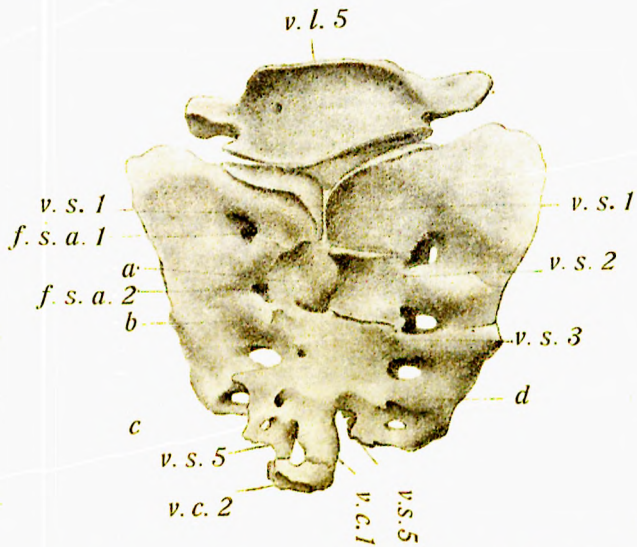
Rysunek podług preparatu anatomicznego. Torbiel przy średnim napełnieniu. Na rysunku widać przekrój prawego rogu macicy i cervicis uteri. Tylna ściana pochwy wypukła się ku przodowi; na tylnej ścianie pochwy oznaczono miejsce nacięcia. Z powodu przemieszczenia odbytnicy ku stronie lewej na rysunku widać tylko dolny odcinek odbytnicy. Cewka wydłużona wskutek przemieszczenia pęcherza ku górze. D—dura mater, przechodząca na wewnętrzną powierzchnię torbieli, w niej cauda equina, której powrózki otoczone są złożami ropno-włóknikowemi. W prawej stronie torbieli niektóre powrózki nerwowe uwydatniają się wypukle.

D. m. — dura mater, *c. e.* — cauda equina, *v. l. 5* — vertebra lumbalis 5, *v. s. 1* — vertebra sacralis 1, *v. s. 3, 4* — vertebra sacralis 3, 4, *v. c. 1* — vertebra coccygis 1, *v. c. 2* — vertebra coccygis 2, *R* — rectum, *H* — hymen, *vg* — vagina, *cl* — clitoris, *S* — symphysis pubica, *v* — vesica, *u* — cornu dextrum uteri, *od* — ovarium dextrum, *c* — meningocele sacralis, *v. l. 3* — vertebra lumbalis 3.

go przy punkcyi, nie daje rozstrzygających wskazówek co do rozpoznania różniczkowego; wypada w przyszłości zwracać uwagę na to, czy nie istnieje równocześnie stopa szpotawa (*pes varus*). Zda-

niem jego, jeśli tylko istnieje podejrzenie paciierzowego (spinalis) pochodzenia guza, przypadek nie powinien podlegać interwencji pozostając noli tangere dla chirurga. Marchand dodaje do pracy Kronera dokładny opis sekcji w przypadku Spiegelberga i zestawia kazuistykę podobnych spostrzeżeń. Przytaczam z protokołu sekcyjnego tylko to, co dla nas jest ważne.

Pes varus dexter. Po usunięciu z jamy brzusznej pęteli kiszkiowych ujawniono guz, sterzący ku górze i wychodzący z małej mie-



Rys. 6. Os sacrum od przodu widziane. (Spostrzeżenie Spiegelberga.)

v. l.—vertebra lumbalis 5; v. s. 1, v. s. 2, v. s. 3, v. s. 5—vertebra sacralis 1, 2, 3, 5, v. c. 1, v. c. 2—vertebra coccygis 1, 2, a—defekt kostny w prawej połowie ciała 2 kręgu kości krzyżowej, b—kolec kostny przy brzegu defektu kostnego, c—występ kostny po stronie prawej, d—kolec kostny po stronie lewej, f. s. a. 1, f. s. a. 2—toramen sacrale anterius 1, 2.

dnicy głównie po stronie prawej; guz ten unosi otrzewną powyżej lineae terminalis pelvis. Jama Douglasa prawie wygładzona, tylko na lewej stronie obok guza, mającego wielkość dwóch pięści, widać niewielkie zagłębienie (recessus), jako pozostałość tej jamy. Macica uniesiona ku górze i ku stronie lewej, przylega do przedniej powierzchni guza. Tak samo jak w moim przypadku przewody Müllera niezupełnie zlane ze sobą; uterus bicornis; prawy róg leżał

cokolwiek wyżej od lewego, dolna część macicy odepchnięta była cokolwiek ku stronie lewej. Prawy jajowód przebiegał wpoprzek przedniej powierzchni guza ku górze, brzuszny koniec jajowodu był wolny, tylko krezka jajowodowa (mesosalpinx) z guzem połączona.

Prawy jajnik przylega do guza, lewostronne przydatki maciczne leżą cokolwiek niżej i więcej ku tyłowi, lewe ligamentum latum dobrze widoczne, prawe wygładzone przez to, że guz wrósł pomiędzy listki jego. Guz, torbiel elastyczna mocno napięta, stoi w związku z prawą stroną miednicy i kością krzyżową. W guzie znaleziono około 500 gramów czarnych, stwardniałych skrzepów krwi. Torbiel przylega do górnej części tylnej ściany pochwy; ściana pochwy w dolnym odcinku jest zgrubiała. Trzy centymetry powyżej ujścia pochwy znaleziono pooperacyjną ranę, która prowadzi kanałem, przepuszczającym mały palec, do samej torbieli; kanał ten ma około dwóch centymetrów długości. Obydwa moczowody leżą na guzie i są rozszerzone i cokolwiek na bok przemieszczone. W jamie macicy dwurożnej znaleziono przegrodę, sięgającą od góry mniej więcej do połowy jamy macicznej. Obydwie tętnice i żyły podłędźwiowe (art. et venae iliacae) przechodzą pomiędzy ścianami miednicy a guzem i są cokolwiek ściśnięte, lecz drożne. Ściana torbieli gruba; wewnętrzna jej powierzchnia nierówna, chropowata, ze złogami włóknikowymi zielonawo-szarymi i resztkami skrzepów. W jednym miejscu na tylnej ścianie torbieli od strony jamy widać dwie grubsze fałdy, a pomiędzy nimi okrągławy otwór. Nazewnątrz torbiel stoi poniekąd w związku z narządami małej miednicy. Torbiel wychodzi z kości krzyżowej i kanału kręgowego przez otwór, leżący prawie na linii środkowej poniżej pierwszego kręgu krzyżowego i sięgający cokolwiek więcej na prawo niż na lewo. Defekt w kości krzyżowej dwa i pół centymetra szeroki i dwa centymetry wysoki jest otoczony zastrzonymi brzegami kostnymi. Na przekroju sagittalnym miednicy widać, że kanał, wychodzący z jamy torbieli ku tyłowi, prowadzi przez defekt kości krzyżowej do światła canalis spinalis, że wdraża do jamy opony twardej, czyli, że kanał sam jest powleczonej wewnątrz dura mater. Dolny koniec rdzenia kręgowego sięga prawie do końca kości krzyżowej. Conus medullaris kończy się na wysokości pomiędzy pierwszym a drugim kręgiem krzyżowym, filum terminale dochodzi znacznie niżej, będąc otoczone w dolnym końcu kanału kręgowego bliznowatymi zrostami. Dolny koniec rdzenia kręgowego, nerwy caudae equinae i opona twarda

są pokryte brudno-żółtawym nalotem w postaci błon wrzekomyc. takim nalotem są pokryte również pia mater i dura mater cerebri. Cały worek opony twardej rdzeniowej jest silnie napięty i stwardniały; zewnętrzna jej powierzchnia zielonawo-szarawa, o widocznych tu i owdzie przekrwieniach. Cały rdzeń kręgowy otoczony p. części żółtymi masami włóknikowemi, które wypełniają przestrze pomiędzy nim a oponą twardą. Miąższ rdzenia miękki jak papka zmacerowany. Meningocele sacralis anterior, fissura ossis sacri congenita, przecięcie torbieli per vaginam, ropne zapalenie powierzchni wewnętrznej ze świeżym krwawieniem z worka przepukliny oponowej. Myelomeningitis fibrinopurulenta, meningitis cerebrealis ichorosa purulenta, uterus bicornis. Hydronephrosis duplex, dilatatio ureterum: cystitis, pyelonephritis. Pes varus dexter cum atrophia extremitati inferioris dextrae.

Badanie drobnowidzowe: ściana torbieli grubości 2—3 milimetrów, dalszy ciąg durae matris składa się z tkanki łącznej bogatej unaczynionej, nacieczonej komórkami okrągłemi; na powierzchni resztki złożeń włóknikowych, wrzekomo błoniastych. Tkanka ściany miększa i bogatsza w komórki niż sama dura mater. W torbieli nie znaleziono ani śladu wielkich płaskich komórek śródbłonkowych, stwierdzonych w płynie, wydobytym przy nakłuciu; wskutek sprawy zapalnej nie sposób ich rozpoznać.

Prawa połowa miednicy kostnej cokolwiek mniejsza od lewej i słabiej rozwinięta niż lewa. Kształt kości prawostronnych więcej zarodkowy niż lewostronnych. Na pierwszym kręgu krzyżowym widać przedni rozszczep, czyli, że ciało tego kręgu składa się z dwóch niepołączonych kostnie ze sobą połówek; w drugim kręgu krzyżowym również widać szeroki defekt kostny po stronie prawej, defekt ten przechodzi bezpośrednio w foramen sacrale anterius pomiędzy pierwszym a drugim kręgiem krzyżowym. Dolny koniec kości krzyżowej oraz coccyx niesymetrycznie ukształtowane. Prawa połowa kości krzyżowej jest mniejsza i drobniejsza od lewej. Lewa połowa kości krzyżowej więcej zbliża się do normy, lecz pomiędzy pierwszym a drugim i pomiędzy drugim a trzecim kręgiem widać jeszcze chrząstkę międzykręgową. Na lewej połowie kości krzyżowej widać cztery foramina sacralia anteriora i posteriora; na stronie prawej brak drugiego foramen anterius, ponieważ złane jest z defektem kostnym. Defekt pierwszego kręgu jest wypełniony tkanką ścięgnistą, która bezpośrednio przechodzi w cartilago intervertebra-

lis. Wszystkie foramina sacralia anteriora po stronie prawej leżą wyżej niż po lewej. Prawa połowa pierwszego kręgu krzyżowego jest niższa od lewej i wykazuje silniejsze ectopium. Defekt w środku kości krzyżowej miał 2,3 cent. wysokości, 2,8 cent. szerokości i był ograniczony po lewej stronie lekko zaostrozonym i wklęsłym brzegiem lewej połowy drugiego kręgu krzyżowego, ku górze zaokrąglonym nieco dolnym brzegiem prawej połowy pierwszego kręgu krzyżowego, nazewnątrz wyrostkiem poprzecznym drugiego kręgu oraz zewnętrznym brzegiem drugiego foramen sacrale anterius, ku dołowi górnym brzegiem trzeciego kręgu krzyżowego, który posiada ostro wystający ku stronie prawej kolec kostny, symetryczny z górnym brzegiem lewej połowy. Kolec ten ogranicza ku środkowi i ku dołowi obwód foraminis sacralis, którego górna granica nie istnieje. Na dnie owego defektu kostnego widać tylną ścianę kanału kręgowego. Od środka obwodu pierwszego foramen sacrale anterius do górnego brzegu defektu kostnego przebiega linia demarkacyjna wyraźna pomiędzy prawą połową pierwszego i drugiego kręgu krzyżowego. Dolny koniec kości krzyżowej bardzo zniekształcony. Po lewej stronie, poniżej środka kości krzyżowej, widać jakby niepełne rozszczepienie bocznego wolnego brzegu ostatniego kręgu krzyżowego. Koniec kości ogonowej cokolwiek ad latus zagięty. Tylna powierzchnia kości krzyżowej normalna. Chodziło więc o workowate wycisowanie durae matris spinalis przez defekt w przedniej ścianie kości krzyżowej na wysokości drugiego kręgu. Defekt ten stanowił jedną całość cum foramine sacrali anteriore secundo. Ciało drugiego kręgu krzyżowego istnieje tylko w połowie, a defekt kostny pierwszego kręgu jest zamknięty przez tkankę ścięgnistą. Hydrorrhachis cum meningocele sacrali anteriori wraz z brakiem prawej połowy ciała drugiego kręgu krzyżowego oraz cum fissura mediana corporis pierwszego kręgu krzyżowego.

Marchand upatruje sprawę pierwotną w hydrorrhachis a rozszczepienie kręgów uważa za jego następstwo.

SPOSTRZEŻENIE IV. W przypadku Braunego ¹⁾ piętnastoletnia, dobrze ukształtowana dziewczyna miała wrodzony guzik na lewym pośladku, który po upadku wyrósł w przeciągu kilku lat do wielkości główki dziecięcej. Dokonano nakłucia guza: po pięciu dniach nastąpiła śmierć wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Przy

¹⁾ BRAUNE. Die Doppelbildungen und angeborenen Geschwulste der Kreuzbeingegend pg. 74, Nr 83.

sekeyi znaleziono meningitis purulenta, częściowy brak drugiego kręgu krzyżowego — w tem miejscu torbiel łączyła się przez szypułkę drożną z kanałem kręgosłupa i rdzeniem.

SPOSTRZEŻENIE V. W artykule swoim „Spina bifida“¹⁾ Marchand wspomina o tem, że Bryant²⁾ opisał przypadek meningocele sacralis anterior przy równoczesnej ciąży. Niestety artykuł ten pozostał dla mnie dotychczas niedostępnym.

SPOSTRZEŻENIE VI. Dalej przytacza Marchand spostrzeżenie Gaillard Thomasa: U 19-letniej panny po aspiracyi od strony pochwy 8 uncyj jasnego płynu (nie zawierającego białka) z torbieli, osadzonej na przedniej powierzchni kości krzyżowej, wystąpiły bóle głowy i gorączka. Po sześciu miesiącach nacięto torbiel i zeszyto brzegi jej z brzegami rany pochwowej, lecz po 26 godzinach wystąpił tężec, i chora zmarła wskutek niedomogi serca.

SPOSTRZEŻENIE VII. W przypadku Emmeta śmierć nastąpiła jakoby wśród objawów mocznicowych (uremicznych); znaleziono torbiel, wypełniającą ściśle miednicę małą; dolne trzy kręgi krzyżowe po prawej stronie wykazywały defekt kostny: torbiel stała w związku przez kanał z kanałem kręgowym i rdzeniem. Na wewnętrznej powierzchni worka znaleziono rozgałęzione nerwy³⁾.

SPOSTRZEŻENIE VIII. Hofmohl⁴⁾ opisał przypadek meningocele, w którym worek dosięgał jednego z dolów podłędźwiowych (fossa iliaca). Część ciała jednego kręgu brakowała, i foramen intervertebrale było powiększone.

SPOSTRZEŻENIE IX i X. Marchand załącza tutaj spostrzeżenia, które opisali Newbigging i Hewett⁵⁾.

SPOSTRZEŻENIE XI. Hugenberger⁶⁾ opisał skośnie-owalną miednicę rachityczną, zniekształconą hydrorachitycznie. Dwudziestopięcioletnia chłopka po raz pierwszy rodząca od 22 godzin, przybyła do kliniki moskiewskiej dnia 12 marca 1876 roku. Wzrost 138 cent., chód kulejący, niepewny, połączony z kołysaniem bocznem; prawa

1) EULENBURG'S. Realencyklopaedie, 1899, Bd. 22, pg. 591.

2) *Canstatt's Jahresbericht*, 1858, IV, pg. 25.

3) *Med. Times*, 1885, I, pg. 869.

4) *Wiener med. Jahrbuecher*, herausgegeben von Stricker, 1878, IV Heft pg. 447.

5) W. KOCH. Beitrage zur Lehre von der Spina bifida. Cassel, 1881, pg. 41.

6) *Archiv für Gynäkologie*, 1879, Vol. XIV, pg. 1—33.

noga słabiej rozwinięta od lewej i skierowana palcami ku wewnątrz. Conjugata vera 6,7 cent. Dokonano wymóżdzenia i wydobycia siedmiomiesięcznego, nieżyjącego już płodu. Położnica zmarła wskutek posocznicy połogowej dwunastego dnia po porodzie. Na miednicy znaleziono prócz skośnego zwężenia i hydrorrhachis incolumis torbielowaty guz, wychodzący szypułą z kanału kręgowego przez otwór w kości krzyżowej, rozszczepionej z przodu po lewej stronie w ten sposób, że lewostronne drugie i trzecie foramen sacrale anterius okazały się złane w jeden wielki otwór. Przy punkcyi guza wypuszczono około 50 gramów surowiczego płynu barwy słomy. Worek pokryty dura mater przyrośnięty był ściśle do ścian kanału kręgowego w otworze i zawierał tylko caudam equinam, rozmiękczoną i rozdzieloną na pojedyncze nerwy. Hydrorrhachis externa z zebraaniem się płynu pomiędzy dura mater i arachnoidea. Brak było lewego poprzecznego wyrostka trzeciego kręgu krzyżowego, tak, że drugie i trzecie foramen sacrale anterius zwały się w jeden większy otwór.

SPOSTRZEŻENIE XII. Ciekawe spostrzeżenie przepukliny oponowej przedniej opisał Loehlein ¹⁾. Autor ten dopiero po kilkotygodniowym wahaniu się odważył się na rozpoznanie meningocele sacralis anterior. Pacjentka rodziła dwukrotnie. Pierwszy poród sześć lat temu odbył się szczęśliwie, lecz przez cały rok po porodzie pacjentka doznawała bólów prawie wyłącznie w lewej nodze. Dalej aż do drugiej ciąży nieraz miewała bóle nieznośne w kręgosłupie i straszne bóle głowy. Przy drugim porodzie rok temu dokonano obrotu i wydobycia płodu: dziecko urodziło się nieżywe. Przyczyną śmierci miał być guz torbielowaty w małej miednicy, wielkości jabłka. Torbiel, podług oświadczenia doktora Umpfenbacha, miała być szczelnie wypełniona płynem i nieprzesuwalna.

Punkcyi nie dokonano wskutek obawy zropienia torbieli. Lekarza uderzyło to, że po porodzie, mimo, iż nie było znacznej utraty krwi, chora narzekała na nadzwyczajne osłabienie i że już w przeciągu ostatnich czterech miesięcy ciąży skarżyła się na bóle w lewej nodze. W przebiegu ostatniej—obecnej—ciąży samopoczucie było dobre prócz bólów głowy, w lewej nodze i lewym podbrzuszu;

¹⁾ LOEHLEIN. Meningocele sacralis anterior als schwere Geburts und Wochenbettskomplikation. *Gynäkologische Tagesfragen*. Wiesbaden, 1895, IV Heft, pg. 32—46.

chora miewała stolce tylko po bardzo wielkich dawkach środków czyszczących (4—6 łyżek oleju rącznikowego). Przy badaniu per vaginam Loehlein znalazł prawie całą jamę małej miednicy wypełnioną przez torbiel średniego napięcia, która tak odepełniła pochwę ku spojeniu lonowemu, że z trudem tylko udało mu się doprowadzić palec aż do tylnej wargi ust macicznych, o tyle część pochwo-wa była przemieszczona ku górze i ku przodowi.

Dyzlokacja macicy była taka, jak przy retroflexio uteri gravidi, szyja bowiem maciczna leżała powyżej spojenia lonowego. Również i odbytnica była znacznie odepełniona ku przodowi. W położeniu bocznem i à la vache można było zaledwie część torbieli odepełnić ku górze, w całości zaś torbiel nie mogła być odsunięta ku górze prawdopodobnie wobec zrostów. Próby te były niezmiernie bolesne dla chorej. Dwa dni później Loehlein ponownie próbował odprowadzić torbiel ku górze pod narkozą, lecz daremnie. Aby rozpoznać charakter torbieli, Loehlein postanowił dokonać nakłucia próbnego. Dnia 21 czerwca, po poprzecznym nacięciu tylnego sklepienia pochwy i obszyciu miejsc krwawiących katgutem, dokonał punkcji. Wypuszczono z torbieli około jednego litra płynu wodnistej, wagi właściwej 1,005, o minimalnej zawartości białka, bez cukru, bez charakterystycznych składników morfotycznych. Swoją drogą Loehlein spodziewał się ukończyć poród per vias naturales, w danym razie stosując punkcję po raz drugi. Sądził on, że ma do czynienia z torbielą przyjajnikową o tak niezwykle miejscu rozwoju—wyrastaniu ku podstawie miednicy.

Dyagnoza opierała się głównie na wyniku badania zawartości. Loehlein myślał i o bąblowcu, ponieważ położenie torbieli in paraproctio było podobne do opisanych przez Freunda¹⁾ spostrzeżeń (pod numerami 11, 13 i 19). Freund w przypadku nr 13, u 30-letniej artystki przy piątym trudnym porodzie (1878), skonstatował torbiel wielkości pięści dorosłego mężczyzny po lewej stronie w miednicy, o ściankach napiętych. Po punkcji partus spontaneus, lecz w dwa dni potem gorączka; ósmego dnia post partum nacięto torbiel per vaginam od strony tylnego sklepienia, wydobyto cuchnące strzępy tkanki bąblowcowej i niektóre w całości zachowane pęcherze bąblowca.

¹⁾ *Gynaekologische Klinik*, pg. 299 - 326.

Nic nie przemawiało za torbielą kości krzyżowej, jak w przypadku Zweifla¹⁾, który opisał i Bostroem²⁾. Lochlein wymacał przez ściany brzuszne in regione dextra suprapubica chelboczący guz, szyję maciczną wypełnioną przez pęcherz płodowy. Ujście zewnętrzne macicy skierowane ku przodowi, ku przedniej ścianie brzusznej. Pалеc z trudem dosięga do tylnej wargi macicznej. Guz o wiele ściślej jeszcze wypełnia jamę małej miednicy niż przed punkcją i podczas bólów porodowych prze ku wyjściu miednicy. Dnia 26 czerwca w południe dokonano punkcji trójgranicem średniej grubości. Pod silnem ciśnieniem wylało się z torbieli około trzech do czterech litrów przezroczystego płynu. Natychmiast potem szyja maciczna opuściła się do małej miednicy. Wtedy przerwano błony płodowe i wydobyto dziecko za nóżki. Łożysko również usunięto zaraz. Dziecko urodziło się żywe. Pierwsze dwa dni następne miały przebieg dobry, lecz tak samo, jak po dawniejszych porodach, zjawily się silne bóle w okolicy nerwu kulszowego lewego, które wzrastały przy najmniejszym dotknięciu się do okolicy kulszowej, głównie podczas poprawiania położenia chorej w łóżku. Trzeciego dnia wystąpiła gorączka zwalnająca (f. remittens), zjawily się cuchnące lochia, i pomimo, że po oleju rącznikowym był stolec, chora miała uczucie, jak gdyby kula jakaś parla na odbytnicę. Przy badaniu torbiel okazała się ponownie wypełnioną; pochwa zaś tak przyciśniętą do spojenia łonowego, że odpływ odchodów połogowych został utrudniony. Dnia 29 i 30 czerwca macica znów stała bardzo wysoko nad spojeniem łonowem tak, jak przed porodem. Dno macicy sięgało aż do podżebrza prawego. Dokonano nowej punkcji i wypuszczono dwa litry tegoż płynu, lecz tym razem z domieszką ropy. Macica opuściła się znów ku dołowi, lecz dało to ulgę chwilową. Dnia 3 lipca torbiel znów była pełna. Oddawanie moczu utrudnione. Wobec gorączki i obecności ropy Lochlein przypuszczał, że przyczyną ponownego wypełnienia się torbieli musi być ropienie w niej, spodziewał się więc drogą cięcia brzusznego ropiejącego worek albo zupełnie wyluszczyć, albo też doprowadzić do zarosnięcia na drodze marsupializacji. We dwa tygodnie po porodzie zostało dokonane cięcie brzuszne. Macicę z przydatkami znaleziono

1) ZWEIFEL. *Archiv für Gynaekologie*. Bd. XVII, pg. 361.

2) BOSTROEM. Zur Pathogenese der Knocheneysten. Festschrift zur 56. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Freiburg in Breisgau.

meningoccele sacralis, zamiast tego zabiegu wykonać sub partu cięcie cesarskie? Kroner wobec smutnego doświadczenia Spiegelberga uważał meningoccele sacralis za *noli tangere*. Loehlein uważa interwencyę sub partu za słuszną przy małych guzach; wprawdzie istnieje wtedy niebezpieczeństwo zakażenia z rany pochwowej, wobec czego zalecałoby się więcej cięcie cesarskie. W przypadku jego, dowodzi Loehlein, cięcie cesarskie nie byłoby na miejscu, ponieważ dyzlokacya pozostałaby nadal taką samą, odpływ odchodów połogowych byłby utrudniony albo uniemożliwiony, bóle i wszelkie dolegliwości pozostałyby niezmienione.

W danym przypadku wyzdrowienie nastąpiło na drodze ropnej obliteracyi worka.

SPOSTRZEŻENIE XIII. Opisując swój przypadek, Loehlein przypomina, że dawniej obserwował przypadek inny, w którym, jak dziś sądzi, prawdopodobnie chodziło również o meningoccele sacralis anterior ¹⁾. Znalazł on wtedy guz pozaodbytnicowy, prawie wcale nieruchomy. Po ukończeniu porodu kleszczami przez dłuższy czas zatrzymanie moczu i przez siedm tygodni niezem nie wyjaśnione osłabienie. Przy trzecim porodzie kobieta ta wydała na świat córeczkę z tanią dwudzielną (spina bifida) oraz przepukliną oponową wielkości jaja kurzego. Podczas porodu worek retrorektalny rodzącej został silnie zepchnięty ku dołowi. W położu febris remittens, retentio urinae, znaczne osłabienie wycieńczenie. Od trzeciego dnia po porodzie w stolcu zauważono lepkie, ciągnące się masy śluzowe, które siódmego dnia znikły; później ze stolcem wydzielala się ropa. Po dwóch tygodniach guz zdawał się być znacznie mniejszy. U płodu, zmarłego na piąty dzień po porodzie, prócz worka hydrorrhachidis cum spina bifida, na przedniej powierzchni kości krzyżowej i ogonowej znaleziono jeszcze inny twór torbielowaty, który skierował podejrzenie co do tłumaczenia guza u matki w inną stronę: Ex post podejrywa dziś Loehlein, czy owa torbiel retrorektalna u rodzącej nie była poprostu meningoccele sacralis anterior, podobnie jak u dziecka znaleziono hydrorachityczny worek na przedniej powierzchni kości krzyżowej i ogonowej. U płodu skonstatowano również wodogłowię (hydrocephalus). Płód urodził się w położeniu pośladkowym, spychając ku dołowi torbiel

¹⁾ LOEHLEIN. Cystische Beckengeschwulst bei Mutter und Kind (Steissgeschwulst?) *Berliner Beitrage zur Geb. und Gynäkologie*. Bd. III.

retrorektalną, która atoli nie pękła, a później częściowo opróżniła się per rectum, jak to wydaje się prawdopodobnem wobec domieszki z początku śluzowej a później ropnej wydzieliny w stolcach, trwającej przez kilkanaście dni po porodzie.

James F. W. Ross¹⁾ (Toronto) opisał cztery spostrzeżenia, dotyczące guzów pozaodbytnicowych. Guzy twarde pragnie on atakować per coeliotomiam, a torbielowate na drodze retroanalnej. Osobiście operował on jedną torbiel retroanalną. Otworzywszy worek, którego ściany były ściśle zrosnięte z otrzewną miednicy, Ross nie wyjaśnił, czy chodziło w tym przypadku o meningocele sacralis. Nie wiem przeto, czy przypadek jego należy do omawianej kazuistyki.

Beckh²⁾ opisał spostrzeżenie wrodzonego cystofibromatu u nowonarodzonej dziewczynki. Pomiędzy odbytem a coccyx znaleziono u niej ogon długości 8 cent. z otworem na samym końcu, z którego sączył się jakiś płyn. Po usunięciu narodził się konglomerat 5 torbieli, napełnionych płynem surowiczym. Po dziesięciu dniach retentio urinae i śmierć. Znaleziono przy sekcji torbiel, wypełniającą całą małą miednicę; torbiel wywierała ucisk na cewkę moczową i stała się przyczyną zatrzymania moczu. Niestety referat jest tak krótki, że nie sposób powiedzieć, czy spostrzeżenie dotyczy meningoceles sacralis anterioris. Beckh wygłosił o tym przypadku odczyt w Towarzystwie lekarskiem w Norymberdze pod tytułem: „Przypadek wrodzonego cystofibroma praesacrale“.

Spostrzeżenie O. v. Weissa³⁾ dotyczy zniekształcenia miednicy przez torbielowaty guz w dolnej części kręgosłupa, który okazał się torbielowatym mięsakiem piątego lędźwiowego i pierwszego kręgu krzyżowego. Postawiono mylnie rozpoznanie rozmiękczenia kości (osteomalacia), a dopiero sekcya ujawniła, o co chodzi. Spostrzeżenie to zarówno jak i spostrzeżenia Chiariego i Pehama, o ile sądzić mogę z opisów, nie należą do kazuistyki przepuklin oponowych.

Do tych spostrzeżeń dodaję jeszcze dwa spostrzeżenia Keitlera i Borsta, które mają pewne znaczenie dla rozpoznania różniczkowego w porównaniu z mojem spostrzeżeniem. Szczególnie pierw-

1) Postrectal or praesacral growths. *Medical Record*. 6. X. 1900, pg. 555, Vol. 58, Nr 34.

2) *Monatsschrift für Geb. u. Gyn.* April 1903, pg. 553.

3) *Monatsschrift für Geb. u. Gyn.* 1899, Bd. IX, Heft III, pg. 308.

sze z nich ważne jest, o ile dotyczy powikłania porodu przez guz, leżący tuż przed kością krzyżową¹⁾.

27-letnia kobieta rodziła troje dzieci szczęśliwie, przy czwartym porodzie akuszerka znalazła położenie pośladowe i wezwała lekarza, który z trudem wydobyl tułów dziecka, główki zaś wydobycie nie mógł. Wezwał tedy drugiego lekarza, i razem przez kilka godzin pracowali daremnie nad wydobyciem główki, od której tułów przy silnych trakejach został oderwany. Nareszcie zawieziono kobietę na stację kolejową, oddaloną o trzy godziny drogi, i wyprawiono do Wiednia. W klinice Chrobaka skonstatowano mnogie urazy: rozdarcia części miękkich dróg rodnych, naderwanie tylnej ściany cewki, naderwania ścian pochwy in introitu vaginae etc. Na wysokości pępka, na przedniej ścianie brzusznej widać było bruzdę poprzeczną, rozdzielającą powierzchnię brzucha na dwie połowy wypukłe: górna połowa odpowiadała macicy, skurczonej powyżej główki tkwiącej w szyi, dolna zaś odpowiadała główce dziecka. Tuż za introitus vaginae sterczał guz, wychodzący widocznie z przedniej powierzchni kości krzyżowej, sięgający po stronie prawej do bocznej ściany miednicy, po lewej zaś poza linię pośrodkową ciała. Guz posiadał zbitość nierównomierną, miejscami był twardy jak chrząstka, miejscami miękki. Podstawa guza szersza od 10 cent. leżała na przedniej powierzchni kości krzyżowej. Guz o powierzchni chropowatej zmieniał światło kanału miednicy na wąską poprzeczną szparę, po prawej stronie zaledwie dwa cent. szeroką, po lewej cokolwiek szerszą. Nieruchomy, jak się zdawało, guz sięgał ku górze do miednicy wielkiej. Ujście maciczne, uniesione wysoko ku górze przez guz, przepuszczało palec, którym można było wymacać ostre brzegi kości urwanej czaszki; obok z ust macicznych zwieszała się pępowina. Usunięto czaszkę na drodze morcellement pojedynczych kości, wykonanego, ile się dało, nie naruszając całości galeae, by nowych pokaleczeń nie robić; w końcu wydobyto cuchnące łożysko. Przebieg pooperacyjny, jak należało się spodziewać, był gorączkowy. Introitus vaginae oraz części sąsiednie przedstawiały jedno wielkie ulcus ichorosum o nalocie cuchnącym, zmiażdżonych pasemkach rozerwanych tkanek etc. Jednakowoż przy należytem ogólnem i miejsco-

¹⁾ KEITLER. Ueber einen praesacralen metastasirenden Tumor (Sarkomatöses Gliom?) als schweres Geburtshinderniss. *Beitraege zur Geburtshuelfe und Gynaekologie*. Festschrift für Rudolf Chrobak. Band I. Wien, 1903, pg. 604.

wem leczeniu stan chorej się poprawił tak, iż po trzech miesiącach powróciła zdrowa do domu (dnia 16. XII. 1901).

Dnia 27. VIII. 1903 chora ponownie przybyła do kliniki w bólach porodowych przy hydramnion. Płód żywy, donoszony. Przez całą ciążę chora miała silny ból w prawej kończynie dolnej, chód był niezmiernie utrudniony.

Tylna ściana pochwy wytłaczała się nazewnątrz pomiędzy wargami sromnemi większemi. Przez nią można było wymacać odbytnicę, a za nią guz chropowaty, sięgający do dna miednicy małej, a po bokach na odstęp palca od każdego tuber ischii. Zbitość guza była niejednolita. Guz był wrażliwy na ucisk i ku górze tak się rozszerzał, że pomiędzy nim a spojeniem lonowem przechodził zaledwie jeden palec. Na prawej stronie można było wymacać guz jeszcze na trzy palce powyżej spojenia lonowego. Do portio vaginalis uteri nie udało się dojść palcem. Wody płodowe odpływały razem z krwią. Dokonano cięcia cesarskiego z amputacją macicy i usunięciem przydatków. Podczas operacyi zauważono, że pęcherz moczowy pomimo uprzedniego cewnikowania był niezupełnie opróżniony: opróżnienie pęcherza utrudnione wskutek obecności guza.

Macica znajdowała się nadzwyczaj wysoko tak, że cięcie powłok brzusznych wypadło zrobić bardzo wysoko. Wydobyto żywe dziecko, i zaraz usunięto łożysko. Górna część guza przedstawiała się jako kopułowata wyniosłość wielkości przeszło pięści, szeroka podstawą osadzona na kości krzyżowej; ku stronie lewej guz zwężał się. Na drugi wieczór po operacyi chora zmarła. Sekcyja ujawniła mięsak (sarcoma) miednicy z przerzutami w wątrobie, na kości krzyżowej, jej okostnej i ścianach kręgów. Silna niedokrwistość, poczynające się zapalenie płuc zrazikowe dolnych zrazów. Mała miednica okazała się wypełnioną przez guz pozaotrzewnowy średniej zbitości, o powierzchni chropowatej. Na przedniej powierzchni guza znajdował się kikut amputowanej macicy. Miedniczki nerkowe oraz moczowody zlekka rozszerzone. Guz przechodził częściowo na prawy dół biodrowy (fossa iliaca); część jego była w ścisłym związku z kością ogonową. Guz o budowie zrazikowatej miał szerokość 15 cent. Główna masa jego wielkości pięści była na przekroju jakby podzielona na oddzielne pola (gefeldert). Na przekroju widać było jakby rodzaj marmoryzacyi wskutek mnogich drobnych wy-

lewów krwi i przepelnionych krwią drobnych naczyń małego kalibru. Prócz tego znaleziono pasma twardości tkanki ścięgnistej, a wśród nich ziarna po części białe, po części czerwone, po części płamiste. W jednym miejscu znaleziono w guzie małą jamę wielkości grochu, wypełnioną gęstą, brunatną mazią. Przekrój wszędzie błyszczący, bez płynnej wydzieliny. Na przekroju kręgosłupa skonstatowano, że okostna kości ogonowej i po części kości krzyżowej były przerośnięte masami guzowatymi, przechodzącymi także na kręgi krzyżowe. Kanał kręgosłupa i rdzeń nie przedstawiały osobliwości. W wątrobie znaleziono przeryty mięsaka. Guz uważano za mięsaka z podejrzeniem, że chodzi o glioma sarcomatodes. Guz miał jakoby powstać w przeciągu lat dwóch. Nader trudnym zadaniem było udowodnić z powodu osobliwej lokalizacji nowotworu, że guz powstał z glii. Prawie daremnie pozostały poszukiwania punktu wyjścia nowotworu, ponieważ w tem miejscu, gdzie leżał guz pierwotny, nie istnieje normaliter glii. Zachodziło więc pytanie wśród jakich warunków mogła tam powstać glii? Nowotwór mógł powstać z tego samego zarodka, z którego wytworzyło się ciało pacjentki, albo też z drugiego zarodka byłby wtedy teratoidem, nowotworem bigerminalnym. Co do pierwszego zapamiętania—nowotwór mógł powstać z tworzywa, istniejącego w życiu zarodkowym, a później zanikającego, przeznaczonego dla wytwarzania się glii, albo też z odcepionych i zabłąkanych resztek glii, nareszcie nowotwór mógł rozwinąć się w związku z malformacją rdzenia, jego opon oraz kręgosłupa. Ostatnie to przypuszczenie, pisze Keitler, miałoby wiele za sobą, ponieważ wiemy, że meningocele było spostrzegane i na przedniej powierzchni kręgosłupa i że zawierać może części układu nerwowego centralnego. Kanał, przez który nowotwór pierwotnie łączył się z rdzeniem lub ze światłem kręgosłupa, mógł zarosnąć z zatarciem wszelkich śladów. Meningocele takie może wtedy przedstawiać się jako oddzielny guz bez wszelkiego związku z kręgosłupem, a pierwotny punkt wyjścia guza tem trudniej daje się wykazać, ile że szczelina w kości kręgu może w następstwie okazać się zamkniętą przez pasma ścięgniste, które mogą uleść nawet skostnieniu. Wypuklenie się opon rdzenia, przepuklina oponowa może nastąpić wreszcie bez wszelkiego defektu w kościach kręgow albo przez foramen intervertebrale, t. j. pomiędzy łukami, albo też pomiędzy dwoma ciałami kręgow. Wprawdzie guzy tego rodzaju są zwykle torbielowate o surowiczej zawartości,

pokryte śródbłonkiem na powierzchni wewnętrznej, a nawet gdy w guzie znajdują się części o budowie ścisłej—tłuszczaki, włókniaki, naczyniaki etc., to jednak tu i owdzie uda się znaleźć jakąś jamę, jakiś kanał. W takich przepuklinach znajdujemy nieraz głą, ponieważ przy podobnych zniekształceniach kręgosłupa rdzeń sięga znacznie niżej niż normaliter, a nawet *conus terminalis* leży niekiedy na wysokości drugiego kręgu krzyżowego, jak to naprzykład opisał v. Recklinghausen.

Wasle opisał tumor sacralis fibrolipomyomatosus o licznych grubych, pozwijanych włóknach nerwowych („Mit zahlreichen dicken wurstartig gewundenen Nervenfasern“). Już Muscatello zwrócił uwagę na to, że w trakcie zablizniania się po pęknięciu meningoceles, mogą powstać w następstwie takie dyzlokacje wtórne, że nie sposób dojść do wniosku przekonywającego, skąd właściwie guz powstał. Wreszcie, zdaniem Keitlera, jak o tem wyżej wspominałem, nowotwór mógł powstać z drugiego zarodka. Keitler, jak widać, rozpatrywał się dokładnie w kwestyi wyjaśnienia miejsca pochodzenia guza, a jednak ścisłej odpowiedzi na pytanie, z czego guz powstał, dać nie może.

Dla nas jest ważne, że w danym przypadku chodziło o guz, osadzony na przedniej powierzchni kości krzyżowej i ogonowej, który kilkakrotnie był przyczyną dystokii, tak, że przy jednym porodzie podczas wydobywania płodu za nóżki urwał się tułów od szyjki dziecka, a przy drugim istnienie guza zniewoliło operatora do dokonania cięcia cesarskiego. Chociaż przy nekropsyi znaleziono rdzeń, opony jego i kręgi bez zmian osobliwych, to wobec powiedzianego wyżej nie wykluczona jest możliwość, że w przypadku Keitlera pierwotny guz pochodził z zawartości kręgosłupa, lecz oddzielił się od niego, pozostając w ścisłym związku cum periosteo ossis coccygis et sacri. Aczkolwiek w danym przypadku znaleziono guz solidny, nie wyklucza to wcale, że pierwotnie mogło istnieć hydromeningocele z zawartością częściową elementów rdzenia in meningocele i następczem powstaniem mięsaka in gliomate.

Keitler przy końcu swej starannej i zajmującej pracy omawia kazuistykę porodów, utrudnionych przez podobne odbytnicowe guzy najróżnorodniejszego pochodzenia, i cytuje jeszcze spostrzeżenie Benekego¹⁾ dla nas dziś również ważne.

1) BENEKE. Zwei Faelle von Ganglioneuromen. *Ziegler's Beitrage*, Bd. XXXI.

Przeszkodą przy porodzie okazał się guz, powstały z pierwiastków nerwowych: ganglioneuromat. Na skutek utrudnienia porodu przez wielki chelboczący guz, leżący za pochwą, dwa dni temu nałożono kleszcze, lecz daremnie; obecnie dokonano wymóżdżenia i ekstrakcyi. Łożysko wydobyto ręcznie. Położnica zmarła po dwóch dniach wskutek posocznicy połogowej. Przy sekcyi znaleziono małą miednicę, wypełnioną po części przez guz, ściśle złączony z kością krzyżową. Guz leżał na wysokości górnej trzeciej części pochwy, będąc z nią luźnie połączony; odbytnica znajdowała się na prawo i przed guzem.

Keitler kończy swą pracę ważnemi dla nas słowami: „*Ze względu na przypadki Marchanda, Loehleina, Benekego i mój, gdy znajdziemy w przyszłości guz o podobnej lokalizacji i dyagnozie niejasnej, trzeba będzie prędzej myśleć o guzach, pochodzących od części układu nerwowego centralnego.*“

Borst ¹⁾ opisał guz przyrodzony, leżący przed odbytnicą. Guz rozwinął się pomiędzy kością ogonową a odbytnicą. Była to torbiel wielkości główki noworodka, która wytłaczała się ku os coccygis w postaci grzyba. Torbiel posiadała rodzaj szypuły, skierowanej ku kości krzyżowej. Ani w torbieli, ani w sąsiedztwie nie znaleziono śladów pierwotnej komunikacji z kregosłupem.

Spostrzeżenie Burha ²⁾ nie należy do spostrzeżeń, dziś przeze mnie omawianych.

W pracy niniejszej zestawilem 13 spostrzeżeń hydromeningoceles sacralis czyli herniae durae matris resp. medullae spinalis in regione sacrali bądź na powierzchni przedniej, bądź na powierzchni tylnej kości krzyżowej. Meningocele tego rodzaju zawsze jest wrodzone. Nie będę w tem miejscu rozbiarał etyologii będących w moim przepuklin oponowych, zwracam jedynie uwagę na umiejscowienie tych przepuklin. Kazyistyka powyżej zestawiona ujawniła szereg spostrzeżeń częściowego braku ciał i łuków kręgowych defekty kostne większych lub mniejszych rozmiarów, ujawniła również rozszczepienie ciał kręgow w linii pośrodkowej ciała „*mediane Wirbelkoerperspaltung.*“

D. C. N.

¹⁾ BORST. Ein Sacraltumor von hirnantigem Bau. *Ziegler's Beitrage*, Bd. XXXI.

²⁾ BURH. Ueber einen Fall von retrorectalem Fibrolipomyxom mit Ausgang in eine nach der Operation toedtlliche Duodenalblutung. Berlin 1904.

Z oddziału ginekologicznego I-go dr. J. Rosenthala w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Przyczynek do rozpoznawania tyłozgięcia macicy ciężarnej

PODAL.

J. ASTERBLUM, asystent oddziału.

Jakkolwiek tyłozgięcie macicy ciężarnej zdarza się dość często, jednakże przypadek poniższy pod względem objawowym tak się wyróżnia od zazwyczaj spostrzeganych, iż zaliczyć go należy do przypadków rzadkich, i jako taki zasługuje na opisanie.

W dniu 23 lipca 1903 r. przywieziona została do oddziału ginekologicznego dr. Rosenthala chora G. S., mężatka, lat 25 licząca. Z powodu ciężkiego stanu chorej zebranie danych anamnestycznych było bardzo utrudnione. Dowiedzieliśmy się jednakże w ciągu pierwszych dni pobytu w szpitalu, że do czasu teraźniejszej choroby była zawsze zdrowa. Pierwsza miesiączka zjawiała się w 15-ym roku życia, następne, trwające 5 dni, przychodziły prawidłowo w czterotygodniowych odstępach. Przed 6 miesiącami wyszła za mąż. Nie cierpiała ani przed „ani po zamążpójściu na jakiegokolwiek upławy, stale zaś miewała zaparcie stolca. Ostatnia miesiączka na początku kwietnia 1903 r. Chora uważała się za ciężarną. Zaniemogła nagle na 4 tygodnie przed przybyciem do szpitala: uczuła silny ból brzucha, nastąpiły wymioty, mroczenie przed oczami, szum w uszach, tak, iż musiała położyć się do łóżka. Od tego napadu datuje się początek choroby; przez całe cztery tygodnie cierpi silne bóle. Od czterech dni, przed przybyciem do szpitala, nie miała wypróżnienia, od dwóch dni nie może oddawać moczu, wymioty ponowiły się od kilku dni. Objętość brzucha nieznacznie, lecz stale się zwiększała. Czy była leczona i jak, nie można się było dopytać.

Stan, w jakim znaleźliśmy chora, był następujący: kobieta wzrostu i budowy średniej, o skórze bladej, jak również białych i bezkrwistych błonach śluzowych. Ciepłota ciała 37° C., tętno 112, drobne; chora niezupełnie przytomna, odpowiada niechętnie na pytania, często wymiotuje. Badanie narządów klatki piersiowej żadnych

nieprawidłowości nie wykrywa. Brzuch wzdęty, bolesny przy najmniejszym ucisku zwłaszcza w dolnej części; w podbrzuszu wyczuwany guz, którego górna granica sięga mniej więcej na trzy palce poniżej pępka. Na tym guzie, na wysokości trzech palców nad spojeniem łonowym, widoczna granica wypełnionego pęcherza. Po wypuszczeniu cewnikiem około dwóch szklanek moczu, w guzie wyczuwamy chelbotanie. Wypuk guza daje odgłos tępy, powyżej guza—odgłos bębnowy.

Badając chorą przez pochwę, znajdujemy następujący obraz: przedewszystkiem rzuca się w oczy wytłoczenie dolnej części tylnej ściany pochwy nazewnątrz w postaci woreczkowatego wypuklenia wielkości jaja kurzego. Tuż powyżej natrafiamy na guz wielkości główki rocznego dziecka, mocno wypuklający tylną ścianę pochwy i tylne sklepienie ku przodowi. Guz jest usadowiony między odbytnicą a tylną ścianą pochwową, jest nieruchomy i niebolesny i wydaje się być w związku z guzem, wyczuwanym przez powłoki brzuszne. Zwężenie światła pochwy jest tak znaczne, iż palec wdraża z trudnością, a w okolicy spojenia łonowego zwężenie światła pochwy jest największe; na wysokości górnego brzegu spojenia palec badający dochodzi z trudnością do części pochwowej macicy. W guzie wyczuwa się chelbotanie, które występuje jeszcze wyraźniej przy badaniu przez odbytnicę. Dokładne badanie dwuręczne jest niemożliwe z powodu bolesności brzucha. Trzonu macicy wyczuć się nie udało. Badanie zgłębnikiem było wprost niemożliwe z powodu utrudnionego dostępu do części pochwowej, jak również było ono przeciwwskazane ze względu na obecność objawów otrzewnowych a także, zdaniem ordynatora oddziału, ze względu na niższe rozpoznanie.

Na zasadzie zebranych danych wywiadów: zatrzymania regularności od trzech z górą miesięcy, nagłego zasląbnienia z silnymi bólami brzucha, wymiotami, mroczeniem przed oczami, i wobec ujawnionych danych przy badaniu, a mianowicie błądności powłoki ogólnej i błon śluzowych, ciepłocie normalnej, tętnie drobnem, obecności w podbrzuszu i jamie Douglasa guza chelboczącego, uważaliśmy, iż mamy do czynienia z krwistkiem zamacicznym z powodu ciąży pozamacicznej (graviditas extrauterina, haematocele retrouterina).

W celu potwierdzenia tego rozpoznania postanowiono dokonać próbnego nakłucia guza, a w razie danym guz przez pochwę opróżnić.

W dniu 24 lipca po odpowiednim przygotowaniu chorej dr. Rosenthal dokonał punkcji od strony pochwy. Przy pierwszym wkłuciu trójgrańca Landaua w dolną część guza otrzymano płyn żółty, mętawy. Przy powtórnem wkłuciu trójgrańca sączyć się zaczęła ciemna, gęsta krew. To zdawało się stwierdzać nasze rozpoznanie, i postanowiono guz opróżnić. Po ustalonym

trójgrańcu wprowadzono ostre kleszczyki Landaua (specyalne narzędzie do otwierania podobnych guzów przez pochwę) w ściankę guza, który przebito i zrobiony w ten sposób otwór przez rozwarcie ramion kleszczyków rozszerzono. Z otworu wytrysła obfita ilość płynu, krwią zabarwionego. To nas zastanowiło; wyjęto kleszczyki i wprowadzono palec do otworu. Wtedy przekonałiśmy się o mylności rozpoznania, palec bowiem wdążył do ciężarnej macicy, w której znajdował się płód blisko czteromiesięczny.

Wobec ciężkiego stanu chorej, słabej działalności serca, a więc i obawy przed uspieniem chloroformowem, wobec objawów silnego podrażnienia otrzewnej, dr. Rosenthal odstąpił od zamiaru dokonania w podobnym przypadku cięcia brzusznego i postanowił wydobyć płód przez sztuczny otwór, co też po rozkawaleniu płodu udało się uskuteczyć, aczkolwiek dość trudno. Tą samą drogą usunięto z macicy odklejone palcem łożysko. Wtedy dopiero, po zmniejszeniu się owego wrzekomego guza, przekonałiśmy się, iż przednia ściana dna tyłozgiętej macicy przyrośnięta była do górnej części tylnej ściany jamy Douglasa; dolna zaś część tej jamy wypełniona była płynem żółtym, mętnawym,—przesiękiem, powstałym wskutek ucisku ciężarnej tyłozgiętej macicy, lub też wysiękiem z powodu następczego zapalenia okołomacicznego (perimetritis). Jamę macicy przemyto roztworem fizyologicznym soli i założono przez sztuczny otwór pasek gazy jodoformowej.

W przebiegu pooperacyjnym, w pierwszych trzech dniach, widzieliśmy poprawę w stanie chorej. Ciepłota trzymała się w granicach 36,6—37,1° C., tętno lepsze, nieco przyspieszone, 90—104 uderzeń na minutę. Nazajutrz po operacji udało się osiągnąć szyi macicznej, przez przewód jej przeprowadzić cewnik maciczny Breussa i przemyć jamę macicy. Tegoż dnia gazę jodoformową usunięto. Rana w pochwie i w ścianie macicy stopniowo zmniejszała się. Wymioty ustały, odchody pologowe niecuchnące wydzielały się przez ujście maciczne. Czwartego dnia można było stwierdzić całkowite prawie zasklepienie sztucznego otworu macicy; macica kureczy się dobrze, jakkolwiek znajduje się w tyłozgięciu; czynione próby odprowadzenia jej zawodzą. Od trzeciego dnia mocz oddaje samowolnie, wypróżnienia codzienne. Tegoż dnia wieczorem uczuła silne bóle w brzuchu, zjawily się wymioty wciąż powtarzające się, tętno drobne, 120 na minutę, i przed północą nastąpiło zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne ujawniło: Macica wielkości pięści w tyłozgięciu; górna część ściany jej przedniej (dna) silnie przyrośnięta do otrzewnej, wyścielającej górną część jamy Douglasa i pokrywającej zarazem odbytnicę. Zrost ten rozdzielić można było przy użyciu dość znacznej siły i nożyczek. Sztuczny otwór znajdował się w środkowej części tylnej ściany macicy i był prawie całkowicie zasklepiony tak, iż zaledwo przepuszczał koniec małego

palca. Otworowi temu odpowiadał otwór w tylnym sklepieniu pochwy. Po przecięciu macicy znaleziono miejsce przyczepu łożyska, pokryte szarym nalotem. Takież nalot i nieco płynu mętnego znaleziono w jamie otrzewnej i na pętłach kiszek. Przyczyną więc śmierci było peritonitis septica.

Przypadek wyżej opisany przedstawia ciekawy przyczynek do rozpoznania tyłozgięcia ciężarnej macicy. Wszystkie objawy, z jakimi chora przybyła do szpitala, nie pozostawiały żadnej prawie wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia z ciążą pozamaciczną i następczem wytworzeniem się krwisteku zamacicznego. Tymczasem już podczas zabiegu leczniczego poznaliśmy naszą omyłkę: przyczyną jej było znalezienie guza, mającego wszelkie znamiona krwisteku. Zachodzi więc teraz pytanie, co było powodem powstania tak znacznego i tak charakterystycznego guza? Zdaniem naszym, tyłozgięcie macicy i zrost jej ze ścianą jamy Douglasa istniały przed zajęciem w ciążę, ucisk zaś tyłozgiętej ciężarnej macicy na okoliczne tkanki i narządy wywołał stan zapalny otrzewnej, wyściełającej jamę Douglasa i pokrywającej ciało macicy. Tworzył się wysięk okołomaciczy, który, mając nad sobą strop z istniejącego zrostu i trzonu macicy, zbierał się poniżej niego i w ten sposób wypuklał jamę Douglasa, wytłaczając zarazem tylną ścianę pochwy nazewnątrż. Z drugiej strony ucisk ten wywołał objawy ograniczonego zapalenia otrzewnej, z którym chora przybyła do szpitala.

Co się dotyczy guza, znalezione w podbrzuszu przy pierwotnym badaniu, zdaje się, iż był to niczupelnie opróżniony pęcherz moczowy.

W dostępnem nam dawniejszem i najnowszem piśmiennictwie położniczem napróżno szukaliśmy przy różniczkowem rozpoznaniu tyłozgięcia ciężarnej macicy opisu spostrzeganych u naszej chorej objawów t. j. tak znacznego wypuklenia jamy Douglasa i podobnego wytłoczenia ścian pochwy nazewnątrż; dlatego przypadek powyższy uważamy za rzadki i pod względem rozpoznawczym zasługujący na uwagę.

W końcu poczytuję sobie za obowiązek wyrazić w tem miejscu podziękowanie Szan. szefowi memu dr. J. Rosenthalowi za zachęte i zezwolenie użytkowania materiału klinicznego, jako też za wskazówki i pomoc w tej pracy.

II.

SPRAWOZDANIA

FLORA POCHWY FIZYOLOGICZNEJ.

Docent dr. **Stanisław Dobrowolski.** — **Flora pochwy fizyologicznej.**
(*Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie*, T. XLIII, Serya B. Str. 24—105.) — Pracę wykonano w pracowni bakteryologicznej prof. Nowaka w Krakowie.

Z podanego na wstępie przeglądu literatury wynika, że co do kwestyi flory pochwy istnieją dwojakie zapatrywania: jedni a na ich czele Menge i Krönig w niektórych swych pracach twierdzą, że pochwa fizyologiczna jest w swym górnym odcinku w 60% jałowa. Większość badających stwierdziła jednak, że mikroby w każdej pochwie odnaleźć się dają. Do ostatnich autor się przyłącza, gdyż na 56 przypadków badanej wydzieliny zawsze stwierdził na dnie pochwy mikroby tak pod mikroskopem, jako też i w hodowlach.

Badanie swe przeprowadził autor w ten sposób, że przypadki swe podzielił na trzy grupy. W grupie pierwszej, obejmującej 31 przypadków, braną wydzielinę szczepił na pożywki alkaliczne, wyosabniał i oznaczał znalezione w nich mikroby; w grupie drugiej, obejmującej 15 przypadków, wydzieliną zasiewał pożywki kwaśne, by na nich wyosobnić pojedyncze gatunki mikrobów; wreszcie trzecia grupa—10 przypadków—obejmuje badanie wydzieliny, sianej na pożywki redukujące i utrzymywanej na tych pożywkach beztlenowo. W każdej z tych grup wydzieliny, brane do badania, pochodziły od kobiet rozmaitego wieku i w rozmaitym okresie życia płciowego; nie badał zaś zupełnie autor wydzieliny noworodków, uważając te badania za zbędne wobec dokładnych i zgodnych danych w literaturze.

Prawie wszystkie mikroby, widziane w preparatach, sporządzonych wprost z wydzieliny, dały się w hodowli wyosobnić.

Przyczyną sprzecznych wyników u rozmaitych badaczy miał być, zdaniem Mengego, sposób brania wydzieliny. Przypuszczał on,

że każda wydzielina, brana po założeniu wziernika, jest zanieczyszczona mikroorganizmami sromu, dlatego poleca do brania jej specjalną łyżeczkę metalową. Autor uważa wydobywanie wydzieliny łyżeczką za niewystarczające i niedokładne, gdyż w ten sposób bierze się ją na ślepo niewiedomo skąd, i twierdzi, że odpowiednią, do ścisłych doświadczeń potrzebną ilość wydzieliny można otrzymać tylko za pomocą pipety, używając wziernika. Zanieczyszczeń przy wprowadzaniu wziernika można bardzo łatwo unikać, a wydzielinę można brać z tych odcinków dna pochwy, których wziernik wcale nie dotknął.

Menge i Krönig a za nimi Bensis odwołali wprawdzie później swe pierwotne twierdzenie o jałowości dna pochwy, twierdzą jednak znowu, że mikroby pochwy dadzą się tylko hodować na pożywkach kwaśnych i bez przystępu powietrza.

Badanie autora, uskutecznione tak przy, jako też i bez przystępu powietrza w atmosferze wodoru tak na pożywkach kwaśnych, jak alkalicznych lub na pożywkach redukujących, wykazały, że mikroby pochwy dadzą się zarówno hodować na pożywkach alkalicznych, jak i na pożywkach kwaśnych, dalej, że między nimi jest prawie połowa względnych beztlenowców. Anaerobiozy bezwzględnej autor nie stwierdził ani razu mimo, że właściwość i ścisłość używanej metody potwierdzały zawsze doświadczenia kontrolujące.

Doederlein dzieli wydzielinę pochwy u ciężarnych na fizjologiczną i patologiczną. Fizjologiczna ma mieć wygląd świeżo ściętego leka, oddziaływać kwaśno, zawierać tylko nabłonki, a w niej ma żyć tylko prątek pochwoy Doederleina (*Bacillus vaginalis*); wydzielina patologiczna zaś ma mieć kolor żółto-zielonkawy, ma być gęsta, oddziaływać alkalicznie lub obojętnie, zawierać wiele mikrobów i bardzo dużo ciałek wysiękowych. Badania autora sprzeciwiają się temu podziałowi, który i tak liczy bardzo skąpą ilość zwolenników.

Jakość flory pochwy nie zależy, jak badania autora wykazują, ani od składników morfotycznych wydzieliny ani od jej oddziaływania, a autor dostrzegł tylko jedną różnicę, która zachodzi między wydzieliną pochew kobiet nieciężarnych a ciężarnych. U ciężarnych spotykał on mniejszą ilość gatunków w pojedynczych przypadkach i przeważnie prątki, podczas gdy u nieciężarnych przeważały ziarenkowce. Wiek i okres życia płciowego zresztą na jakość i ilość flory pochwy wpływu żadnego nie mają.

W przeciwieństwie do Doederleina nie uważa autor prątką pochwowego za jedyną przyczynę kwaśnego oddziaływania pochwy, bo w bardzo wielu przypadkach, gdzie prątką pochwowego nie było, spotykał oddziaływanie wybitnie kwaśne, a nawet znajdował prątek pochwoy w wydzielinach, które oddziaływały obojętnie.

W przeciwieństwie do wielu, autor nie znalazł nigdy w fizjologicznej pochwie mikrobów chorobotwórczych dla zwierząt.

Badania autora wykazały, że pewne mikroby bardzo często pojawiają się w pochwie i to w pochwie nieciążarnych pewne gatunki ziarenkowców, w pochwie ciężarnych zaś pewne gatunki prątków. Oprócz tych niejako stałych mieszkańców pochwy znajdował nieliczne gatunki rzadko się pojawiające a między temi trzy dotąd nieopisane, które oznaczył jako *micrococcus elipsoides*, jako *bacillus mobilis cellulosum liquefaciens* i jako *bacillus vaginae foetidus*. W tej samej wydzielinie pochwoy nie znalazł autor nigdy więcej, jak trzy gatunki, u ciężarnych zaś najczęściej widział tylko jeden gatunek.

Ta właśnie okoliczność, że prócz stałych mikrobów, żyjących w pochwie, znajdował autor i inne gatunki flory, należące do rozmaitych grup mikrobów, bez względu na jakość i ilość wydzieliny pochwoy, bez względu na jej oddziaływanie,—nie dozwala autorowi przyznać wydzielinie pochwy jakiejś specyficznej własności bakteryobójczej, jak chcieli wykazać Doederlein, Stroganoff i Krönig u ludzi, a Cahanesco u zwierząt. Za powód, dlaczego mikroby chorobotwórcze a zwłaszcza ropotwórcze, wprowadzone przez nich do pochwy, ginęły, uważa autor ogólną biologiczną własność wszystkich nienaruszonych błon śluzowych organizmu, a nie specyficzną własność błony śluzowej pochwy lub jej wydzieliny.

Wnioski, które autor z pracy swej wysnuwa, są następujące:

- 1) Każda pochwa fizjologiczna zawiera mikroby.
- 2) Flora pochwy fizjologicznej jest do pewnego stopnia stała; ale prócz stałych jej mieszkańców mogą w nieznanym bliżej warunkach dostawać się do pochwy i tutaj zaaklimatyzować i inne mikroby.
- 3) Ilość i jakość mikrobów nie zależy od oddziaływania pochwy ani od jej składników komórkowych, nie zależy od wieku ani od okresu życia płciowego kobiety z wyłączeniem ciąży, w czasie której

- 4) Flora pochwy staje się skąpszą co do ilości gatunków.
- 5) Flora pochwy fizyologicznej nie zawiera mikrobów, których chorobotwórczość dałaby się stwierdzić eksperymentalnie na zwierzętach.
- 6) Pochwa nie ma specyficznych własności bakteryobójczych wobec wprowadzonych mikrobów.

(Streszczenie własne.)

METROTOKSYNY.

A. Schücking. — *Ueber innere Sekretion der Uterusschleimhaut und ueber Bildung von Metrotoxin.* O wydzielaniu wewnętrznem śluzówki macicznej i o wytwarzania się metrotoksyn. (*Centralbl. f. Gyn.* 1904, № 14).

Znaczne zmiany morfologiczne i fizyologiczne, jakim podlega macica podczas miesiączkowania i ciąży, nie dadzą się wytłumaczyć ani domniemanym bodźcem troficznym, jaki ma wywoływać wewnętrzną wydzielina jajników, ani też działaniem systemu nerwowego. Zdaniem autora, należy raczej przypuszczać wpływ macicy na czynność jajników. W celu wyjaśnienia tej sprawy autor wykonywał doświadczenia u królic. Macice królic nieciążarnych i ciężarnych rozcierał z przepalonym piaskiem, następnie po dodaniu 0,7% rozczynu soli kuchennej filtrował i otrzymaną zawiesinę wstrzykiwał do jamy brzusznej królicom. Wstrzykiwania powtarzane były co pięć dni, za każdym razem po piątej części zawiesiny, otrzymanej z jednej macicy; robiono po 3—4 zastrzyki. Podczas trwania wstrzykiwań żadna z królic, użytych do doświadczeń, nie zaszła w ciążę, choć samce były do nich dopuszczane. Zastrzykiwania tkanki macicznej lub produktów jej przemiany, wywierają, według autora, wpływ hamujący na czynność jajników (owulację); w macicy zaś wywołują przekrwienie. Wynik ten, zdaniem autora, potwierdza istnienie wewnętrznej wydzieliny macicy. W innej seryi doświadczeń autor zawiesinę z macic króliczych wstrzykiwał świnkom morskim; surowica otrzymana następnie od świnki i wstrzyknięta w ilości 4 ctm. sześciennych królicy, wywołała nabrzmienie i wybroczyny krwawe w rogach macicy.

W innym doświadczeniu Schücking z wyskrobanej śluzówki ludzkiej macicy przygotował zawiesinę i wstrzykiwał ją samcom i samicom świnek morskich. Jeżeli potem do surowicy tych świnek dodawał w stosunku 1 do 3 zawiesinę 5% ludzkich czerwonych ciałek krwi, działanie surowicy było wybitnie hemolityczne: wytworzyła się więc w tym wypadku cytotoksyna swoista dla ludzkich erytrocytów. Autor obiecuje sobie dobre wyniki od użycia otrzymanej surowicy przy raku w przypadkach, nie nadających się do operacji; doświadczeń jeszcze w tym kierunku nie robił.

W zakończeniu Schüeking tłumaczy wewnętrznem wydzieleniem macicy takie dwa fakty: 1) po krwotokach macicznych i po operacjach per vaginam kobiety o wiele prędzej wracają do sił, niż po innych utratach krwi; 2) nawet nieznaczne zaburzenia w krążeniu krwi, jakie występują przy tyłozgięciu macicy, wywołują w następstwie ciężkie zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia.

Z. MONSIORSKI.

WYLUSZCZENIE MACICY POCHWOWE PRZY RAKU.

F. Schauta. — Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebs. O uprawnieniu doszczętnego wyluszczenia macicy przez pochwę przy raku. (*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1904, April).

W pięknej pracy wiedeńskiego profesora podjęte zostało pytanie, czy przy modnym obecnie kierunku wycinania per laparotomiam macicy wraz z przydatkami i gruczołami, mieszczącemi się w miednicy, ma racyę bytu przy raku pochwowe wyluszczenie macicy. Pod wpływem prac Wertheima, Mackenroda i innych i podanej przez nich metody wycinania macicy wraz z przydatkami i gruczołami drogą brzuszną, rozszerzyło się pole naszej działalności i wiele przypadków, które dawniej uważane były za nienadające się do operacji, obecnie są operowane z mniej lub więcej dobrym skutkiem. Wobec tego mogłoby się zdawać, że wycięcie pochwowe macicy, przy którym nie jesteśmy w stanie usunąć gruczołów, nie ma racyi bytu. Dla zbadania i wyjaśnienia pytania, czy rzeczywiście jesteśmy w stanie usunąć wszystko, co może być rozsądnikiem raka, podjął autor pracę, którą dzieli na dwie części: anatomiczną i kliniczną. W części anatomicznej przytacza Schauta doniesienia autorów-zwolenników oczyszczania (évidement) miednicy i dane, na których opierają swe stanowisko, dalej prace przeciwników metody doszczętnego usuwania gruczołów i tkanki łącznej, jako nie prowadzącej do celu, wobec niemożności dokładnego wydobycia wszystkich gruczołów i wycięcia tkanki łącznej miednicowej.

Autor wraz z asystentem swoim Hitschmannem podjął badania gruczołów u 60 osobników zmarłych wskutek raka. Z gruczołów tych w ilości 1182 były przygotowane serye cięć w ogólnej liczbie około 160000 i z tych co trzeci, później co piąty skrawek był barwiony i badany. Doszczętne wycięcie gruczołów nawet na trupie przedstawia mozolną i trudną pracę, która pochłania przeszło pół godziny czasu. Jeżeli więc tyle czasu zajmuje wycięcie gruczołów na trupie, gdzie niema obawy krwotoku i nie trzeba zeszywać otrzewnej, to ileż czasu musiałaby trwać taka operacya u żywego, jeżeli wogóle jest możliwa do wykonania.

Wyjęte gruczoly były rozdzielone na dwie grupy.

I) Glandulae sacrales i gl. iliacae—poniżej bifurkacji aorty — tak zwane gruczoly pierwszego etapu i II) Glandulae lumbales, coeliacae, inguinales i prainguinales — gruczoly drugiego etapu.

W gruczolach tych rak się znajdował:

w gl. sacrales	20	razy	(na 43 gruczoly)
„ iliacae	28	„	(„ 91 „)
„ lumbales	17	„	(„ 44 „)
„ coeliacae	9	„	(„ 19 „)
inguinales, powierzchowne	13	„	(„ 32 „)
„ głębokie	11	„	(„ 42 „)

Wszystkie badane przypadki dzieli autor na 4 kategorie:

1. nie były zajęte gruczoly zupełnie w 43,3% — z tych 8 przypadków, nadających się do zabiegów, i 18—nie.
2. gruczoly pierwszego etapu zajęte, drugiego nie—13,3%—wszystkie 8 przypadków nie nadawały się do operacji.
3. gruczoly pierwszego etapu nie zajęte, drugiego zajęte—8,3%—5 przypadków, nie nadających się do zabiegów.
4. gruczoly i pierwszego i drugiego etapu zajęte—35%—2 przypadki, nadające się do operacji, 19 nie.

Z tych danych dochodzi autor do wniosku, że korzyści przy operacji usunięcia macicy wraz z oczyszczeniem miednicy wobec ciężkości zabiegu są zbyt małe, gdyż nawet tam, gdzie gruczoly pierwszego etapu nie są zajęte, mogą być już zajęte gruczoly II etapu. Autor zauważył, że bardzo wiele gruczolów, które zdają się być zajęte przez raka, są tylko w stanie zapalnego nacieczenia, gdy tymczasem inne, ledwie wyczuwalne, porażone są rakiem. Niemniej często w przypadkach, gdzie gruczoly były wolne, znajdowano komórki rakowe w naczyniach chłonnych, a o usunięciu wszystkich naczyń chłonnych miednicy nie może być nawet mowy. Ponieważ przy operacji usuwa się gruczoly namacalne, więc zdarzać się może, że usuwamy gruczoly zdrowe a możemy pozostawić rakowe.

W części drugiej, klinicznej autor zauważa przede wszystkim, że punktem wyjścia raka przy nawrocie rzadko bywają gruczoly, że komórki rakowate częstokroć giną, zwyrodniają się w gruczolach, natomiast blizny pooperacyjne i tkanki sąsiednie są miejscem najczęstszym dla rozwoju nawrotów. Głównym więc zadaniem powinno być doszczętne usunięcie narządu zajętego rakiem wraz z tkanką przylegającą, a nie gruczolów. Cel ten osiągnąć możemy, wycinając macicę drogą pochwową i usuwając przymacicza (parametria) możliwie szeroko, przyczem, jeżeli dostęp do macicy mamy wąski, należy zastosować cięcie boczne t. z. Schuchardta. Tą drogą jesteśmy w stanie wydzielić moczowody i wyciąć wokół maci-

cy wszystko tak samo dokładnie jak przy cięciu brzuszem, prócz gruczolów, które, jak widzieliśmy, nie grają większej roli, gdyż możemy usunąć tylko gruczolę 1-go etapu, pozostawiając wyżej położone, które bardzo często są już zajęte przez raka. Porównyując swoją statystykę od 6. XI. 1901 roku do 31. XII. 1903, autor dochodzi do wniosku, że nadających się do operacji wycięcia pochwowego było 43,6%, gdy tymczasem podług statystyki Wertheima nadawało się do operacji 42,9% — różnica więc nawet niejaka na korzyść operacji pochwowej. Schauta przyznaje bezwzględnie, że główną wskazówką w wyborze tej lub innej drogi będzie wprawa operatora, musimy się jednak zgodzić, że operacja przez pochwę jako mniej ciężka a dająca takie same wyniki co do wyzdrowienia obok mniejszej śmiertelności, powinna zachować uprawnione stanowisko. Najważniejszym jednak czynnikiem, decydującym o dobrym wyniku, będzie możliwie wczesne rozpoznanie i możliwie wczesne usunięcie porażonego narządu.

PISARZEWSKI.

RZEŻĄCZKA W POŁOGU.

A. Martin. — *Gonorrhoe im Wochenbett.* Rzeżączka w połogu. (*Berlin. klin. Woch.* 1904, № 13).

Autor, zebrawszy spostrzeżenia innych badaczy, dotyczące się objawów gorączkowych podczas połogu u kobiet, zarażonych rzeżączką, przechodzi do swych własnych trzynastu przypadków, obserwowanych na klinice w Gryfii. Ośm położnic gorączkowało zaraz od początku połogu, pięć zaś w późniejszym okresie. Przebieg porodu we wszystkich przypadkach był pomyślny. Gorączka w połogu trwała krótko, a znaczniejsze zaburzenia w związaniu się macicy nie występowały. Rokowanie w przypadkach zakażenia rzeżączkowego co do ciąży, porodu i połogu, uważa autor za niepewne, ale bez zejść niepomyślnych. Leczenie nie powinno być zbyt czynne: dobre wyniki daje wprowadzenie wyjalowionych drożdży do przewodu szyi macicznej i do cewki moczowej. W końcu Martin upomina, aby być ostrożnym w podobnych przypadkach z zabiegami operacyjnymi doszczętnymi. R.

O KRWAWIENIU PODCZAS PORODU.

F. Ahlfeld. — *Die Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau.* Krwawienie podczas porodu i następstwa jego dla kobiety (*Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.* T. LI, Z. 2).

W nowszych podręcznikach ilość krwi, traconej przeciętnie podczas porodu, bywa rozmaicie podawana, a w niektórych (Olshausen-

Veit) niema o niej wzmianki. Kaltenbach podaje tę ilość na 500 gr. Bumm na 400—500, Zweifel uważa krwawienie przenoszące 500 gr. za chorobliwe. Te niepewne dane są często powodem nieodpowiedniego zapatrywania się na znaczenie utraty krwi i niewłaściwego postępowania lekarzy i położnych w celu jej powstrzymania. Uznaniu bowiem osób, obsługujących rodzące, pozostawia się, czy w pojedynczych przypadkach należy uważać utratę krwi za prawidłową lub chorobliwą. Nic więc niema dziwnego, gdy niekiedy małe utraty krwi bywają uważane za duże i dają powód do niepotrzebnych a często niebezpiecznych rękoczynów, a w innych przypadkach silniejsze krwawienia bywają nierozpoznawane, i z pomocą ociągamy się w mniemaniu, iż kobieta może większą utratę krwi przenieść bezkarnie; zwłaszcza położne łatwo błęd ten popełniają i zbyt późno zwracają się o pomoc lekarską. Ahlfeld opierając się na 6—7000 porodach, podczas których dokonywano ścisłego wymierzania odchodzącej krwi, ogłasza powyższą pracę w nadziei, iż z niej użyteczne wnioski dla praktyki wywieść będzie można.

Trudnościom, napotkanym przy zbieraniu krwi, zaradził autor w sposób bardzo dowcipny, urządzając łóżko porodowe, nazwane przezeń „łóżkiem lejkwatem“ (Trichterbett). W środku materaca znajduje się otwór o średnicy 22 cm, w którym znajduje się lejek blaszany niklowany o płaskim brzegu; dolny koniec lejka zanurza się w wymierzonym szklanym naczyniu, będącym zbiornikiem dla odpływającej krwi. *Przy utracie krwi w ilości większej niż 400 ctm. wskazaną jest pomoc lekarska.* Statystycznie wykazano, że utrata krwi przy prawidłowych porodach wynosi 400—500 gr., lecz że i większa ilość krwi może być utracona bez szkody dla rodzącej. Utrata krwi u wieloródek większa jest niż u pierwiastek. Wielkość dziecka, przestrzeń zajęta przez łożysko i waga jego zwiększają utratę krwi. Ciekawe również dane podaje statystyka o przebiegu okresu łożyskowego po porodach patologicznych, a mianowicie, iż najczęściej krwotoki zmuszają do skrócenia okresu łożyskowego (autor w okresie łożyskowym stosuje metodę wyczekującą, t. j. czeka na odejście łożyska 1½—2 godzin). Następstwa, powodowane utratą krwi dla kobiety, bywają bezpośrednie i później występujące i są najzupełniej indywidualne. Bezpośrednie następstwa: utrata krwi poniżej 1000 gr. u zdrowej rodzącej po największej części nie powodują ani subiektywnych, ani obiektywnych objawów. Przy utracie 1000—1500 gr. pierwszym objawem bywa przyspieszenie działalności serca i zdrobnienie fali tętna, do czego przyląca się bładość twarzy i powłok ogólnych. Przy utracie krwi 1600—1800 gr. dalszemi objawami są zimne kończyny, nos, czoło, wystąpienie zimnego potu, wymioty, częste poziewanie, uczucie braku powietrza, wzmagające się pragnienie, zawroty, zemdlenia, uczucie bojaźni, brak tętna. W pojedynczych przypadkach, u osób mniej odpornych, już przy tej utracie krwi następowało zejście

śmiertelne. Przy większej utracie krwi, dochodzącej do 2500 gr., występują napady zemdlenia, zapaść, trwała nieprzytomność lub wielki niepokój, drgawki mięśniowe; w końcu mimowolne oddawanie stolca, oddychanie przerywane i ustanie działalności serca. Później występujące po utracie krwi następstwa—a więc w połogu—dotyczą zachowania się tętna, ciepłoty ciała, niebezpieczeństwa powstania zakażenia i zdolność i karmienia. A więc co się tyczy tętna, bywa ono przyspieszone podczas zupełnie prawidłowo przebiegającego połogu. Co się tyczy podniesienia ciepłoty ciała, a więc niebezpieczeństwa zakażenia, jest ono przy znacznie większych utracach krwi większe; na wydzielanie się mleka, a więc karmienie, utrata krwi nie ma wpływu. Autor dochodzi ostatecznie do wniosku, że zdrowe kobiety mogą dobrze znieść podczas porodu nawet znaczne utraty krwi. Jeżeli następnie będą dobrze pielęgnowane i będą same się strzegły, to utrata ta prędko się wyrówna bez wpływu na ogólny stan a w szczególności na wydzielanie mleka.

W końcu celem zapobiegania utratom krwi autor podaje następujące rady: 1) Pierwsze pół godziny po urodzeniu dziecka należą do matki a nie do dziecka: cała uwaga osoby, prowadzącej poród zwrócona być winna na ilość odpływającej krwi, a w razie zwiększenia się jej ponad normę należy natychmiast uciec się do właściwej pomocy. 2) Ponieważ w praktyce prywatnej niemożna mieć łóżka lejkowatego, przeto zaleca się w krótkich przestankach oglądać podkład lub watę między udami rodzącej i zmieniać ją, a to celem orientowania się o natężeniu krwawienia, nie czekając na wystąpienie objawów ostrej niedokrwistości. 3) Zaleca się dokładne zbadanie tętna rodzącej na początku porodu, w czasie wolnym od bólu, dla następczego porównania z tętnem w okresie łożyskowym. Zachowując te trzy prawidła można w czasie właściwym rozpoznać większą utratę krwi i zapewnić odpowiednią pomoc. R.

III.

ZJAZDY LEKARSKIE

Z IV ZJAZDU GINEKOLOGÓW, POŁOŻNIKÓW I PEDIATRÓW FRANCUSKICH W ROUEN (od 5 do 10 kwietnia r. b.)

I. Jednym z najciekawszych tematów z pośród poruszonych na Zjeździe w Rouen, był temat **Legueu: O związku zapalenia nerek i ich miedniczek z ciążą i porodem** (La pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité).

Prelegent wyklucza na wstępie tę grupę zapaleń miedniczek nerkowych, które istniały przed nastąpieniem ciąży, i zajmuje się w swym odczycie wyłącznie temi, które zaczynają się w ciąży i kończą po opróżnieniu macicy. W literaturze znalazł Legueu tylko 60 przypadków; do tej liczby dodał kilka nieogłoszonych. Nie dowodzi to wszakże, by zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży było tak rzadkie; przeciwnie, autor sądzi, że te przypadki są o wiele częstsze, ale przechodzą często niepostrzeżenie i kończą się wyzdrowieniem po porodzie. Omawiając etylogię tego cierpienia, Legueu wskazuje na dwa niezmiernie ważne fakty. 1) *Podczas ciąży nadzwyczaj często występuje rozszerzenie moczowodów; specjalnie usposobiony do tego jest moczowód prawy: jeżeli rozszerzenie jest tylko na jednej stronie, to znajdziemy je na stronie prawej, jeżeli na obu—to rozszerzenie prawostronne będzie silniejsze.* 2) *Wszyscy się zgadzają na to, że dolny odcinek macicy uciska na moczowód w płaszczyźnie wchodu do miednicy; tam właśnie zaczyna się rozszerzona część moczowodów.* Ucisk na moczowody występuje wcześniej lub później zależnie od wielkości macicy (hydramnios, ciąża bliźniacza), oraz wymiaru miednicy. Gdy już ucisk istnieje, moczowód się rozszerza, nerka się rozciąga, i występuje uronephrosis; na takim gruncie infekcyja powstaje bardzo łatwo.

Z zarazków jeśli nie wyłączną to najwybitniejszą rolę odgrywa tu lasecznik okrężnicy (*bacillus coli*), który dostaje się bądź z pęcherza przez moczowody (*pyelonephritis ascendens*), bądź też z kiszek przez naczynia krwionośne (*p. descendens*). Mocz w miedniczkach staje się mętny; występuje obraz, opisany przez Guayona pod nazwą *uropyonephrosis*. O ile miedniczki się opróżniają, objawy są nieznaczne; występują one dopiero przy silniejszym rozciągnięciu miedniczek.

Chociaż nagromadzenie się płynu nie bywa tu tak wielkie, jak przy powolnem a długotrwałem działaniu szkodliwych przyczyn, jednak często niewielka zmiana w ciśnieniu wywołuje burzliwy atak gorączkowy, który mija z chwilą spadku ciśnienia. Zapalenie miedniczek jest względnie mało szkodliwe dla matek; ale za to albo działa wprost zabójczo na dziecko, albo też wywołuje poronienie lub przedwczesny poród. By ocenić w danym przypadku wpływ tej choroby na stan płodu, należy kierować się faktem, że płód tem więcej ma danych urodzić się na czasie i w dobrem zdrowiu, im później zaczęła się choroba. Co się tyczy leczenia, Legueu rozróżnia następujące wypadki:

- 1) Jeżeli zapalenie przebiega bez gorączki, to odpowiednia dyeta, spokój, leżenie na boku wystarczą do zażegnania złego.
- 2) Jeżeli zapalenie przebiega z gorączką, to czasem kończy się bez żadnych złych następstw po dokonaniu rozszerzenia pęcherza (?? sprawozd.), czasem zaś uporczywość gorączki i innych objawów zmusza nas do interwencyi, a mianowicie:
 - a) przy zapaleniu obustronnem, by nie narażać życia matki i życia płodu przez wielki zabieg (*nephrostomia bilateralis*), robimy przedwczesny poród.
 - b) Przy zapaleniu jednostronnem w pierwszych 7—8 miesiącach ciąży wykonywamy nefrostomię, a w późniejszych okresach—poród przedwczesny.

W dyskusji przyjmowali udział: Audebert (z Tuluzy), Martin (z Rouen), Sorel (z Dijon), Potocki i Bender, Wallich i Pinard.

Z innych tematów na Zjeździe poruszane były następujące:

II. **O wpływie hysteropeksyi na późniejsze ciążę.** Oui, docent z Lille, rozbiera osobno wpływ hysteropeksyi brzusznej i osobno wpływ pochwowej. Przy pierwszej zgubny wpływ przy późniejszych ciążach daje się zauważyć wówczas, gdy samo dno macicy jest mocno zrosnięte ze ścianą brzuszną. Jednakże w przeważającej większości wypadków i położenie płodu jest dobre, i poród kończy się szczęśliwie. Do roku 1901 zanotowano 3 wypadki pęknięcia macicy, zakomunikowane w New-Yorku obstetrical Society.

Co się tyczy hysteropeksyi pochwowej, Oui przytacza najpierw cyfry, dowodzące częstotliwości poronień po tej operacji (Demelin 22%, Küstner 37%); później zaś wspomina o statystyce Dührssena, który na 70 porodów następujących nie miał ani razu powikłania zależnego od tej operacji. Przyпускаjąc nawet, że Dührssen przekona cyframi swemi operatorów, Oui sądzi, że zrosty, które utrzymują macicę są po operacji Dührssena zbyt słabe. Ostatecznie Oui radby zarezerwować tę operację tylko dla kobiet, które nie liczą więcej na macierzyństwo.

III. **Torbiele jajnika** były przedmiotem pięciu odczytów.

a) **Cerné** (z Rouen) mówił o *złośliwości tych nowotworów*. Zaznaczywszy, że podział guzów na złośliwe i niezłośliwe został zarzucony przez anatomo-patologów z powodu różnorodnego klinicznego przebiegu przy jednakowej budowie, prelegent konstatuje, że jednak pomiędzy guzami o przebiegu złośliwym główne miejsce zajmują nowotwory pochodzenia nabłonkowego. W tem znaczeniu torbiele jajnika, jako prawdziwe nabłoniaki (epitelioma), są guzy złośliwe; jeżeli zaś przebieg kliniczny mówi nam co innego, to należy wziąć pod uwagę następujące okoliczności, które podstawowo wpływają na zmianę charakteru guza; *otorbienie, izolację i większą skłonność nabłonka do wydzielania niż do rozradzania się*. Z wyjątkiem torbieli, wykazujących budowę typową nabłoniaka śluzowego, o nielicznych komorach, wszystkie inne mogą dawać i przerzuty i nawroty. Najcięższą formę stanowią torbiele brodawkowate, choć i te dają czasem stałe wyleczenie. Z guzów złośliwych połowa kończy się śmiercią z racyi samej złośliwości; ogólna zaś śmiertelność przy torbielach jajnika z powodu ich złośliwości wynosi 12—15%.

b) **H. Barnsby** zrobił kilka uwag z powodu *32 przypadków torbielo-nabłoniaków jajnika*.

Z tych 32 przypadków w 16-tu rozpoznano klinicznie guz złośliwy; mikroskop podniósł tę cyfrę do 18, co stanowi 56,25%. Rezultat leczenia bezpośredni dał 31 wyleczeń i 1 zejście śmiertelne; w skutkach dalszych okazało się 6 nawrotów. Rokowanie jest b. złe, jeżeli torbiel pęka w jamie brzusznej; z 6 przypadków nawrotu w 5-ciu nastąpiło pęknięcie torbieli. Co się tyczy sposobu operowania, autor radzi zarzucić punkcję i wyjmować torbiele, jak guzy twarde.

c) **Arnoux** (Paryż) komunikuje przypadek, dotyczący 42 letniej kobiety, zakończony wyzdrowieniem: przy laparotomii znaleziono **torbielak brodawkowaty jajnika prawego**, rozrosty brodawkowate samoistne na jajniku lewym, oraz przy głównej torbieli—torbiel mniejszą, wielkości mandarynki, ze ścianami gładkimi i zawartością przezroczystą.

- d) O mięsakuwatem zwyrodnieniu torbieli jajnika mówili **Potocki i Bender**.
 e) O skręceniu szypy twardych guzów jajnika mówił **Bender** w imieniu swoim i **Jayla**.

IV. **Objaw Trélata w zastosowaniu do guzów w miednicy. Denucé** (z Bordeaux) przypomina, że już w r. 1899 studyował objaw Trélata, polegający na tem, że liczne znamiona (noevi) na skórze okolicy sutkowej przy istnieniu guza w sutkach dowodzą złośliwości tego guza. Denucé w swoich dalszych obserwacyach doszedł do wniosku, że wspomniany objaw da się zastosować nietylko do guzów sutki, ale i do guzów głębokich brzucha i miednicy. „Jeżeli te znamiona są liczne, mówi prelegent, jeżeli zajmują skórę w pobliżu guza, jeżeli ich powstanie było równoczesne z powstaniem guza lub też nastąpiło nieco później, to one mogą być uważane jako prawdopodobny znak złośliwości guza.“

W zakończeniu Denucé robi wyrzut Niemcom, że dużo pisali w tym przedmiocie, nie wspominając ani razu imienia Trélata.

V. **Ademitis axillaris przy gruczolaku sutki. Jeanne** (z Rouen) podaje dwa przypadki tej komplikacji, uważanej dotąd jako patognomoniczny objaw raka; prawda, że gruczolę nie były tu ani bardzo twarde ani bardzo ruchome, oraz że odznaczały się bolesnością. W obu wypadkach rozpoznanie gruczolaka stwierdzono mikroskopowo.

D. C. N.

Z. MONSIORSKI.

IV.

O C E N Y

Prof. dr. Ernst Bumm.—Grundriss zum Studium der Geburtshülfe.
 Zasady nauki położnictwa.—Wydanie drugie.—*Wiesbaden*, 1903.
 Str. XI+783. Rycin 578.

Pojawienie się nowego podręcznika położnictwa dla studentów nie budzi zwykle w kołach lekarskich zbytniego zainteresowania, gdyż znajdujemy tu zestawienie danych naszej wiedzy, w mniej lub więcej przystępnej formie napisane z mniejszą lub większą rutyną dydaktyczną. Podręcznik Bumma natomiast przez swą oryginalność w przedstawieniu rzeczy musi budzić u każdego żywe zainteresowanie, jako praca przystosowana znakomicie do dzisiejszych sposobów nauczania i uczenia się. Autor stworzył pracę zupełnie oryginalną.

nalną, bo przedstawił zasady położnictwa nietyle w przystępnej formie żywego słowa wykładu, ile urozmaicił wydawnictwo swoje całym szeregiem pięknych i skończenie dobrych rycin. Wydanie takie podręcznika położnictwa złączonego z atlasem, uprzytomniającym uczącemu się wszystko co tylko może z opisu być niejasnym lub mniej do zrozumienia dostępnym, przynosi ogromną korzyść naukową, gdyż podnieca zaciekawienie ucznia, i znacznie ułatwia mu szybkie rozpatrzenie się i przyswojenie sobie przedmiotu.

Jak najlepszy wykład teoretyczny, choćby podany w najlepszej formie, a pozbawiony wszelkich demonstracyj nuży słuchacza, i nie przynosi mu pożądanej korzyści, tak też i najlepszy podręcznik, pozbawiony dobrych rysunków staje się suchym, i odstrasza zwłaszcza początkującego od zapoznawania się z przedmiotem. Wiedzą o tem dobrze wszyscy wykładający, i starają się zawsze każdą swą ważniejszą myśl przedstawić na rysunkach, wiedzieli też o tem i autorowie podręczników, gdyż starali się zawsze podręczniki swe zaopatrzyć w dużą ilość rysunków. Nikt jednak nie przyłożył do nich tyle wagi, i nie podał w drobnym zresztą podręczniku tyle szematycznych jak i oryginalnych rysunków—jak Bumm, i tem właśnie przysłużył się znakomicie nietylko uczącej się młodzieży, ale także całej literaturze położniczej.

Nie można wprawdzie w zupełności zgodzić się na zbytnią ścisłość w przedstawieniu rzeczy, jaką znajdujemy w tekście; wiele ważnych momentów za mało dokładnie tutaj omówiono, co stworzyć musi ważne luki w praktycznej wiedzy uczącego się. Nie będę się tu rozwodził, gdzie odczuwa się najdotkliwsze braki, gdyż wszyscy krytycy tego dzieła zwracali już na to uwagę, i nie należy wątpić, że następne wydania uzupełnione i nieco przez to zwiększone usuną te właśnie niedokładności. Podnieść jednak należy, że przedstawienie nauki położnictwa w treściwej formie pięknych rzeczowo i językowo wykładów, jak to właśnie uczynił Bumm, ma bardzo wielkie zalety.

Przedewszystkiem użył autor wszelkich sił swoich, by przedstawić naukę ze strony ściśle praktycznej, co ułatwia uczącemu się znakomicie przystosowanie wiadomości do życia praktycznego.

W podręczniku tym nie spotykamy wielu teorii, nie widzimy tu wcale polemiki naukowej, nie czytamy co krok balastu nazwisk, czytamy natomiast ściśle przedstawiony szereg pewników naukowych, a w kwestyach naukowych spornych to zapatrywanie odpo-

wiednio uzasadnione, jakie autor sam na podstawie swej głębokiej wiedzy uznaje za najlepsze.

Te wszystkie zalety podręcznika, jako też precyzya wydawnictwa i jego taniość sprawiły, że dzisiaj już mimo bardzo dużej ilości podręczników położnictwa, podręcznik Bumma przez uczniów bywa rozchwytywany, a dla lekarzy stanowi piękny i pożądany nabytek biblioteczny.

DOBROWOLSKI.

V.

FELIETON

KILKA SŁÓW POD ADRESEM LEKARZY ZDROJOWYCH. — KOLEGA CZY DOKTOR? — REKLAMY LEKARSKIE W PISMACH BRUKOWYCH.

Wiosna! przychodzą dni jasne, słoneczne; ludzie — jak to ptactwo — do odlotu się gotują. Na ustach wielu — gdzie, dokąd jechać?

Pytanie to nęka tych zwłaszcza, którzy na swe niedomogi fizyczne jadą szukać pomocy i ratunku. I oto w przededniu sezonu kąpielowego widzimy w poczekalniach lekarskich zwiększony ruch chorych. Zarożą się wkrótce zdrojowiska, a między nimi, pod względem frekwencji, jedno z miejsc pierwszych zajmą te, w których są leczone choroby kobiece.

Zdawałoby się, iż idea leczenia kąpielowego, jako hołdująca zasadzie najdalej posuniętej zachowawczości, sama przez się wyklucza zabiegi operacyjne. Wszak wysyłamy do wód przeważnie chorych, u których interwencja chirurgiczna nie jest na razie wskazana lub nawet wprost przeciwwskazana. Tymczasem w ostatnich latach coraz częściej słyszymy, iż lekarze, ordynujący u wód, dokonywają na miejscu operacji ginekologicznych. Jesteśmy w posiadaniu dwóch faktów, gdzie zabieg, przedsięwzięty w zdrojowisku bez dostatecznych wskazań, wywarł wpływ niepomyślny na dalszy stan zdrowia pacjentek, a w jednym przypadku pociągnął za sobą konieczność ciężkiej następnej interwencji chirurgicznej.

Nie mamy prawa narzucać kolegom - ginekologom, praktykującym u wód, naszych poglądów leczniczych, niemamy jednak stanowczo, iż tylko wskazanie t. zw. życiowe (*indicatio vitalis*) może zniewolić lekarza kapielowego do wykonania operacji na miejscu.

Artykuł 4 Ustawy Towarz. Lek. Warsz. brzmi w następujący sposób:

„Towarzystwo Lekarskie, złożone z osób sobie równych pod względem powołania, zgromadzających się w jednym zamiarze, stanowi sobie za główne prawo: *na zgromadzeniach nie uważać na żadną wyższość*, jakąby urzędy, majątek lub opinia publiczna komu z członków nadać mogły. Nie będzie przeto na zgromadzeniach Tow. Lek. pomiędzy jego członkami inna uważana różnica, jak ta, którą rządy jego wewnętrzne nadają jego urzędnikom.“

Tymczasem na posiedzeniach Towarzystwa słyszymy ciąglą mieszaninę tytułów; prelegent lub zabierający głos w dyskusyi mianuje jednych kolegami, innych doktorami. Często nawet trudno zmiarkować, czemu jeden z obecnych zostaje nazwany *doktorem*, inny zaś więcej odeń zasłużony na polu nauki, czy starszy wiekiem, tylko *kolegą*.

Sądzę, że powinniśmy zastosować się do wyżej cytowanego § Ustawy i na przyszłość używać w dyskusjach względem wszystkich członków jednego tytułu: *kolegi*.

Niedawne to czasy kiedy tłumaczono młodym lekarzom, że dla zdobycia praktyki należy pilnie pracować na jednym z oddziałów szpitalnych, umieszczać streszczenia w pismach zawodowych, ogłaszać spostrzeżenia kliniczne, jednym słowem pracować naukowo teoretycznie i praktycznie, a owoc takiego postępowania po kilku latach zacznie już dojrzewać. Wyrabianie się przy pomocy położnych, fclcerów, reklamowanie się w pismach brukowych i t. p. potępiane było ogólnie.

Rozumie się, że, i w owe czasy bywały odstępstwa od wyżej podanych prawideł, niekiedy nawet lekarze na wybitnych stanowiskach postępowali całkiem inaczej. Ale były to tylko nieliczne wyjątki.

Tempora mutantur! W ostatnich latach coraz widoczniejszym staje się zwrot od dawnych zasad wyrabiania się, coraz częściej i jaskrawiej występuje na pole walki o byt zwykła reklama kupiecka.

Wiadomo, że nie w naszym kraju zrodziła się reklama, zagranicą uprawiana jest ona w nierównie szerszych rozmiarach; weźmy dla przykładu chociażby ogłoszenia w pisuarach paryskich, gdzie różni specjaliści, powołując się na tysiące listów dziękczynnych, obiecują szybkie uleczenie wszelkich możliwych chorób wenerycznych (np. „Guérison en trois jours et pour toujours”). W szaleciach warszawskich niema jeszcze podobnych ogłoszeń. Ale nie traćmy nadziei!

Reklama u nas niezaprzecznie robi postępy. Jako pierwszy jej stopień uważać możemy ogłaszanie domów zdrowia. Niezawodnie każdy zakład leczniczy musi ogół uwiadomić o swem istnieniu, zakład taki wymaga przytem sporego kapitału, jest więc po części przedsiębiorstwem handlowem.

Nic zatem dziwnego, że właściciel, włożywszy znaczną sumę pieniędzy, dbać musi choćby o najskromniejsze odsetki, przy okazji zaś ogłaszania zakładu, i nazwisko właściciela rozbrzmiewa równocześnie na szpaltach pism politycznych, i staje się głośnem.

Nie każdy z lekarzy może sobie pozwolić, czy to sam czy wraz z kilku innemi, na wybudowanie domu zdrowia, a sława rozgłosu nęci wielu, więc wynaleziono inne o wiele przystępniejsze sposoby reklamowania się.

Zaczęły zjawiać się polikliniki (co pachnie nawet uniwersytem, profesurą), nareszcie w ostatnich czasach t. zw. gabinety lekarskie. Te ostatnie typy „domów zdrowia“ nie wymagają wielkiego kapitału zakładowego, dość wynająć mieszkanie z wanną i prysznicem—o co nie trudno obecnie w Warszawie—sprowadzić sobie trochę narzędzi i aparatów (dokładna znajomość stosowania zupełnie zbyteczna), i oto mamy kompletny „gabinet“. Zwykle w ogłoszeniu następują nazwy metod stosowanych i chorób leczonych, często niezupełnie zrozumiałe dla przeciętnego czytelnika (co nawet jest wielce pożądanem).

Mysł ludzka pracuje bezustannie, możemy więc żywić nieplonną nadzieję, iż wkrótce czytać będziemy w pismach brukowych następujące ogłoszenia: Gabinet doktora X. (nazwisko i adres gru-

bemi czcionkami) — stosowanie wszelkich metod fizycznych, chemicznych i psychicznych, a zwłaszcza metoda spekulacyjna (od wyciągu speculum), metoda perkutoryjno-stetoskopijna i t. d.

Stosowanie tych ostatnich metod dostępnem będzie nawet dla najniezamożniejszych i dla najmłodszych lekarzy.

Verus.

Warszawa, w maju 1904 r.

VI.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

W zeszycie majowym wychodzących w Poznaniu *Nowin Lekarskich* znajdujemy z prośbą o powtórzenie następującą odezwę:

„Cudze chwalimy
Swego nie znamy,
Sami nie wiemy
Co posiadamy“

W roku bieżącym przystąpimy, zachęcenі w niemaleј mierze przez kol. Wrzoska z Krakowa, do wydawnictwa Biblioteki dzieł znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Dzieła ich wyborowe, zajmujące w Panteonie nauk niepoślednie miejsce, nie straciły dotąd ze swej wartości naukowej. I dzisiaj jeszcze przynieść nam one mogą i korzyści wiele i wiedzy wiele. Z dzieł tych może i obecne pokolenie czerpać natchnienie i zachętę do prac swoich. Zadaniem wydawnictwa Biblioteki będzie pogłębiać myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzy i zachować ciągłość naszej tradycji naukowej.

W tym roku, jako setnym pierwszego wydania wiekopomnej „Teorii jestestw organicznych“ Jędrzeja Śniadeckiego, zamierzamy, jako zapoczątkowanie Biblioteki, wydać dzieło rzeczzone i oddać przez to cześć winną i hołd przynależny sławnemu synowi Wielkopolskiej ziemi.

Ku uczczeniu nadto pamięci naszego rodaka nosić będzie Biblioteka nazwę: *Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego.*

Do każdego dzieła, jakie się co rok w Bibliotece w jednym większym tomie lub kilku mniejszych ukaze, dodany będzie wstęp obszerny, w którym oprócz życiorysu autora podaną będzie naukowa ocena dzieła, napisana przez osobę kompetentną.

Powodzenie *Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego* zależeć będzie od poparcia ogółu naszych lekarzy. Aby mózdz oznaczyć wysokość nakładu, uprasza Redakcyę już teraz o zapisywanie się na listę prenumeratorów.

Cena roczna Biblioteki wyborowych dzieł znakomitych naszych lekarzy i przyrodników wynosi marek sześć czyli trzy ruble lub siedem i pół korony.

Abonenci *Nowin Lekarskich* otrzymać mogą *Bibliotekę Jędrzeja Śniadeckiego* za połowę ceny! W handlu księgarskim cena pojedynczego dzieła znacznie będzie wyższą niż w prenumeracie.

HELIODOR ŚWIĘCICKI

Redakcyi *Nowin Lekarskich* należy się gorąca wdzięczność za podjęcie nowego wydawnictwa. Wzniosłe hasła: pogłębienie myśli naukowej współczesnego pokolenia lekarzy i zachowanie ciągłości naszej tradycyi naukowej,—znajdą niewątpliwie głęboki oddźwięk wśród ogółu lekarzy polskich. *Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego*, jako pomnik naszej kultury wiekowej, winna zdobić księgozbiór każdego lekarza Polaka.

Przy Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem zorganizowano Sekcyę Ginekologiczną. Na posiedzeniu wyborczem, odbytem dnia 30 kwietnia, obrano na rok bieżący prezesem kol. *Boryssowicza*, wiceprezesem I — kol. *Neugebaura*, wiceprezesem II — kol. *Jaworskiego*, sekretarzem — kol. *Czesława Stankiewicza*. Posiedzenie kliniczne Sekcyi odbędzie się w piątek, dnia 27 b. m., o godz 8 wieczorem w sali Towarzystwa Lekarskiego. Na porządku dziennym, prócz demonstracyi chorych i preparatów, są następujące odczyty: kol. *Fr. Neugebauer* — O hydromeningocele sacralis anterior, i kol. *J. Jaworski* — O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiala przy zakażeniu położowem uwag kilka. — Nadmieniamy, iż stosownie do przyjętego regulaminu, w pracach Sekcyi mogą brać udział, prócz członków Towarzystwa Lekarskiego, goście wprowadzeni przez jednego z członków z przedstawieniem prezesowi Sekcyi. Goście mogą miewać demonstracye i odczyty na równi z członkami Sekcyi.

WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

Dnia 24 kwietnia w Instytucie lekarskim kobiecym w Petersburgu została poświęcona „Moskiewska klinika położniczo-ginekologiczna“ na 50 łóżek, zbudowana ze środków zebranych przez moskiewski oddział Towarzystwa popierania Instytutu. Naczelnym kierownikiem kliniki jest prof. dr. Raczyński.

Minister oświaty w Prusach zamierzył ułożyć listę lekarzy-specyjalistów. W tym celu rozesłał kwestyionaryusz na razie tylko do lekarzy berlińskich, w którym lekarze-specyjaliści mają dać odpowiedź na następujące pytania: jakiej gałęzi specyalnej lekarz się poświęca? jaką drogą nabył wiedzy specyalnej, mianowicie, kiedy poświęcał się studiom, w jakich zakładach, pod czym kierunkiem i jak długo? czy posiada własny zakład lub poliklinię, czy też pracuje w szpitalu, i na jakim pozostaje stanowisku.

Kursa wakacyjne dla lekarzy, odbywające się w Krakowie i Lwowie zostały na rok bieżący zawieszono.

ZJAZDY LEKARSKIE.

Na IV Zjeździe ginekologów, położników i pediatrów francuskich w Rouen uchwalono, że następny Zjazd ma się odbyć w roku 1907 w Algierze. Przewodniczyć będzie w sekcji położniczej Queirel (Marsylia), w sekcji ginekologicznej Boursier (Bordeaux), w pediatrycznej zaś Guinon (Paryż).

Międzynarodowy Zjazd do badań nad gruźlicą odbędzie się w Paryżu od 2 do 7 października 1905 roku.

Międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli od 30 sierpnia do 3 września b. r.

DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

Revue v neurologii, psychiatrii, fysikální a diaetické therapii — pod tym tytułem zaczął wychodzić w Pradze nowy miesięcznik czeski. Redaktorem i wydawcą jest doc. dr. Lad. Haskovec. Zeszyt okazowy zaleca się bogatym działem sprawozdawczym. Nowemu piśmie przesyłamy serdeczne życzenia powodzenia i wytrwania na zajętem stanowisku.

Jak donosi *Przegląd lek.*, obywatele krakowscy, uznając doniosłe znaczenie parku dr. Jordana dla fizycznego rozwoju młodzieży, postanowili uświęcić piętnastą rocznicę założenia tej pożytecznej instytucji uroczystą wieczornicą.

Wiele niezadowolonia wywołało we Francji zniesienie granicy wieku dla profesorów, która do tej pory oznaczoną była, jak i w Austrii, na 70-ty rok życia. Obecnie ograniczenie to obowiązuje jedynie w uniwersytetach austriackich i holenderskich.

W Luksemburgu, gdzie od r. 1901 wprowadzono dostarczanie surowicy przeciwbloniczej biednym darmo, postanowiono dawać bezpłatnie i środki antyseptyczne

Magistrat w Los Angeles (Kalifornia) stanowczo zabronił otwierania szpitali dla gruźliczych w obrębie miasta.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia dra med. i chirurgii *Leona Konitza*, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie rub. 256 kop. 50 za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 kwietnia 1902 roku do dnia 31 marca 1905 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i, podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do d. 31 marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niccała Nr 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego, i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

(Pam. Tow. Lek. Warsz.)

WIADOMOŚCI OSOBOWE.

MIANOWANI:

Giuseppe *Guicciardi* mianowany docentem przy katedrze położnictwa i chorób kobiecych w wyższej szkole lekarskiej we Florencyi.

Dr. O. *Witzel* profesor nadzwyczajny chirurgii został mianowany profesorem honorowym zwyczajnym w Bonn.

ZMARLI:

W Neapolu 29 lutego senator prof. Antonio *De Martino*, w wieku lat 85, początkowo profesor patologii, później ginekologii i położnictwa.

Dr. Max *von Strauch*, docent przy katedrze położnictwa i chorób kobiecych na wydziale lekarskim w Moskwie.

Prof. Dr. Wilhelm *Illis*, znakomity anatom, redaktor *Archiv für Anthropologie i Zeitschr. f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte*, zmarł w Lipsku dnia 1-go Maja.

Sir Henry *Thompson*, profesor kliniki chirurgicznej w University College w Londynie.

Prof. *Duclaux* członek Akademii nauk, dyrektor Instytutu Pasteura.

VII.

SKRZYŃKA DO LISTÓW

Przyczynek do dziejów ginekologii polskiej

Szanowny Kolego!

W zeszycie I *Ginekologii* znajduje się życiorys, zmarłego w roku zeszłym ś. p. prof. Gliszczyńskiego. Autor życiorysu niesłusznie, zdaniem mojem, pominął milczeniem ten ważny szczegół, że prof. Gliszczyński był pierwszym lekarzem, który w Warszawie wykonał owariotomię.

Jestem w posiadaniu rozprawy, napisanej w r. 1864 przez Antoniego Sikorskiego celem pozyskania stopnia doktora medycyny w Wydziale lekarskim Szkoły Głównej p. t. „O całkowitem wycięciu jajnika (ovariotomia)“. W rozprawie tej na str. 12-ej znajduje się ustęp następujący: „W kraju naszym operacya ta ani razu do r. 1864 wykonaną nie była. Zastosowanie działania chirurgicznego w b. klinice Wileńskiej przez prof. Seweryna Gałęzowskiego do kilku chorych, dotkniętych torbielem jajnika, z których jedna nawet uleczoną została, nie może być poczytywane za owariotomię—jak o tem najlepiej świadczy opis Ksawerego Gałęzowskiego (*Praktyczne postrzeżenia niektórych lekarzy zebrane przez A. F. Adamowicza*, V, 1862 r., Wilno).

W roku 1864 całkowite wycięcie jajnika wykonał po raz pierwszy prof. Gliszczyński na chorej, przybyłej do szpitala Dzieciątka Jezus...“

Ponieważ przypadek, operowany przez prof. Gliszczyńskiego, stanowi poważny przyczynek do historii ginekologii polskiej, pozwolę sobie przytoczyć tu opis operacyi, podany przez Antoniego Sikorskiego, który brał w niej udział czynny.

„Dzień 22 czerwca 1864 r. przeznaczonym został do wykonania owariotomii.

Przed przystąpieniem do operacyi, potrzebne narzędzia i przedmioty umieszczone zostały w pobliżu stołu operacyjnego, a potrze-

bną pomoc w czasie operacji powierzono umyślnie do tego zaproszonym kolegom.

Umieściwszy wygodnie chorą na stole operacyjnym i po zachloroformowaniu jej aż do zupełnego znieczulenia, które nastąpiło po upływie 15 minut, prof. Gliszczyński przystąpił do operacji.

Przecięcie powłok brzusznych wykonane było na przebiegu linii białej, w równym oddaleniu od pępka i spojenia kości łonowych; wynosiło początkowo cali 4, cięcie odbywało się warstwami,— a najbardziej krwawiące naczynia w liczbie dwóch podwiązano. Po dokładnem osuszeniu brzegów rany okazała się czysta powierzchnia otrzewnej, którą po ujęciu kleszczykami i zrobieniu otworu, na doprowadzonym żłobkowanym zgłębniku, w kierunku ku górze i ku dołowi przecięto. Wówczas okazała się przodkowa powierzchnia torbiela,—a że długość rany nie była dostateczną, przeto przedłużono ją jeszcze na cal jeden w kierunku ku pępkowi. Prof. Gliszczyński, wprowadziwszy rękę lewą do jamy brzusznej i posuwając nią po przodkowej ścianie torbiela, napotkał znaczne połączenia ze siatką i ścianami brzuszniemi; większa część tych przyczepów dozwoliła się z łatwością rozdzielić palcami, reszta zaś pokonaną została przy użyciu ręki prawej; przytem okazała się potrzeba podwiązania jednego z uszkodzonych naczyń siatki.

Tak oswobodzony torbiel ujęto za pomocą kleszczyków Musego i, pociągając go ku przodowi, przebito trójgrańcem prostym, znacznej grubości. W miarę odpływu cieczy ciemno-brunatno zabarwionej, pomocnicy stopniowo przyciskali brzegi rany ku powierzchni torbiela i, współcześnie ugniatając go z góry i od tyłu ku przodowi, zmuszali płyn w nim zawarty do prędszego i dokładniejszego odpływu. Skoro już wydzielać się przestał, a objętość guza pozostała dość znaczną, po przekonaniu się, że znajdują się jeszcze inne torbiele, przystąpiono podobnie do ich przebicia i opróżnienia. Ciecz z nich wypływająca była wół gęstą i przezroczystą.

Następnie ujawszy torbiel silnie kleszczami Musego, ostrożnie go z jamy brzusznej nazewnątrz wydobyto; zaraz też ukazała się pomiędzy brzegami rany znacznej grubości szypulka, w skład której wchodziły jajowód lewy, barwy brudno-czerwonej, mocno rozszerzony, został przewiązany. Szypulkę przekłuto w pośrodku odpowiednią igłą krzywą, nawleczoną podwójną przewiązką, i podwiązano każdą część przepołowionej szypułki oddzielnie. Dla lepszego zabezpieczenia się od krwotoku założono jeszcze jedną wspólną

przewiązkę. Następnie w odległości $1\frac{1}{2}$ cala od miejsca przewiązania odcięto torbiel.

Po przekonaniu się dokładnie, że nie zachodzi już obawa krwotoku z uszkodzonych naczyń prof. Glisczyński przystąpił do połączenia brzegów rany, za pomocą dość grubych Karlsbadzkich szpilek, w następujący sposób: szpilki zakładane były od górnego kąta rany w odległości 14 linii od brzegów, nie zajmując niemi otrzewnej; odstepy pomiędzy pojedynczemi szpilkami wynosiły cal jeden, - przedostatnia z nich, przeprowadzoną została tuż ponad górnym brzegiem szypułki. Samą szypułkę, stosunkowo dość krótką, umocowano w dolnym kącie rany za pomocą szpilki, wskrószyć przez pomienioną szypułkę i dwa brzegi rany przechodzącej tak, że kawałek pozostawionego przy niej torbiela częścią w ranie, częścią zaś ponad jej powierzchnię wystawał. Wreszcie na końcu szpilek osmkowato nałożona przewiązka dopełniła zupełnego zbliżenia się brzegów rany. W górnym kącie rany pozostawiono część przewiązki, należącej do naczynia siatki, w dolnym kącie rany umieszczono końce przewiązek, należących do jajowodu i szypułki, które przytwierdzono do ścian brzusznych za pomocą kawałków plastru lepkiego. Ranę pokryto starannie skubanką, i opatrunek uzupełniono przez nałożenie taśm powleczonych plastrem lepkiem, które, prowadziszysy pod tułów, skrzyżowano na linii pośrodkowej brzucha.

Chora w czasie operacji tej, trwającej godzin dwie, utrzymywana była w znieczuleniu, dopiero pod koniec, w chwili łączenia brzegów rany, niemając już sobie podawanego chloroformu, stopniowo wracała do przytomności. Zapytana, czyliby wiedziała jakie szczegóły o operacji, odpowiedziała przecząco, oświadczając, iż jedynie czuła ból przy zakładaniu szwów.

Chora zmarła na trzeci dzień po operacji.

Zejście niepomysłne w przypadku powyższym nie zmniejsza, zdaniem mojem, zasługi prof. Glisczyńskiego. Po Wojerkowskim, rodaku naszym, który dnia 29 kwietnia 1844 r. po raz pierwszy wykonał owariotomię we Francyi, Glisczyński był drugim z kolei lekarzem polskim, który odważył się na wykonanie tego niebezpiecznego podówczas a zbawionego obecnie zabiegu operacyjnego. Sądzę, iż za tę odwagę należy mu się wdzięczna pamięć i uznanie od następców.

Łączę wyrazy poważania

Warszawa, d. 1 maja 1904 r.

Karczewski.

VIII.

Zapiski lecznicze

Lactagol — nowe lactagogum, przedstawia drobny proszek barwy blado-żółtej, o smaku mdłym. Otrzymuje się z nasienia bawelny. W dawce 10,0—12,0 dziennie lactagol ma znakomicie wpływać na wzmożenie się sprawności wydzielniczej gruczołów piersiowych u kobiet i zwiększenie się ilości mleka. Działanie lactagolu występuje niekiedy już po upływie 24 godzin, zazwyczaj — dopiero po 3—4 dniach. Nawet po pewnej przerwie w karmieniu, spowodowanej np. chorobą matki, udało się przy pomocy lactagolu wznowić czynność wydzielniczą sutków w stopniu dostatecznym do żywienia niemowlęcia.

(Deutsche med. Wochenschr. 1904, NN 6, 10.)

W jednym przypadku z praktyki własnej mogliśmy stwierdzić dodatnie działanie lactagolu u pacjentki z małą ilością pokarmu przy sstkach prawidłowo rozwiniętych. Stosowanie lactagolu rozpoczęte zostało w trzecim tygodniu po porodzie, wynik otrzymano po upływie kilku dni. Zadawano 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy w mleku. Jeśliby dalsze próby, które bezwątpienia warto przedsięwziąć, zdołały ustalić dotychczasowe dane autorów (Mond, van den Brink), mielibyśmy w lactagolu cenny środek leczniczy.

Red.

SPROSTOWANIA

W zeszycie 3-im *Ginekologii*, na str. 106, wiersz 18 od góry, zamiast mikroskopowo ma być: *makroskopowo*.

Na str. 129, 3-ci wiersz od dołu zamiast: wypadnięciem zupełnem pochwy — winno być: wypadnięciem zupełnem *macicy*.

Дозволено Цензурою. Варшава, 7 Мая 1904 г.

Redaktor i Wyd.: Dr. Czesław Stankiewicz.

Druk G. Paprockiego, Smolna. 3

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 puszki do gipsu, waty, gazy, ligatur; puszki do tamponowania macicy, przyrządy do parowych i suchych ciepłych kąpielii oraz wszelkie wyroby blacharskie. Obstalunki załatwia szybko i podług życzenia.

Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewiczza

Warszawa, Złota 3.

Urządzenie ściśle aseptyczne. Sterylizacja 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 elektryzacji) oraz **ciężarne**. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu może pozostać w zupełnej tajemnicy. — **Opieka lekarska:** właściciel Zakładu, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. — **Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli** dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie do umowy. **Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40.** Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu № 1846.

KRONIKA LEKARSKA

Dwutygodnik, poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich.

Adres Redakcyi Orła № 5, — Administracya Marszałkowska № 99.

W r. b. wszyscy całoroczni prenumeratorzy otrzymają premium.

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

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

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

Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę można wносить w ratach półrocznych.

Studenci medycyny, przy zamówieniach wprost z redakcyi mogą otrzymywać „Ginekologię“ za połowę ceny.

SKŁADY GŁÓWNE: Na Galicyę: Księgarnie **Krzyżanowskiego** w Krakowie i **Altenberga** we Lwowie. Na zabór pruski: księgarnia **Leitgebra** w Poznaniu.

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.