

# 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. JUIN 1904. № 5.

**GINEKOLOGIA**

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

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

I Jahrgang. JUNI 1904. № 5.

**GINEKOLOGIA**

POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

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

OGŁOSZENIA. — ANNONCES.

**FRANCENSBAD**

**Dr. LEOPOLD STEINBERG**

→→ ORDYNUJE JAK DAWNIEJ. ←←

Czerwiec, 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. Chlumsky (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. Waclaw Rubeška (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Lwów), Dr. Józef Saks (Łódź), Dr. Julian Ślaski (Warszawa), Docent Dr. Sołowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Warszawa), Dr. Heliodor Święcicki (Poznań), Dr. Aleksander Szulc (Żyrardów), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Mieczysław Themerson (Płock), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątarek (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).

---

# 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 igiel sosnowych, jak lotne tak i stałe, zupełnie rozpuszczalny w wodzie.

Wyrobu *Apteki*

E. Kuskowskiego

W JABŁONNIE POD WARSZAWĄ.

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZ.

ŻADAĆ WSZĘDZIE 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).

## JULJA Szoberowa

w WARSZAWIE, ŻÓRAWIA 7.

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

## Specjalnie Sale Operacyjne

i t. p. ubikacje

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

G. KOECK, Chmielna 20 w Warszawie.

## NOWINY LĘKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu pod redakcją

Dr. Heliodora Święckiego

Treść „Nowin” obejmuje następujące działy:

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

B. Dział sprawozdawczy.

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

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

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

Numer okazowy otrzymać można na żądanie darmo i 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 kobiecymi, chirurgicznymi, wewnętrznymi, oraz osoby spodziewające się słabości — za opłatą dzienną od Rb. 1 kop. 50—4 Rb.

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

### GAZETA LEKARSKA

pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.  
Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr. Gajkiewicz Wł. Wydawcą jest Dr. Pruszyński Jan (Hoża 50).

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

#### Wydawnictwa „Gazety Lekarskiej”:

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

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

## Warszawski Zakład

### GINEKOLOGICZNY

Marszałkowska Nr. 45, Telefonu Nr. 3114.

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

Opłata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5.



**Sterylizowana** Wata, Gazę hygr. i jodoform  
Katgut jodowy i ligatury  
Tampony na nitkach, Opa  
trunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwó  
soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyczne za  
mykadła do irygatorów i t. d. poleca  
**PRACOWNIA STERYLIZACYJNA**  
Dra Borzymowskiego.

Warszawa, Twarda 30.

### Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RODZĄCYCH

Bođuena 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.)

# GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM  
I POŁOŻNICTWU

## T R E S Ć.

Wydawnictwo Towarzystwa Lekarskiego  
gub. Lubelskiej

### I. PRACE ORYGINALNE.

- Dr. **A. Karczewski**, Warszawa. W sprawie operacyjnego leczenia ropienia pędogowego sutki (mastitis puerperalis) (z 1 rysunkiem). 203  
 Dr. **Fr. Neugebauer**, Warszawa. Hydromeningocele sacralis anterior (z 7 rysunkami), dok. . . . . 208  
 Dr. **M. Cercha**, Kraków. O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych, dok. . . . . 229

### II. SPRAWOZDANIA.

POŁOŻNICTWO. A. H. QUESSNER. Przyczyny i leczenie gorączki pędogowej. — H. SCHUMACHER. W sprawie kąpania rodzących. — ROGER VON BUDBERG. Czy obrzęk sromu podczas porodu stanowi naturalny środek ochronny dla krocza, czy też zwiększa niebezpieczeństwo pęknięcia jego. — HOFMEIER. O niepomyślnych następstwach nacięć szyi macicznej podczas porodu. — A. OSTRCZYL. O zmianie położeń twarzowych na potylicowe za pomocą chwytów zewnętrznych. — J. PAULIN. Poród bliźniętami z przerwą siedemnastodniową. 240

### III. ZJAZDY I TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

- Z IV Zjazdu ginekologów, położników i pedyatrów francuskich w Rouen (5—10 kwietnia r. b.), przez **Z. Monsiorskiego**, dok. . . 248  
 Sekcja Ginekologiczna Warszawska . . . . . 250

### IV. FELIETON.

W sprawie wód i zdrojowisk krajowych. — Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego a nasze stanowisko, przez **VERUSA** . . . . . 260

### V. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. . . . . 262

### VI. SKRZYNIKA DO LISTÓW.

Wyrwanie macicy sub partu, przez **FR. NEUGEBAURA** . . . . . 263

### VII. OGŁOSZENIA.

ark. 142-53-161



## SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.  
Contribution au traitement opératoire du mastitis puerperalis, par M. A. KAR-CZEWSKI (de Varsovie).  
Hydromeningocele sacralis anterior, par M. F. de NEUGEBAUER (de Varsovie).  
Sur les bains de boue de Krynica dans le traitement des maladies des femmes, par M. M. CERCHA (de Cracovie).
- II. ANALYSES.  
Obstétrique: A. H. Queisner, H. Schumacher, Roger von Budberg, Hofmeier, A. Ostreil, J. Paulin.
- 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.  
Section gynécologique de Varsovie.
- IV. FEUILLETON, par VERUS.
- V. NOUVELLES.
- VI. CORRESPONDANCE.  
Arrachement de l'utérus puerpéral, par M. F. de NEUGEBAUER (de Varsovie).
- VII. ANNONCES.

## INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.  
Beitrag zur chirurgischen Behandlung der puerperalen Mastitis, von A. KAR-CZEWSKI (Warschau).  
Hydromeningocele sacralis anterior, von F. v. NEUGEBAUER (Warschau).  
Ueber den Moor von Krynica in der Behandlung der Frauenkrankheiten, von M. CERCHA (Krakau).
- II. REFERATE.  
Geburtshülfe: A. H. Queisner, H. Schumacher, Roger von Budberg, Hofmeier, A. Ostreil, J. Paulin.
- III. AERZTLICHE KONGRESSE UND GESELLSCHAFTEN.  
IV französ. Kongress für Geburtshülfe, Gynäkologie und Paediatric in Rouen. Warschauer Gynäkologische Sektion.
- IV. FEUILLETON, von VERUS.
- V. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- VI. KORRESPONDENZEN.  
Herausreissung des puerperalen Uterus, von F. v. NEUGEBAUER (Warschau).
- VII. ANNONCEN.

I.  
PRACE ORYGINALNE

W sprawie operacyjnego leczenia  
ropienia połogowego sutki  
(mastitis puerperalis)

NAPISAL

A. KARCZEWSKI  
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Ropne zapalenie sutki w połogu, jak wiadomo, może się objawiać w postaci ropówki (phlegmone) podskórnej, śródmiąższowej i pozasutkowej. Ropnie sutkowe podskórne, położone powierzchownie, i ropnie pozasutkowe, które zwykle tworzą jedną wielką jamę, dają się łatwo leczyć zapomocą nacięć, dokonywanych według tych samych prawideł, jak w każdej innej okolicy ciała. Z ropniami śródsutkowymi rzecz ma się nieco inaczej. W ropieniu śródmiąższowym mamy zazwyczaj do czynienia z szeregiem ropni rozmaitej wielkości, bądź odosobnionych, bądź łączących się ze sobą kanałami zawilemi. Ropnie te dojrzewają nierównocześnie. Podczas gdy w jednym miejscu mamy wyraźne chelbotanie lub przynajmniej ograniczony obrzęk bolesny i zaczerwienienie, w innych natomiast istnieje zaledwie niewyraźne stwardnienie, które z czasem dopiero przechodzi w ropienie, lecz może również uleść wchłonięciu.

Wypływa stąd niemała trudność w leczeniu tego ropienia. Stosunkowo rzadko udaje się za jednym razem pootwierać wszystkie ropnie. Zazwyczaj, po otwarciu kilku ognisk ropnych, powoli ujawniają się inne, które wymagają nowych nacięć. Nadto po otwarciu ropni częstokroć pozostają przetoki, które nie okazują skłonności do gojenia się. Tym sposobem sprawa nieznośnie się przewleka, siły chorej wyczerpują się coraz bardziej, odżywianie dziecka podupada. Chora, która chętnie zgodziła się na pierwszy zabieg operacyjny, traci cierpliwość, zniechęca się do leczenia chirurgicznego wogóle, a do leczącego ją lekarza w szczególności.

Wobec tego nie jest pozbawione słuszności postępowanie tych chirurgów, którzy radzą nie szczędzić sutki, dotkniętej ropieniem śródmiąższowem. Tak np. prof. Angerer<sup>1)</sup> „wykonywa wielkie nacięcia długości 10 — 15 ctm., wprowadza palec do jamy ropnia i wszędzie tam, gdzie znajduje zagłębienia i jamy ropne, robi przeciwotwory; następnie brzegi nacięć rozciąga hakami i usuwa tkankę gruczołową, nacieczoną ropą, ostrą łyżką tudzież szczypczykami i nożyczkami“.

Postępowanie to niewątpliwie ma wyższość nad kolejnym otwieraniem ropni, lecz posiada również strony ujemne. Sutka, pocięta w wielu miejscach, po zagojeniu, które zresztą następuje niezbyt szybko, nie może wyglądać ładnie, a co ważniejsza, wskutek wycięcia znacznej ilości tkanki gruczołowej nie może nadal spełniać należycie swej czynności.

W celu uniknięcia blizn szpetnych i przyspieszenia sprawy gojenia J. Boeckel<sup>2)</sup> zalecił, ażeby po wypuszczeniu ropy dwoma cięciami łukowatemi okrawać ogniska ropne i wycinać je w tkance zdrowej, a następnie po dokładnem wymyciu zamykać rany szwami głębokimi i powierzchownymi.

Pomijając niepewność rychłozrostu w podobnych warunkach, sposób Boeckla musimy uznać za nieodpowiedni z tego względu, że w razie istnienia kilku ropni cały niemal gruczoł mleczny może uleść wycięciu.

Znaczny postęp w leczeniu operacyjnem ropnego zapalenia sutki stanowi sposób Bardenheura, ogłoszony przez jego asystenta E. Hopmanna<sup>3)</sup>. Sposób polega na tem; że „sutkę okrawa się półksiężycowato w dolnej połowie, oddziela się na tępo od powięzi mięśnia piersiowego wielkiego i odwija hakami ku górze; następnie szeroko otwiera się ropnie od tyłu cięciami, poprowadzonymi w kierunku promieni, i oczyszcza się ogniska ropne; wreszcie do każdej jamy wprowadza się gruby sączek, sutkę zaś przykłada się z powrotem; sączki, wprowadzone do ropni od dołu ku górze i wystające pod sutką, znajdują się w położeniu najdogodniejszym pod względem zabezpieczenia swobodnego odpływu ropy“.

1) Erkrankungen u. Verletzungen der Brustdrüsen. Handbuch der praktischen Chirurgie bearb. v. Bergmann, Bruns u. Mikulicz.

2) Cyt. według Hopmanna.

3) Ueber die Operation der puerperalen Mastitis. *Centralbl. für Chirurgie*, N. 31, r. 1903.



Sposób powyższy niezaprzeczenie posiada liczne zalety. Przedewszystkiem blizna, ukryta pod zwisającą częścią sutki, jest prawie niewidoczna, zwłaszcza jeżeli część rany zostanie zaszyta. Dalej sprawa gojenia się wskutek dogodnego drenowania postępuje szybko. Wreszcie, nacinając gruczoł od tyłu, możemy oszczędzić wielkie przewody mleczone wyprowadzające, położone płytko pod skórą.

Jeżeli sposób Bardenheura należy uznać za bardzo dogodny w razie istnienia kilku ropni śródmiąższowych, to tembardziej jest on odpowiedni w przypadkach t. zw. ropnego nacieczenia całej sutki. Ostatnia postać zapalenia ropnego tem się cechuje, że obok kilku większych ognisk ropnych istnieje mnóstwo drobnych ropni wielkości od łebka szpilki do ziarnka grochu. Na przekroju sutka przybiera wówczas wygląd plastra miodu. Sprawa przebiega wśród ciężkich objawów ogólnych; ciepłota dosięga do 40° i wyżej, utrzymując się na tym poziomie pomimo dokonywania coraz to nowych nacięć; podniesieniu ciepłoty towarzyszą dreszcze wstrząsające, stan ogólny szybko podupada, jednym słowem rozwija się groźny obraz ropnicy.

Ta ciężka postać ropienia nieraz już dawała powód do odjęcia sutki, które wprawdzie ocala zwykle życie chorej, lecz jednocześnie przyprawia ją o ciężkie kalectwo.

Sposób operowania, zalecony przez Bardenheura, pozwala uniknąć tej smutnej ostateczności, jak tego dowodzi przypadek następujący:

K R., lat 33, w początku grudnia 1903 r. odbyła poród prawidłowy, dziecko karmiła sama. W cztery tygodnie po porodzie zaczęła doświadczać bólu w prawej sutce, która wkrótce obrzmiała i zaczerwieniła się. Zjawiły się dreszcze i gorączka.

Dnia 7-go lutego 1904 r. zgłosiła się do szpitala Dzieciątka Jezus z ropniem chelboczącym w prawej sutce, umiejscowionym w górno-zewnętrzny jej odcinku. Ropień nacięto od strony zewnętrznej, wprowadzono palec do wielkiej jamy, wykonano jeszcze trzy nacięcia (dwa od góry i jedno poniżej brodawki), przedrenowano jamę ropną i wypełniono ją gazą jodoformową. Po operacji chora udała się do domu. W ciągu tygodnia czuła się dobrze, gorączki i bólu nie miała, co drugi dzień przychodziła do szpitala na opatrunek. Dnia 16-go lutego nanowo zjawiły się dreszcze i gorączka; w ciągu kilku dni powstał ropień podskórny powyżej brodawki, który sam się otworzył. Pomimo to gorączka nietylko nie

ustąpiła, lecz przeciwnie znacznie się wzmogła; co drugi dzień dreszcze wstrząsające i wymioty.

Za moją radą wstąpiła do szpitala dnia 23 lutego r. b. W ciągu kilku ostatnich dni chora znacznie podupadła; nie jest w stanie utrzymać się na nogach; cera blada, język suchy, ciepłota  $39,8^{\circ}$ , zupełny brak łaknienia, wymioty. Rany po nacięciach blade, ziarninują słabo, wydzieliny bardzo mało. Sutka twardawa, mało powiększona, prawie niebolesna; nigdzie nie można wyczuć wyraźnego chelbotania lub stwardnienia. Palcem, wprowadzonym do jamy, wyczuto w głębi tkankę miękkawą, którą przebito. Wypłynęło około łyżeczki ropy. Założono opatrunek wilgotny z ceratką.

Po upływie dwóch dni ciepłota obniżyła się do  $37,4^{\circ}$  wieczorem, stan ogólny nieco się poprawił. Lecz już 27-go lutego ciepłota podniosła się znowuż do  $40^{\circ}$ . Ponieważ przytem ponowily się dreszcze wstrząsające, i stan ogólny znacznie się pogorszył, dnia 29-go lutego postanowiono wykonać operację według metody Bardenheura.

W fałdzie pomiędzy sutką a klatką piersiową wykonano cięcie półkoliste, sięgające po bokach do połowy obwodu sutki. Całą sutkę oddzielono od podstawy, t. j. od mięśnia piersiowego wielkiego, i odwinęto ku górze (p. rys.). Na okrwawionej powierzchni odwinętej sutki wykonano szereg (około 15) cięć, które rozpoczęto od środka i prowadzono w kierunku promieni. Pomiedzy cięciami pozostały paski tkanki gruczołowej szerokości 1 — 2 cent. Otwarto przytem mnóstwo ropni wielkości od ziarnka prosa do orzecha laskowego. Cięcia wglęb dosięgały prawie do skóry. W szpary, powstałe wskutek nacięć, pozakładano paski gazy jodoformowej. Założono również gazę jodoformową pomiędzy oddzielną sutkę a klatkę piersiową.

Po operacji ciepłota obniżyła się do  $38^{\circ}$  i w ciągu dwóch dni spadła do normy, rany szybko się oczyściły i pokryły ładną ziarniną. Stan ogólny poprawiał się z dniem każdym. W tydzień po operacji chora podniosła się z łóżka, i wówczas zdjęto załączoną obok fotografię, na której widać ziarninującą powierzchnię rany po odchyleniu sutki ku górze. W dwa tygodnie po operacji chora wypisała się ze szpitala. Sprawa gojenia posuwała się powoli tak, że dopiero w końcu kwietnia rana zablizniła się całkowicie.

Przypadek powyższy uwydatnia całą wartość metody Bardenheura. Wobec mnóstwa ognisk ropnych, rozsianych w tkance gruczołowej, zwykła metoda operowania nie doprowadziłaby do celu,

t. j. do doraźnego przerwania sprawy ropnej bez poświęcenia sutki. Kilkoma cięciami niepodobna było otworzyć wszystkich ropni. Kilkanaście zaś cięć, wykonanych poprzez skórę sutki w kierunku jej promieni, w połączeniu z wycięciem nacieczonej tkanki gruczołowej równałoby się niemal odjęciu sutki. Po takiej operacyi sutka bez wątpienia uległaby zupełnemu zanikowi, a skóra ją pokrywająca



zamieniłaby się na szpetną bliznę. Tymczasem po operacyi według metody Bardenheura zarówno co do zachowania tkanki gruczołowej, jak i pod względem kosmetycznym osiągnięty został wynik zgoła zadawalający. Niewątpliwie byłby on jeszcze lepszy, gdyby odrazu został zastosowany sposób Bardenheura zamiast nacięć, dokonanych ambulatoryjnie.

# Hydromeningocele sacralis anterior

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

PODAŁ

FRANCISZEK NEUGEBAUER (Warszawa).

DOK.

**W jaki sposób wytłómaczyć sobie rozszczepienie ciał kręgów  
—rhachischisis anterior?**

O ile często widzimy tarń dwudzielną — spina bifida, hydro-rhachis dehiscens — o tyle rzadko spotykamy spina bifida occulta bez przepukliny widocznej opon mlecza oraz hydro-rhachis incolumis, lecz rzadziej jeszcze tak zwaną rhachischisis anterior, rozszczepienie kręgosłupa na przedniej powierzchni z rozszczepieniem ciał kręgów: fissura anterior columnae vertebralis czyli, jak dawniejsi autorowie, gwałcąc język łaciński, wyrażali się: spina bifida anterior (sit venia verbo!). W dysertacji mojej na stopień doktora medycyny<sup>1)</sup> na str. 138—139, 170—180 zestawilem wszystkie prawie do owego czasu ogłoszone spostrzeżenia przedniego pośrodkowego rozszczepienia kręgosłupa. Jak wiadomo, Rambaud i Renault ustanowili jako normę dla człowieka rozwój każdego corpus vertebrae z jednym jednolitem jądrem kostnym („noyau d'ossification“, „Knochenkern“); w przypadkach, gdy jądro kostne okazuje się dwudzielnem czyli podwójnem, owa podwójność, widziana drobnowidzem, miała polegać na tem, że *chorda dorsalis* jest przeświecająca w linii pośrodkowej, gdy patrzeć na przednią powierzchnię kręgosłupa. Już Natorp i Vrolik wypowiedzieli się na korzyść przypuszczenia pierwotnej podwójności jądra kostnego dla ciała każdego kręgu, a więc za zarodkiem kostnym bilateralnym u człowieka, który to ustrój występuje jako prawidłowy u zaby i rekina. Rindfleisch, który

<sup>1)</sup> Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisthetischen Beckens u. seiner Diagnose. Halle u. Dorpat. 1882.

opisał dwa przypadki rhachischisis anterior i cytuje trzy spostrzeżenia podobne Vrolika, upatruje rzadką anomalię w podwójności czyli dwudzielnosci jądra kostnego, H. v. Meyer uważa podwójność taką za zjawisko fizyologiczne.

W pierwszym przypadku Rindfleischa <sup>1)</sup> wszystkie corpora vertebralia były rozszczerzone in linea mediana prócz pięciu lędźwiowych, w drugim przypadku <sup>2)</sup> wszystkie kręgi, leżące powyżej siedmiu kręgów lędźwiowych były rozszczerzone w linii pośrodkowej, lędźwiowe zaś kręgi były spłaszczone z przodu i z tyłu, i po środku corporis posiadały okrągławe otwory ku górze coraz większe. Pozornie brak było wszystkich kręgów, leżących powyżej lędźwiowych, lecz tylko pozornie, albowiem po każdej stronie połowki ciał kręgów rozszczerzonych zwały się z odpowiedniami (swojej strony) lukami kręgowymi w jedną całość. Zamiast kolumny ciał kręgów znaleziono szczelinę  $\frac{1}{4}$  cala głębokości i  $\frac{3}{4}$  cala szerokości, ograniczoną u góry przez os occipitis, a po bokach lukami owych kręgów, których ciał nie znaleziono. Przez tę szczelinę (rozszczerp pośrodkowy całego kręgosłupa prócz części lędźwiowej) ex hernia diaphragmatica wystąpiły na tylną powierzchnię grzbietu pętle kiszek cienkich, znalezione w worku o cienkich ściankach na grzbiecie dziecka. Hernia vertebralis dorsalis intestinorum: kość krzyżowa i kręgosłup lędźwiowy tworzyły kanał płaski od tyłu otwarty, tutaj rozszczerzenie dotyczyło tylko luków kręgowych.

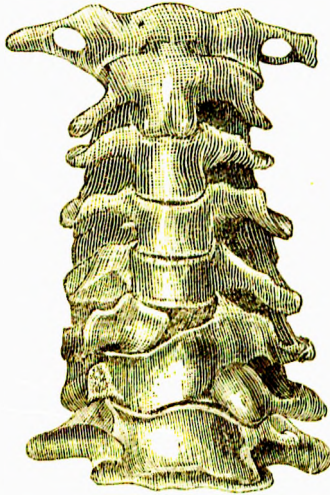
Rosenberg dla ciał ostatnich kręgów ossis coccygis stanowiąco już dowiódł normalny podwójny zarodek kostny czyli bilateralne jądro kostne i przypuszcza taki sam układ i dla wyżej leżących ciał kręgów „weil auch diese theils: an discreten, seitlich von der Chorda gelegenen Stellen, die dem Uebergange der sogenannten Boegen in die Koerper entsprachen, ein aelteres Knorpelgewebe wahrnehmen lassen“. Również i v. Koelliker, Hennig wypowiedzieli przypuszczenie, że jądro kostne każdego corpus vertebrae powstaje przez zlanie się dwóch symetrycznych, pierwotnie oddzielnych części. W każdym razie zdarzanie się przypadków rozszczerzenia ciał kręgów, jak w przypadkach, które opisali Tulpius, Wepfer, Budgen, Salzmann, Camerarius, Cruvelhier, Victor, Hewett, Vrolik, Rindfleisch i inni, przemawia wyraźnie na korzyść takiego przypuszczenia, zdaje się nawet nieprawdopodobnem, aby zasada symetrycznego układu miała

<sup>1)</sup> *Virchow's Archiv* 1863, Bd. 27, Tabl. IV, pg. 137.

<sup>2)</sup> *Virchow's Archiv* 1860, Bd. 19, pg. 546.

istnieć tylko dla dolnego odcinka kręgosłupa. Rokitansky (1839) opisał szkielet 55-letniej kobiety o zagięciu garbowatym grzbietu, gdzie corpus vertebrae dorsalis XII składało się z dwóch połówek symetrycznych. Każda z nich zlała się w jedną całość z I kręgiem lędźwiowym, tak że krąg ten zdawał się bardzo wysokim po obu bokach, w środku zaś był tak płaski, że tutaj przylegał do II-go kręgu grzbietowego. Podobny preparat osobiście widziałem w muzeum anatomii patologicznej w Pradze Czeskiej, w oszklonym pudełku pod Nr 2005 bis. 1026.

Nadzwyczaj ciekawą pod tym względem jest anomalia rozwoju



Rys. 8. Staurospondylus. Ośm kręgów szyjowych.  
(Spostrzeżenie prof. Lambla.)

ciał kręgów opisana przez ś. p. profesora Lambla: staurospondylus (jako analogon pewnych formacji kryształów w mineralogii), np. na preparacie wiedeńskiego Josephinum (patrz rys. 8) o ośmiu kręgach szyjowych. Prawa połowa szóstego kręgu i lewa siódmego pozostały jako oddzielne kości, podczas gdy lewa połowa szóstego i prawa siódmego zlały się, aby wytworzyć jedno corpus vertebrae. Preparat ten zresztą nie jest unikatem, jak twierdził Lambl, ponieważ ja osobiście znalazłem taki sam preparat staurospondylus w zbiorach dorpackiej kliniki akuszerskiej (N. II—U—e—9): hydrocephalus, rhachischisis od trzeciego kręgu grzbietowego ku dołowi się-

gające. Pierwszy i drugi krąg grzbietowy są tak złane w jeden krąg—*staurospondylus*, że lewa połowa pierwszego i prawa połowa drugiego kręgu przedstawiają oddzielne kości — półkręgi izolowane, prawa zaś połowa pierwszego i lewa drugiego zwały się w jedno *corpus vertebrae*, skośnie leżące. Na przedniej powierzchni trzeciego, czwartego i piątego kręgu grzbietowego również widać ślady pierwotnej dwudzielności. Gdy spojrzeć na ten kręgosłup od tyłu, widać takie przemieszczenie łuków kręgowych, że łuki pierwszych trzech kręgów szyjowych leżą mniej więcej na jednym poziomie, niżej zaś położone prawostronne łuki leżą o tyle niżej od lewostronnych, że szósty prawostronny łuk szyjowy dotyka siódmego lewostronnego szyjowego, prawostronny zaś łuk siódmego kręgu szyjowego dotyka lewostronnego łuku pierwszego grzbietowego kręgu. Zato lewostronny łuk kręgu szyjowego szóstego, szcążkowo rozwinięty, okazuje się jakby wkliniowany pomiędzy łukami piątego i siódmego kręgu. Trzeci łuk grzbietowy jest obustronnie szcążkowo tylko rozwinięty, za to piąty krąg grzbietowy wydaje pozornie po lewej stronie dwa żebra (składa się bowiem ze zlanych w jedną kość łuków lewostronnych piątego i szóstego kręgu).

Pod N. II—U—e—10 tegoż zbioru widziałem szkielet sześciomiesięcznego płodu z *rhachischisis cervicodorsalis* (aż do czwartego kręgu grzbietowego sięgającym) i *sacralis*. Atlas in corpore jest dwudzielny, rozszczepiony w linii środkowej z przodu, dwudzielność ciał kręgów zaznaczona jest od pierwszego kręgu szyjowego do piątego kręgu grzbietowego.

Rindfleisch, który opisał dwa już powyżej wymienione spostrzeżenia rozszczepienia ciał kręgów, przypisuje przesunięcie przynależnych połówek ciał kręgów, t. j. dyzlokację jednej względem drugiej, rozpychającemu działaniu *hydrorrhachidis* oraz działaniu mięśni (*Muskelzug*).

Hyrzl w podręczniku swoim anatomii opisowej (14 wydanie, Wiedeń 1878, pg. 332) pisze: „Posiadam bardzo osobliwy preparat nieprawidłowego rozwoju kości krzyżowej. Wskutek niezrośnięcia się łuków kręgowych prawo- i lewostronnych istnieje tarń dwudzielna krzyżowa, lecz wskutek przesunięcia się osobliwego układ jest taki, że prawostronny łuk pierwszego kręgu wrzekomego styka się z lewostronnym drugiego kręgu, prawostronny drugiego z lewostronnym trzeciego „wodurch eine ganz sonderbare Verschobenheit der hinteren Flächenansicht entsteht.“ Końce wolne pierwszego

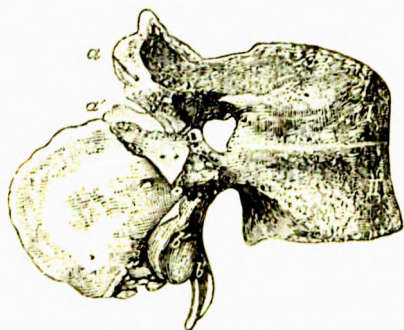
lewostronnego łuku i ostatniego łuku sterczą oddzielnie bez przynależnego partnera.

Virchow upatruje w rozszczepieniu ciał kręgów wrodzonym *sui generis* odrębną anomalię rozwoju powstrzymanego, tylko przypadkowo skomplikowaną przez proces rozszczepienia grzbietu czyli łuków kręgowych wskutek hydrorrhachidis. Virchow nie chce bynajmniej przeczyć, że nadmierne rozszerzenie kanału kręgowego przy hydrorrhachis może powstrzymać połączenie się dwóch połówek ciał kręgowych a nawet rozsadzić ich połączenie, które tylko co nastąpiło, lecz rozszczepienie, rozdwojenie ciał kręgów musiało niezbędnie istnieć już przedtem, musiało być pierwotne, preegzystujące. Cały szereg preparatów rozszczepu przedniego kręgosłupa, rozdwojenia ciał kręgów, przemawia za tem, że tutaj nie nastąpiło fizyologiczne zlanie się w jedną całość dwóch połówek ab origine parzysto założonych, że więc założenie pierwotne ciał kręgów było dwudzielne. Za tem również przemawiają przypadki tak zwanego wkliniwania półkręgu pomiędzy dwa kręgi całe: *intercalatio hemispondylii* (*Schaltwirbeleinkeilung, einseitige Wirbeleinschaltung*).

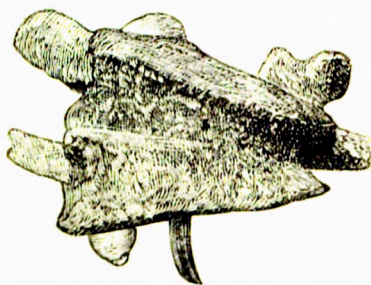
Lambl jako pierwszy zestawil dziewięć takich spostrzeżeń. W tych przypadkach, krótko mówiąc, brak jednej połowy kręgu i odpowiedniej połowy łuku. Osobiście znalazłem prócz przypadków Lambla jeszcze jedno spostrzeżenie Meckla, trzy—H. v. Meyera, dwa—Rokitanskyego, jedno—Virchowa, dwa—Hyrtla (*interkalacja półkręgu pomiędzy czwartym kręgiem lędźwiowym a pierwszym krzyżowym u orangutanga*), jedno—Aebyego, a do tych, razem licząc, 20 spostrzeżeń mogę dodać jeszcze dwa spostrzeżenia własne. Pierwsze dotyczy kręgu lędźwiowego osoby dorosłej, który po prawej stronie składa się z dwóch prawostronnych półkręgów, a po lewej stronie z jednej tylko połowy (zbiory dorpackiego muzeum patologicznego N. A. 282), bez śladu jakiegokolwiek dawniejszego podziału. Po lewej stronie istnieje jeden *processus transversus*, po prawej stronie istnieją dwa—z jednym *foramen intervertebrale* pomiędzy dwoma półkręgami, w jedną całość zlanymi. *Processus spinosus* bardzo wysoki i długi widocznie składa się po prawej stronie z dwóch *processus spinosi*. Gdy upatrywać w tym kręgu krąg lędźwiowy + prawą połowę kręgu pod nim leżącego, to krąg ten posiadał takie stosunki resp. połączenie z sąsiedztwem, że dotykał powyżej leżącego kręgu lędźwiowego swojemi prawidłowemi *processus articulares superiores*, stosunek zaś z kręgiem lędźwiowym poniżej leżącym był taki, że po lewej stronie *processus articularis inferior*



całego kręgu dotykał *processus articularis superior* kręgu poniżej leżącego, po stronie zaś prawej *processus articularis superior* kręgu poniżej leżącego stykał się z *processus articularis inferior* owego dodatkowego prawostronnego hemispondylus, połowicznego kręgu. Co prawda, ów prawostronny hemispondylus posiadał przy lewym brzegu swoim skierowany ku dołowi kołec kostny, wazki, gładki i wypukły ku przodowi, sterujący swobodnie in *lumine canalis vertebralis*. Kołec ten ewentualnie możnaby uważać za lewostronny *processus articularis inferior* jego, *processus* zaś *articularis superior sinister* nie ma ani śladu, natomiast *processus articularis superior dexter* owego hemispondylus tak znalazł się w jeden kołec kostny cum *processu articulari inferiori dextro* kręgu całkowitego, że nie znać ani śladu dawniejszej granicy pomiędzy całkowitym kręgiem a zła-



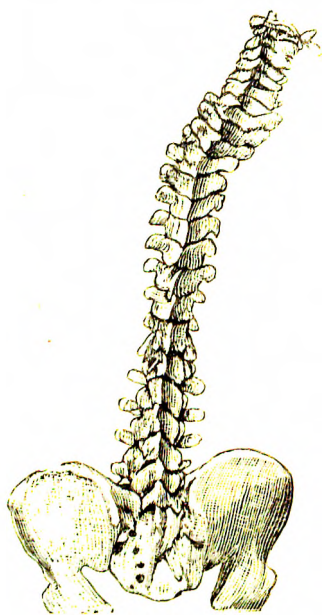
Rys. 9. Krąg lędźwiowy, składający się z  $1\frac{1}{2}$  kręgu, widziany w profilu od strony prawej.  
a—*proc. articularis superior* jednego kręgu.  
a'—drugiego kręgu.



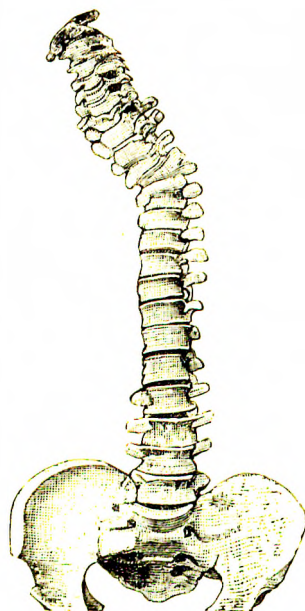
Rys. 10. Krąg lędźwiowy, składający się z  $1\frac{1}{2}$  kręgu, widziany od przodu.

nym z nim półkręgiem. Niestety, znalazłem tylko owe *corpus delicti* bez przynależnej reszty kręgosłupa, tak że nie sposób powiedzieć, czy kręgosłup ten zawierał 23 kręgi + 1 hemispondylus dexter, czy też 24 kręgi +  $\frac{1}{2}$  presakralnego kręgu (patrz rys. 9 i 10).

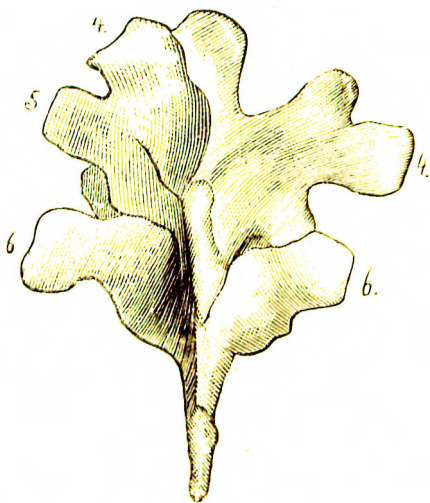
Drugi preparat jest moją własnością (rys. 11, 12, 13, 14) i dotyczy całego kręgosłupa dorosłej osoby: pomiędzy czwartym a piątym kręgiem grzbietowym po lewej stronie wklonowany jest hemispondylus, złany z obydwoma kręgiami w jedną kość. Brak kompensacji po stronie prawej, wskutek czego kręgosłup szyjowy i górna część grzbietowego są nachylone *ad latus dextrum*. Wynika stąd wyraźna *scoliosis*, lecz *sine rotatione columnae vertebralis*.



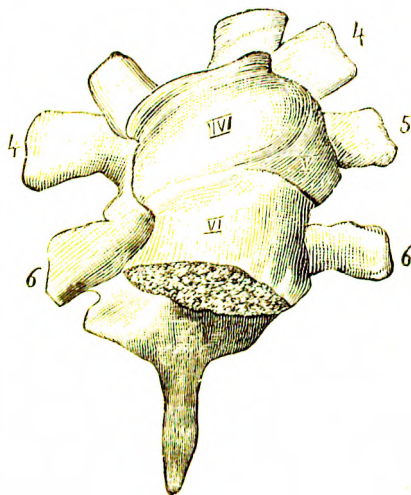
Rys. 11.



Rys. 12.



Rys. 13.



Rys. 14.

Interkalacja hamispondylii dorsalis po stronie lewej; po stronie lewej 3 processus transversi,  
po stronie prawej—2. Preparat składa się ze zlanych przez synostozę 2½ kręgow.  
(Spostrzeżenie własne).

Os sacrum wskutek asymilacji ostatniego kręgu lędźwiowego— „lumbosacraler Uebergangswirbel“ Gegenbaura—posiada po pięć zamiast po cztery foramina sacralia po prawej i po lewej stronie, czyli składa się z sześciu zamiast pięciu kręgów krzyżowych. Owa vertebra lumbosacralis ma processus transversi synostotycznie zlane cum ossibus ilei, podczas gdy articulationes sacroiliacae istnieją: synostoza ich nie dotyczy. Gdy liczyć ów lewostronny hemispondylus jako piąty krąg grzbietowy, a do tego zmusza nas stosunek ilości i miejsce artykulacji grzbietowej żeber, to kręgosłup składa się z 7 kręgów cerwikalnych, 12 dorsalnych, z których piąty posiada tylko połowę lewą—hemispondylus [pierwotnie 13 kręgów grzbietowych, z których dolny już przyjął charakter kręgu lędźwiowego], 1 kręgu teraz grzbietowo-lędźwiowego [pierwotny 13-ty krąg grzbietowy], 4 kręgów lędźwiowych, 1 kręgu lędźwiowo-krzyżowego [pierwotnie 5 kręgów lędźwiowych, z których dolny przyjął już charakter krzyżowy] oraz 5 kręgów krzyżowych. Odpowiednio do ilości kręgów po lewej stronie istnieje 13 żeber, a po prawej tylko 12 (brak prawostronnego piątego żebra) lub nawet tylko 11, gdy uważać górne zebro z dwóch żeber, zlewających się w jedno, nie za dwa, a za jedno zebro. Prawostronnej kompensacji w segmencie szyjowym niema, chodzi więc o brak połowy jednego kręgu grzbietowego: defectus dimidiae vertebrae. Istnienie tego rodzaju hemispondylus objaśnia się najlepiej teorią Rosenberga, podług której nie tylko corpora vertebrarum ossis coccygis, na których dowiódł tego drogą mikroskopijną, powstają z bilateralnego założenia chrząstkowego, a raczej corpora vertebrarum całego kręgosłupa.

Gdy z jakiegokolwiek przyczyny, wskutek działania ucisku jedna połowa tego bilateralnego układu ucierpi, zaniknie, zginie—ów hemispondylus gotów.

Do tych 22 spostrzeżeń interkalacji, wklिनowania jednego hemispondylus czyli braku połowy jednego kręgu—a więc, gdy chodzi o segment grzbietowy kręgosłupa, istnienia jednego nadliczbowego żebra lub braku jednego żebra po jednej stronie—dodaję jako 23 bardzo ciekawe spostrzeżenie ś. p. prof. P. Albrechta, dotyczące szkieletu węża (*Python Sebae*, Duméril) (Muzeum anatomiczne w Brukselli № 87, I G): po lewej stronie znaleziono 334 półkręgow, po prawej stronie tylko 333, po lewej stronie pomiędzy 195 i 196 kręgiem wklिनowany jest nadliczbowy hemispondylus, noszący i nadliczbowe zebra. Albrecht objaśnia powstanie tege hemispondylus

przez prowadzącą do podwójności segmentację lewostronnej połowy 195-go kręgu <sup>1)</sup>.

Tenże Albrecht przytacza po jednym spostrzeżeniu Sandiforta, Rokitanskyego i H. v. Meyera.

Ossyfikacja kręgów rozpoczyna się od zjawienia się po jednym jądrze kostnym w każdej połowie późniejszego łuku kręgowego, i dopiero gdy skostnienie połówek łuku kręgowego doszło już do pewnego stopnia, w dotychczas z chrząstki składającej się wentralnej części centrum corporis vertebrae zjawia się jądro kostne kształtu biskoptu (bisquitfoermiger Knochenkern), „bilobularne kontury—pisze Albrecht—tego jądra kostnego, już wskazują na to, że posiada ono morfologiczną wartość dwóch jąder kostnych, jednego dla prawej i jednego dla lewej połowy ciała kręgu.“ Przypuszczenie to mają popierać fakty następujące:

1) Johannes Müller w centrum kręgów krzyżowych u ptaków znalazł po dwa jądra kostne <sup>2)</sup>.

2) U człowieka skonstatowano po dwa jądra kostne—jedno po prawej, drugie po lewej stronie—w pierwszym kręgu szyjowym (atlas).

3) Podług E. D. Copea <sup>3)</sup> u Ganocephali (Trimerorachis, Archegosaurus, Actinodon, Rachitomus i Eryops) centrum kostne ma składać się z prawej i lewej połowy.

4) Nareszcie Humphry <sup>4)</sup> widział w Berlinie przypadek spinae bifidae cervicalis o równoczesnem rozszczepieniu pośrodkowem ciał kręgów z taką dyastazą pomiędzy ich połówkami, że kanał kręgosłupa komunikował z przestrzenią hypowertebralną (patrz także: Foerster, Handb. d. path. Anatomie. Leipzig, 1863. Bd. II, pg. 959: w skrajnych przypadkach tami dwudzielnej i ciała kręgów okazują się rozszczepionemi czyli dwudzielnemi). Obie połówki jednej metamery, więc obie połówki jednego corpus vertebrae, chociaż zwykle okazują się ściśle złączone w jedną całość, podług Albrechta, mają być niezależne jedna od drugiej. Naprzykład, zamiast żeby prawa połowa jednego kręgu ziała się w jedną całość z odpowiednią lewą

<sup>1)</sup> P. ALBRECHT. Extrait des Bulletins du Musée Royal d'histoire naturelle de Belgique. Tom II, 1883. Note sur une hémivertèbre gauche surnuméraire de Python Sebae, Duméril

<sup>2)</sup> Handbuch d. Physiol. d. Menschen. Th. II, pg. 733. Coblenz, 1845.

<sup>3)</sup> Second contribution to the History of the Vertebrate of the Permian formation of Texas. *Palaeontological Bulletin*, Nr. 32.

<sup>4)</sup> A Treatise on the Human Skeleton. Cambridge, 1858, pg. 124.

połową, może ona zlać się w jedną całość czyli połączyć z lewą połową kręgu powyżej leżącego — powstanie wtedy hemispondylus jeden po prawej stronie powyżej, a drugi hemispondylus po lewej stronie, poniżej owego przez nieprawidłowe zlanie się nieodpowiadających sobie połówek powstałego kręgu. Dwa te półkręgi pozostaną izolowane. Albrecht nazywa proces ten „synostose oblique ou diagonale des hémicentres“. Podług niego, takie zlanie się skośne połówek ciał kręgów, do siebie nie należących, czyli hemicentrów (połówek corporis vertebrae) ma być pospolite na kości ogonowej człowieka. Podobne zlanie się dyagonalne jak hemicentrów (połówek corporum vertebrarum) może zdarzyć się i w neuroapofizach (połowach łuków kręgowych). Podług Albrechta, znaczenie morfologiczne tego rodzaju anomalii pierwszy uwydatnił Hyrtl dla kręgów krzyżowych<sup>1)</sup>.

Tak samo wypowiedział się względem szyjowych i grzbietowych kręgów Schwegel<sup>2)</sup>, takie samo wreszcie przypuszczenie wyraził Aeby co do kręgów grzbietowych<sup>3)</sup>.

Widocznem jest, że zlanie się takie w jedną całość dwóch połówek kręgów, do siebie nie należących, jest tą samą anomalią, którą Lambl nazywał staurospondylus, skoro powstały izolowane dwie półowki kręgów nierównomiernych.

Albrecht znał tylko trzy przypadki interkalacji półkręgu czyli braku połowy jednego kręgu i zadawał sobie pytanie, czy w danym przypadku zachodzi zawsze brak połowy jednego kręgu, gdy np. istnieje po prawej stronie 12 połówek ciał kręgów, a po lewej stronie tylko 11, lub też czy istnieją spostrzeżenia takie, gdzie np. znaleziono 13 prawostronnych a tylko 12 lewostronnych połówek ciał kręgów grzbietowych, gdzie zatem istniał nadmiar połowiczny ciał kręgów.

W przypadku Sandiforta<sup>4)</sup> Albrecht nie przypuszcza istnienia jednego nadliczbowego półkręgu, a raczej uważa, że istnieje tutaj staurospondylus, powstały przez skośne zlanie się kostne w jedno corpus vertebrae dwóch połówek do siebie nienależących, podczas gdy po każdej stronie pozostał izolowany jeden hemispondylus. Prawa połowa siódmego kręgu szyjowego złana w jedno corpus

<sup>1)</sup> Lehrb. d. Anatomie des Menschen. Wien, 1870. 11 Auflage pg. 300.

<sup>2)</sup> Zeitschr. f. rationelle Medicin, Bd V, pg. 311. Dritte Reihe.

<sup>3)</sup> Zeitschr. f. rationelle Medicin, Bd. VII, pg. 123. Dritte Reihe.

<sup>4)</sup> Museum Anatomicum, T. IV, pg. 74, pl. CLXXVIII. Leyden, 1835.

z lewą połową pierwszego grzbietowego kręgu, tworzy jeden krąg skośnie leżący, lewa połowa siódmego szyjowego i prawa połowa pierwszego grzbietowego kręgu przedstawiają się jako oddzielne kości. Drugi krąg grzbietowy jest prawidłowy. Na tym samym szkielecie takie anormalne zlanie się nieprzynależnych do siebie połówek ciał kręgów miało miejsce również od trzeciego aż do dziesiątego kręgu grzbietowego. Prawa połowa trzeciego kręgu grzbietowego przedstawia się jako izolowany hemispondylus, a lewa złąła się w jedno corpus vertebrae z prawą połową czwartego kręgu i t. d. aż do dziesiątego kręgu grzbietowego.

Albrecht, dla którego nie był dostępny oryginalny opis spostrzeżeń Rokitanskyego<sup>1)</sup> oraz H. v. Meyera<sup>2)</sup> przypuszcza, że i w tych przypadkach nie chodziło o interkalację nadliczbowego półkręgu—hemispondylus, lecz o stauroispondylus z mniej więcej szcążkowym rozwojem hemicentrów i neuropophysium. Nareszcie Albrecht wnioskuje, że jego spostrzeżenie ma być pierwsze, gdzie udowodniono nieparzystość połówek kręgów czyli istnienie nieparzystego, nadliczbowego półkręgu—hemispondylus.

H. v. Meyer dla niektórych przypadków przypuszcza przesunięcie się półkręgów jednej strony o wysokość jednego kręgu względem półkręgów drugiej strony w bardzo wczesnym okresie zarodkowym, wtedy, gdy kręgi zaznaczają się dopiero jako dwie masy, leżące po bokach chordae dorsalis, tak np. w pierwszym z jego spostrzeżeń lewe połowy 9—12 kręgu grzbietowego przesunęły się o wysokość jednego kręgu ku dołowi i wtedy połączyły się z półkręgami prawej strony, teraz obok nich leżącymi czyli liczbowo im nieodpowiadającymi: 9, 10, 11 i 12 półkręgi strony lewej złąły się z 10, 11, 12 półkręgiem grzbietowym i pierwszym lędźwiowym półkręgiem prawostronnym, przyczem powstały cztery kręgi.

Rimbaud i Renault piszą. „La division des corps vertébraux est très rare, on la rencontre exclusivement aux extrémités de la colonne.“ Twierdzenie to nie jest zgodne z przytoczonymi powyżej faktami, widocznie swego czasu owym autorom nieznanymi; dalej osobiście widziałem rozszczep przedni kręgosłupa, sięgający od atlasu do piątego kręgu grzbietowego, a inny od końca kości krzyżowej do pierwszego kręgu lędźwiowego. Co do prac autorów tutaj

<sup>1)</sup> *Oester. med. Jahrb.* Bd. XIX.

<sup>2)</sup> *Zeitschr. f. rationelle Medicin*, Bd. VI, Heft 2.

zacytowanych odsyłam czytelnika do powyżej wymienionej monografii mojej o kręgozmyku, gdzie podałem literaturę in extenso.

Foerster (Die Missbildungen des Menschen. Jena, 1865) pisze na str. 79: „In einzelnen Faellen sind übrigens die Wirbelkörper selbst gespalten an gewissen Stellen und es findet sich dann eine groessere oder kleinere Oeffnung in denselben, durch welche selbst ein Stück Darm aus der Bauchhoehle vorfallen kann“ [patrz spostrzeżenie Levyego <sup>1)</sup> i Rindfleischa <sup>2)</sup>].

Ahlfeld <sup>3)</sup> o przednim rozszczepie kręgosłupa pisze: „Zdaje się według badań Rosenberga i Marchanda prawdopodobnem, że ciała kręgów powstają pierwotnie z dwóch parzystych zarodków—jąder, które przed lub poza chorda dorsalis łączą się ze sobą w następstwie. Rozszczep przedni kręgosłupa, wobec tego bilateralnego założenia ciał kręgów, powstaje przy nadmiernym ucisku, parciu w kanale spinalnym—wskutek nadmiernego zebrania się płynu rdzeniowego (hydrorrhachis). Dla tego też rozszczep przedni kręgosłupa najczęściej znajdujemy przy hemicefalii z daleko sięgającą tarnią dwudzielną, rozszczepem tylnym kręgosłupa czyli łuków jego. W niektórych przypadkach wskutek przedniego rozszczepu kręgosłupa i tylne części przepony brzusznej nie mogły się połączyć ze sobą, tak, że powstała hernia diaphragmatica. W trzech przypadkach takich pętle kiszek wdrażyły z jamy brzusznej przez przepuklinę do kanału kręgosłupa, a nawet wystąpiły na rozszczepionym grzbiecie płodu z fissura mediana columnae vertebralis totius. Dawniej już przez Meckla zestawione przypadki po części mają być wątpliwe“. Ahlfeld sam cytuje spostrzeżenia: Cruveilhiera (ciała dwunastego kręgu grzbietowego, pierwszego i drugiego lędźwiowego składały się z dwóch połówek czyli były rozszczepione, również rdzeń, poczynając od dwunastego kręgu grzbietowego, był podwójny, przyczem każda połowa rdzenia posiadała swój oddzielny kanał—dziewięciodniowe dziecko z tarnią dwudzielną), Svitsera [hemicephalus o perforującym rozszczepieniu pomiędzy basis crani i kręgosłupem; przez rozszczep ten wypukliła się hernia diaphragmatica, pokryta otrzewną, zawierającą pętle kiszek; podług Levyego, w tym przypadku rozszczep zupełny kręgosłupa sięgał do dziewiątego kręgu grzbietowego], Levyego, Rindfleischa (hernia diaphra-

<sup>1)</sup> *Mueller's Archiv*. 1845.

<sup>2)</sup> *Virchow's Archiv*. Bd. 19.

<sup>3)</sup> *Die Missbildungen des Menschen*. Leipzig, 1880. Zweiter Abschnitt, pg.296.

gmatica z wdrażeniem pęteli kiszek do kanału kręgowego), drugie spostrzeżenie tegoż Rindfleischa (rozszczerp wszystkich kręgow grzbietowych zupełnie u dziecka zmarłego nazajutrz po porodzie [z przesunięciem się półkręgow jednej strony wzdłuż półkręgow drugiej strony]), spostrzeżenie Rembego (totalny rozszczerp całego kręgosłupa łącznie z kością ogonową u płodu półgłowego (hemicephalus), otrzewna z pętlami kiszek leżała w rozszczerpie), nareszcie spostrzeżenie Morela i Grosa (cały kręgosłup podzielony na dwie połowy, pelvis fissa, exstrophia vesicae, exstrophia ventriculi, tak, że błona sluzowa żołądka nieomal wypełniła rozszczerp kręgosłupa).

W roku zeszłym opisałem w *Medycynie* („Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalij rozwojowych analogicznych“) osobliwego potworka: dziecko niedonoszone nieżywe, urodzone o przepuklinie pępowinowej, dwóch torbielach wielokomorowych (limfomatach) po prawej i lewej stronie karku, gibbus anterior kręgosłupa; na przedniej powierzchni ciała kilku kręgow grzbietowych częściowe rozszczerpienie po linii środkowej. Preparat wręczyłem dla dokładnego zbadania profesorowi Przewóskiemu. Zdaje się, że i tutaj chodzi o rhachischisis anterior.

Przyczynę tylnego rozszczerpu kręgosłupa czyli tami dwudzielnej, rozszczerpu łuków kręgowych pośrodkowego upatrujemy dziś w trzech warunkach.

1. W zrośnięciu się owodniej (amnion) z brzegami kanału spinalnego.
2. W niezupełnem odseparowaniu się dolnej części listka zarodkowego rogowego (Hornblatt), [Ektodermi].
3. W pierwotnym hydrops spinalis.

Przyczynę przedniego i zupełnego rozszczerpu kręgosłupa upatrywać możemy natomiast tylko w hydrops spinalis. Dotychczas mało badano etyologię tej niepospolitej anomalii rozwojowej.

W przypadku moim z powodu braku roentgenogramu i nekropsyi charakteru defektu kostnego ściślej określić niepodobna. W przypadku Virchowa istniało rozszczerpienie pośrodkowe trzeciego, czwartego i piątego kręgu krzyżowego z brakiem prawostronnych połówek owych kręgow. W przypadku Wegnera zdaje się istniał również częściowy defekt boczny kości krzyżowej. W przypadku Spiegelberga na pierwszym kręgu kości krzyżowej widać było rozszczerpienie pośrodkowe ciała jego, drugi krąg również zdradza rozszczerp pośrodkowy ciała oraz częściowy brak prawostronnej połowy. W przypadku Braunego zanotowano częściowy



brak drugiego kręgu krzyżowego bez dokładniejszego opisu szczegółowego. Co się tyczy spostrzeżeń Bryanta, Thomasa, detali nie podano. W przypadku Emmeta istniał prawostronny defekt kostny trzech kręgów krzyżowych, torbiel stała w związku z kanałem kręgowym i rdzeniem. W przypadku Hofmokla brakowało części ciała jednego kręgu, co do spostrzeżeń Newbigginga i Hewetta szczegółów nie podano. W przypadku Hugenbergera brak było lewego poprzecznego wyrostka trzeciego kręgu krzyżowego. W przypadku Loehleina z powodu braku nekropsyi nie sposób określić dokładnie anomalii kostnej, tak samo jak i w drugim przypadku tegoż autora, gdzie matka posiadała prawdopodobnie meningocele sacralis anterior, a przez nią urodzone dziecko taką samą wadę przy równoczesnym wodogłowi oraz tarni dwudzielnej; w przypadku Keitlera kanał kregosłupa i rdzeń nie przedstawiały anomalii, tutaj być może istniał pierwotnie rozszczep ciała kręgu, który w następstwie skostniał, lecz jest to tylko jedno z przypuszczeń możliwych. W przypadku Benekego nie podano szczegółów co do kształtu kości krzyżowej, w przypadku Borsta nie znaleziono śladów komunikacji worka torbieli z oponami rdzenia. Torbiel mogła się jednak odsnurować tak, że ślady dawniejszej komunikacji zostały zatarte. Osobiście przypuszczam, że przepuklina opon rdzenia może tak samo nastąpić przez rozszczep pośrodkowy ciała kręgu jak i przez foramen sacrale anterius którekolwiek, a dalej, że owe powyżej wymienione braki kostne można wytłumaczyć albo niedorozwojem danych kości, albo też zanikiem wtórnym wskutek ucisku, wywartego przez hydromeningocele. Nareszcie obecność hydrorrhachidis z wytłoczeniem się ku przodowi może stanąć na przeszkodzie zlaniu się dwóch symetrycznych połówek ciał kręgów, wytworzeniu się processus transversi, gdzie w następstwie np. znajdziemy złane w jedno dwa foramina sacralia anteriora i t. d.

Co się tyczy *rozpoznania* hydromeningocele sacralis anterioris, wspominałem już o charakterystycznym położeniu guza pomiędzy kością krzyżową a odbytnicą, skoro guz leży w pośrodkowej linii ciała lub po stronie lewej,—pomiędzy pochwą a kością krzyżową, gdy guz zajmuje prawą połowę małej miednicy. Charakterystyczną cechą jest ścisła łączność guza bądź szeroką podstawą, bądź szypułą z przednią powierzchnią kości krzyżowej i zwykle nieruchomość guza. Jeśli guz zawiera płyn, wyraźne będzie chelbotanie, przy zmianach wtórnych, zwyrodnieniu, powstaniu gliomatu etc. guz może stać się solidnym. Uwzględniłem powyżej różną zawar-

tość guza: bądź zawiera on tylko torbiel, wypełnioną płynem mózgowodzeniowym, bądź też zawierać może części rdzenia, rozgałęzienia nerwów etc., nareszcie w guzie pierwotnie chęłboczący mogą powstać nowotwory wtórne solidne. Zależnie od stopnia sunku rdzenia do torbieni chory może zdradzać pewne porażenia nerwowe lub nie. Ważnym objawem np. w przypadku Spiegelberga było, że chora od urodzenia miała prawą stopę szpotawą, i że przez całe życie prawa noga była słabsza od lewej,—w torbieni znaleziono rozgałęzienie niektórych nerwów. Pacjentka Loehleina po pierwszym porodzie przez cały rok doznawała bólów wyłącznie w lewej nodze, aż do drugiej ciąży nieraz miewała nieznośne bóle głowy i w kręgosłupie. Chora Hugenbergera miała chód kulejący niepewny, połączony z kołysaniem bocznem; prawa noga była słabiej rozwinięta od lewej i palcami skierowana ku wewnątrz. Chora Keitlera w drugiej ciąży miała stale silny ból w prawej kończynie dolnej, i chód był niezmiernie utrudniony.

*Rozpoznanie różniczkowe* od torbieni bąblowcowej, torbieni przydatków macicznych oraz od tak zwanych wrodzonych teratomatów krzyżowych i guzów pochodzenia bigerminalnego uwzględniłem powyżej, zaznaczyłem również znaczenie badania płynu po punkcji dyagnostycznej oraz brak morfotycznych elementów, specyficzną wagę, smak płynu etc. jako cechę znamiennej meningoceles. Zwracam dalej uwagę na to, że meningocele chyba zawsze jest pochodzenia wrodzonego, że przez długie lata może pozostać skrytą, niezauważoną in statu quo, a po byle jakim urazie może nagle rosnać, a nawet pęknąć, opróżnić się do odbytnicy lub na zewnątrz i zarosnąć. W przypadku Wegnera, gdzie chora zmarła na gruźlicę, guz w okolicy krzyżowej przy urodzeniu się miał wielkość groszka, powiększał się powoli, w 13-ym roku miał już wielkość głowy dorosłego człowieka i wtedy pękł. Nastąpiło samowyleczenie na drodze powolnej obliteracji. Przytem chora doznawała bólów i osłabienia dolnych kończyn i nie mogła utrzymać moczu. W przypadku Braunego przy urodzeniu się znaleziono za ledwie guzik na lewym pośladku, który po upadku w przeciągu kilku lat wyrósł do wielkości główki dziecięcej. Chora Virchowa po upadku do rowu fortecznego dotknięta była nietrzymaniem moczu i silnym osłabieniem dolnych kończyn, guz zaczął szybko powiększać się po drugim porodzie (uraz!). Chora Spiegelberga zauważyła guz po upadku z krzesła cztery miesiące temu i od tego czasu dopiero chorowała,

narzekając na bóle głowy, w krzyżach, uczucie pociągania w brzuchu, mdłości, skłonność do wymiotów etc.

W moim przypadku chora absolutnie na nic się nie skarżyła prócz uporczywej obstrukcji, mając stolec zaledwie raz co 3—4 tygodnie i to tylko po dużych dawkach środków przeczyszczających. Chora Loehleina również miewała stolce tylko po użyciu 4—6 łyżek oleju rącznikowego.

Objawy pęcherzowe, wodonercze, zaparcie stolca etc. prawdopodobnie zależą poprostu od ucisku na cewkę moczową, moczowody resp. odbytnicę przez guz retrorektalny.

Do tych objawów rozpoznawczych jako nader ważny dodają brak kostny ossis sacri, anomalię ukształtowania jej etc., którą dziś łatwo ujawnić prześwietleniem roentgenowskim lub radiofotogramem.

Jako anomalię nieraz towarzyszącą — mechanicznie wywołaną przez przepuklinę oponową krzyżową — przytaczam powstrzymanie zlania się dwóch przewodów Müllera, wskutek czego powstaje podwójność macicy tej lub owej odmiany. W moim przypadku skonstatowałem vagina duplex oraz uterus didelphys, Spiegelberg znalazł uterus bicornis.

Zdaje się, że rozpoznanie tego rodzaju anomalii przy uwzględnieniu przytoczonych powyżej znamion rozpoznawczych w przyszłości nie powinno być trudne, a jednak jest ono ważne, ponieważ od rozpoznania zależęć będzie postępowanie bądź terapeutyczne quoad morbum, bądź akuszeryjne w razie ciąży przy meningocele sacralis anterior.

Co się tyczy *leczenia* quoad morbum oraz postępowania sub partu zaznaczmy na razie wyniki kazuistyki. W przypadku moim dokonał kol. Krajewski punkcji rozpoznawczej, mając zamiar zależnie od wyniku ewentualnego lepszego roentgenogramu dokonać operacji doszczętej lub nie. Chora na pobyt w szpitalu się nie zgodziła i jakoby po czterech tygodniach nagle zmarła (prawdopodobnie wskutek pęknięcia torbieli?).

W przypadku Virchowa mylnie rozpoznano hernia ischiadica vesicae urinariae: chora zmarła w siedm miesięcy po drugim porodzie, po czterokrotnej punkcji guza, dokonanej od strony pochwy, mianowicie w 10 tygodni po pierwszej punkcji wskutek posocznicy operacyjnego pochodzenia: pachymeningitis purulenta wskutek zakażenia przyrannego. W przypadku Wegnera chora zmarła w dwudziestym roku wskutek suchot. W trzynastym roku życia po samo-

wolnem pęknięciu guza nastąpiło poniekąd samowolne wyleczenie — co do meningocele sacralis. W przypadku Spiegelberga przy mylnem rozpoznaniu cystomatis lig. lati dokonano najprzód punkcyi, a później szerokiego nacięcia guza od strony pochwy. Pomimo antyseptycznego postępowania nastąpiło zakażenie, gorączka i śmierć przy pachymeningitis, myelomeningitis fibrinopurulenta, meningitis cerebrealis ichorosa wskutek zakażenia. Od chwili pierwszej interwencyi operacyjnej wystąpił opisthotonus, wystąpiły szalone bóle głowy i grzbietu, nareszcie po drugiej operacyi coma, których pochodzenia na razie nie rozpoznano! Bezpośrednią przyczyną śmierci była interwencya operacyjna!

W przypadku Braunego śmierć nastąpiła również wskutek zakażenia sub operatione na piąty dzień po nakłuciu guza: meningitis purulenta. Co do przypadku Bryanta wiem tylko, że skonstatowano ciężę przy meningocele sacralis anterior—przy sekcyi w przypadku śmierci urazowego pochodzenia. W przypadku Thomasa po aspiracyi guza u dziewiętnastoletniej panny wystąpiły silne bóle głowy i gorączka. Po sześciu miesiącach nacięto szeroko torbiel i zeszyto brzegi jej z brzegami rany pochwowej. Śmierć po 26 godzinach wskutek niedomogi serca. Osobiście przypuszczam stały ubytek płynu mózgodzeniowego, a może i ostre zakażenie? W przypadku Emetta śmierć nastąpiła wśród objawów mocznicowych (uremicznych), widocznie wskutek mechanicznie przez torbiel wywołanego zatrzymania moczu. Klinicznego przebiegu przypadku Hofmokla nie znam, wiem tylko, że dokonano nekropsyi, co do spostrzeżeń Newbigginga i Hewetta również nie posiadam wiadomości szczegółowych. W przypadku Hugenbergera u 25-letniej pierwiastki dokonano wymóżdżenia siedmiomiesięcznego już martwego płodu. Położnica zmarła na dwunasty dzień wskutek posocznicy połogowej niezależnej od guza. Pacjentka Loehleina rodziła pierwsze dziecko pomyślnie, przy drugim porodzie wydobyto po obrocie dziecko nieżywe. Po porodzie pozostało niczem niewytlómaczone osłabienie dolnych kończyn. Przy trzecim porodzie po daremnych usiłowaniach odepchnięcia torbieli wgląd wielkiej miednicy, niezmiernie bolesnych, dokonano najprzód opróżnienia torbieli na drodze punkcyi, następnie sub partu punkcyę powtórzono i wydobyto dziecko żywe przy nóżkowem położeniu. Trzeciego dnia po porodzie wystąpiła gorączka, torbiel ponownie się wypełniła, dokonano paracentezy, a w dwa tygodnie po porodzie cięcia brzuszego w celu usunięcia torbieli.

Po otwarciu jamy brzusznej, wobec niemożności operacji doszczętniej, na drodze aspiracji z guza usunięto 2 litry ropy. Stan chorej w następstwie był rozpaczliwy. Dopiero podczas tej operacji postawiono dyagnozę właściwą. W następstwie dokonano paracentezy per rectum. Ostatecznie chora po bardzo ciężkim przebiegu choroby wyzdrowiała. Wszelkie powikłania były li następstwem owych punkcyj. Mojem zdaniem wypadalo dokonać cięcia cesarskiego, torbiel uważać za *noli tangere*. Nie chodzi dziś o krytykę postępowania ś. p. Loehleina, a o wskazówki kliniczne i terapeutyczne dla przyszłości. Jeśli nastąpi śmierć od zakażenia po cesarskiem cięciu, to nastąpi po operacji wskazanej, jeżeli zaś nastąpi po zakażeniu subparacenthesi, to nastąpi wskutek operacji przeciwwskazanej. Osobiście nie podzielam poglądu Loehleina co do jego spostrzeżenia i wolałbym odrazu dokonać cięcia cesarskiego, uważając ów guz za *noli tangere*! Jak dotychczas, niestety, doświadczenie nie zachęca do interwencji operacyjnej przy meningocele sacralis anterior. W drugim przypadku Loehleina, zdaje się, guz pękł i opróżnił się per rectum, poczem nastąpiło wyzdrowienie. W przypadku Keitlera chora zmarła wskutek posocznicy po cięciu cesarskiem z amputacją macy. Śmierć nie miała związku przyczynowego z guzem. Pacjentka Benekego zmarła również wskutek posocznicy połogowej po dwóch dniach. Dwa dni po daremnem zakładaniu kleszczy dokonano wymóżdżenia i wydobycia płodu.

Co się tyczy rozpoznania, to zdaje się być niezbyt trudnem, skoro lekarz świadom jest zdarzania się tego rodzaju guzów. W moim przypadku po raz pierwszy rozpoznanie było zrobione odrazu, ponieważ znałem kazuistykę dotychczasową. W roku 1882 miałem w rękę ową miednicę würgburską Virchowa. Wyczułem u mojej pacjentki podobny defekt kości krzyżowej, przy obecności dużego chelboczącego guza retrorektalnego, wobec tego, ma się rozumieć, rozpoznanie nie zrobiło mi trudności i potwierdzonem zostało przez kolegów Krajewskiego i Karczewskiego. Zwykle trafne rozpoznanie było dopiero pośmiertne. W przypadku Virchowa za życia rozpoznano *hernia ischiadica vesicae urinariae*—widocznie bez badania cewnikiem i opróżnienia pęcherza, ale było to lat temu 48. Po dokonaniu kilkakrotnego nakłucia torbieli chora zmarła wskutek zakażenia opon rdzenia i mózgu. Dopiero sekcya ujawniła pomyłkę rozpoznawczą. W przypadku Wegnera, gdzie chora zmarła wskutek suchot, przy sekcji ujawniono przypadkowo rozszczep kości krzyżowej. W przypadku Spiegelberga za życia mylnie rozpoznano

pozaotrzewnowo rozwiniętą torbiel jajnika, po nakłuciu a później nacięciu guza nastąpiło zakażenie, myelomeningitis fibrinosopurulenta i śmierć przy jawnym objawach meningitidis (opisthotonus, szalone bóle głowy, karku, kręgosłupa etc.), których znaczenia nie uwzględniono za życia. Dopiero sekcyja ujawniła grubą pomyłkę dyagnosyczną. W przypadku Braunego również śmierć nastąpiła wskutek meningitidis purulentae po nakłuciu guza i dopiero sekcyja wyjaśniła rozpoznanie. Czy w przypadkach Bryanta, Thomasa, Emetta, Hofmokla, Newbigginga i Hewetta trafne rozpoznanie zrobiono za życia chorej lub po śmierci, nie wiem. Gaillard Thomas w sześć miesięcy po aspiracji guza naciął go szeroko i brzegi worka zeszył z brzegami rany pochwowej. Śmierć po 26 godzinach wskutek niedomogi serca. W przypadku Hugenbergera, gdzie śmierć nastąpiła wskutek posocznicy połogowej, dopiero sekcyja ujawniła lewostronną hydromeningocele sacralis anterior. Loehlein dopiero po kilkakrotnych nakłuciach guza per vaginam, nareszcie dokonał cięcia brzuszego i aspiracji zawartości guza tą drogą. Teraz dopiero wpadł na myśl, czy nie ma do czynienia z meningocele sacralis.

Co do drugiego, dawniejszego spostrzeżenia swego Loehlein dopiero teraz przypuszczał, że i tam chodziło o meningocele sacralis. Keitler podejrywał w przypadku przez siebie opisanym, że guz może być odsznurowaną pierwotną myelomeningocele, lecz sekcyja nie była w stanie sprawdzić słuszności tego przypuszczenia. W przypadku Benekego, gdzie położnica zmarła wskutek posocznicy połogowej, dopiero sekcyja ujawniła ganglioneuromat, ściśle z kością krzyżową złączony.

Zdaje się, że na przyszłość rozpoznanie będzie ułatwione, skoro opisy takich spostrzeżeń więcej się rozpowszechnią wśród grona praktyków.

Posiadamy dotychczas za mały materiał kazuistyczny dla wniosku ogólnego, jakie znaczenie posiada lub posiadać może dla zdrowia wogóle, dla funkcji dolnych kończyn etc. meningocele sacralis. Natomiast skąpy ten materiał w zupełności wystarczy, aby ujawnić poważne znaczenie tego rodzaju guzów dla położnika. W przypadku Virchowa chora rodziła dwa razy per vias naturales, worek meningocele wytlaczał się więcej na tylnej powierzchni kości krzyżowej, niż na przedniej. Co do przypadku Bryanta, post mortem skonstatowano meningocele przy równoczesnej ciąży. U pacjentki Hugenbergera, pierwiastki o sprężnej 6,7 ctm., dokonano wymóżdżenia

siedniomiesięcznego nieżywego płodu. W pierwszym przypadku Loehleina chora pierwsze dziecko rodziła pomyślnie, przy drugim dokonano obrotu i wydobyto płód nieżywy, przy trzecim porodzie Loehlein trójgranicem wypuścił z torbieli około 3—4 litrów płynu, poczem szyja macicy opuściła się do małej miednicy, i wtedy L. wydobył za nóżki żywe dziecko, w drugim przypadku jeden poród ukończono kleszczami, drugi odbył się sponte. W przypadku, który opisał Keitler, chora rodziła troje dzieci szczęśliwie, przy czwartym bardzo ciężkim porodzie, gdzie pomagało dwóch lekarzy, wydobyto płód za nóżki i oderwano tułów od głowy. Dopiero po przewiezieniu chorej do Wiednia, główkę wydobyto z wielkim trudem. Po mnogich, ciężkich urazach dróg porodowych i ciężkiej, długiej niemocy chora wyzdrowiała, przy następnym porodzie dokonano cięcia cesarskiego, po którym chora zmarła.

Osobiście po rozpoznaniu meningoceles sacralis u ciężarnej wolałbym, jak już wspominałem, odrazu dokonać cięcia cesarskiego, nie próbując ani zwalczenia przeszkody w drogach porodowych par force, czy przez użycie kleszczy, czy też stosując obrót i ekstrakcję, ani usunięcia przeszkody przez chwilowe opróżnienie guza na drodze nakłucia trójgranicem lub aspiratorem, a tem bardziej unikałbym nacięcia guza. Pogląd taki wydaje mi się być słusznym wobec losu chorych, u których usiłowano ukończyć poród per vias naturales, i tych, gdzie wykonywano na guzie zabiegi chirurgiczne.

Szczególnie przekonywajacem pod tym względem jest moje spostrzeżenie własne: w razie porodu uważałbym za błąd jakąkolwiek interwencję położnika per vias naturales.

Nie poruszyłem w tym artykule znaczenia meningocele sacralis anterior dla chirurga, quoad operatiorem, a uwzględniłem głównie znaczenie hydromeningoceles dla położnika: objawy przedmiotowe i podmiotowe, rozpoznanie, etyologię, anatomię patologiczną, przebieg kliniczny, na koniec i teorię—i przychodzę do wniosku, że musimy dotychczas uważać meningocele sacralis anterior za noli tangere, a przy ciąży i porodzie zastosować albo abortus artificialis, dopóki na to czas, albo cięcie cesarskie. Przyszłość udowodni, czy pogląd mój jest słuszny, czy nie!

*Dopisek.* W trakcie korekty niniejszego artykułu znalazłem jeszcze dwa spostrzeżenia: W muzeum Royal College of Surgeons londyńskim (Spina bifida — Reports. Clinical Society Vol. XVIII, pg.

358–359) zachowano preparat wadliwego rozwoju lewej połowy ostatniego kręgu lędźwiowego. Żadnej wzmianki o chorobie danego osobnika niema, istnieje tylko anatomiczny preparat. Zdaje się jednak, że w tym przypadku istniało meningocele sacralis anterior.

Forrest Williard (Spina bifida with anterior opening, formerly abdominal cyst.—Annals of Surgery, Part 136, April 1904, pg. 612) opisał czteromiesięczne dziecko włoskiego pochodzenia ze sparalizowaniem kończyn dolnych oraz dwoma guzami. Gdy dziecko liczyło dwa miesiące, zauważono guz wielkości pomarańczy w okolicy lędźwiowej, który czynił wrażenie, jak gdyby na przepuklinie oponowej osadzony był lipomat. Przy wywieraniu ucisku na guz dziecko nie krzyczało. Guz prawostronny w jamie brzusznej autor uważał pierwotnie za sarcoma renis, lecz po dwóch miesiącach wyrzekł się tego podejrzenia wobec kwitnącego stanu zdrowia dziecka. Może być, że chodziło o teratomat z zawartością foetalną. Pod rysunkiem roentgenogramu umieszczono napis: „Skiagraph of a case of spina bifida posterior and anterior.“ Dziecko to posiadało dwa guzy: jeden sterczał na grzbiecie, a drugi w jamie brzusznej. W dyskusyi John B. Denver wyraził podejrzenie, że chodzi o dwa guzy torbielowate, posiadające komunikację z zawartością kanału kręgosłupa: przedni guz, to jest guz jamy brzusznej, nabrzmiewał silnie gdy dziecko krzyczało.



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

podał  
Dr. MAKSYMILIAN CERCHA

DOK.

Skoro poznaliśmy wyżej działanie fizyologiczne kąpeli borowinowych i wiemy, że skutek ich w pierwszym rzędzie od ciepłoty zależy, to łatwo je praktycznie w odpowiednich zmianach chorobowych w ustroju zastosujemy. A więc kąpiele borowinowe o ciepłocie  $30,0 - 35,0^{\circ}\text{C}$  ( $24,0 - 28,0^{\circ}\text{R}$ ) polecimy w przypadkach niedokrewności i towarzyszącej jej zazwyczaj nerwowości; kąpiel taka działa wybitnie uspokajająco na system nerwowy. Dziwnie dobrze znoszą takie kąpiele, nie zbyt gęste i krótko trwające, nawet osoby bardzo niedokrewne i osłabione, jeżeli organizm zachował jeszcze nieco siły; wkrótce poprawia się stan ogólny, apetyt się znacznie zwiększa. Ponieważ kąpiele te nie wpływają tak wybitnie na krążenie, przeto stosować je można z korzyścią u osób skłonnych z powodu zmian w częściach rodnych do obfitych krwawień miesięcznych, a nawet do krwawień atypowych (metritis, endometritis hyperplastica). Wogóle w przypadkach, gdzie chcemy podziałać łagodnie termicznie, gdzie nie chcemy wywołać drażnienia systemu nerwowego i naczyniowego, gdzie nie chcemy wywołać znacznej przemiany materii, gdzie mamy zamiar zaoszczędzić zużycie białka i tłuszczu, tam polecać będziemy kąpiele borowinowe o ciepłocie  $30,0 - 35,0^{\circ}\text{C}$  ( $24,0 - 28,0^{\circ}\text{R}$ ). Gdy chcemy podziałać przeciwnie, t. j. spowodować znaczne zmiany w systemie nerwowym i naczyniowym, gdy nam chodzi o szybką i wzmoczoną przemianę materii, gdy chcemy spowodować znaczne przekrwienie w poszczególnych organach, tam stosować będziemy kąpiele borowinowe cieplejsze, o ciepłocie  $34,0 - 40,0 - 42,5^{\circ}\text{C}$  ( $29,0 - 32,0 - 34,0^{\circ}\text{R}$ ), gęstsze i dłużej trwające. Znając ich działanie fizyologiczne, łatwo pojmujemy ich zbawienny wpływ na szybkie wessanie wszelkiego rodzaju wypocin, zapalnych zgru-

bień i obrzmięć. Tu jest wdzięczne pole do systematycznego ich stosowania w zdrojowisku, ale nie szablonowo, z pominięciem zresztą wszystkiego, co może ich działanie spotęgować, ale właśnie z uwzględnieniem warunków indywidualnych, z zastosowaniem i przestrzeganiem odpowiedniej higieny i dyetetyki a często niezbędnego leczenia miejscowego. W ten sposób pojęte leczenie zdrojowo-kąpielowe przeważnie pomyślnym uwieńczone będzie wynikiem, chorym na pożytek, zdrojowisku na chwałę.

Zapytajmy teraz, *przy jakich chorobach stosujemy najczęściej z korzyścią kąpiele borowinowe?* Odpowiedź łatwa. Są to choroby części rodnych kobiecych w pierwszym rzędzie; tu już kąpiele te ustaloną oddawna mają sławę, a zakłady kąpielowe, rozporządzające tym czynnikiem leczniczym, kąpielami lub wodami „damskimi“ nazywają. I nasza Krynica tym tytułem się szczyci.

Na podstawie mego wieloletniego doświadczenia w Krynicy bez przesady powiedzieć mogę, że metodę leczenia zdrojowo-kąpielowego w przypadkach chorób kobiecych uważam za wielce racjonalną i skuteczną. Skutki leczenia są nieraz tak wybitne, że nie można ich usprawiedliwić tem, co wie chemia, fizjologia i farmakologia o składzie i działaniu wód i kąpeli na organizm, lecz musimy skutki te oceniać na podstawie doświadczenia, zebranego przez wielu a wielu lekarzy w zdrojowiskach. Dalecy jesteśmy od tego, aby kąpeli takiej lub innej jedynie przypisywać zdolność leczenia, lecz uważamy leczenie zdrojowo-kąpielowe za metodę leczniczą, w której wiele czynników ważną odgrywa rolę, tak, że nie jest wszystko jedno wziąć np. 20—30 kąpeli borowinowych, choćby najdokładniej przyrządzonych, w mieście, w domu lub szpitalu, a w zdrojowisku na miejscu.

Ważną bo jest przytem higiena i dyetetyka kąpielowa, ważną zmiana miejsca pobytu, zmiana zajęć codziennych, wpływ klimatu, skład powietrza, ilość ozonu, a wreszcie i wpływ psychiczny. Kąpiele i picie odpowiedniej wody w zdrojowisku i wymienione czynniki, razem wzięte, są w stanie zmienić stosunek krwi i soków w organizmie i wpłynąć w ten lub ów sposób korzystnie na przemianę materji, a co zatem idzie, usunąć lub zmniejszyć to, co w organizmie za chorobliwe uważamy.

A teraz przejrzyjmy pokrótce te choroby kobiece, przy których stosujemy najczęściej kąpiele borowinowe, i przypatrzmy się, co mówi doświadczenie o ich w tym względzie skuteczności? Tu muszę nadmienić, że wśród leczenia kąpielami, zdaniem mojem, nie

należy pomijać i innych sposobów leczenia, które w znacznej mierze potęgują wyniki leczenia zdrojowo-kąpielowego jako to: leczenia miejscowego, o ile jest potrzebne i możliwe, mięsienia, zastosowania prądu elektrycznego przerywanego lub stałego, okładów borowinowych a nawet zabiegów operacyjnych (skrobanie, usunięcie polipów, przyżeganie termokauterem) jako przedwstępnego leczenia, gdzie tego konieczna zachodzi potrzeba.

Obfitego materiału dla kąpeli borowinowych dostarczają sprawy zapalne przewlekłe macicy i jej otoczenia wraz z ich następstwami, do których należą: zrosty, zmiany w położeniu macicy i przydatków, objawy uciskowe na sąsiednie organy i nerwy i upośledzenie krążenia. Tu jest wdzięczne pole do działania, a chociaż 6–8 tygodni nie wystarcza do zupełnego wyleczenia, co do czego zastrzedz się należy, to przecież skutki leczenia są tak widoczne, że pacjentki, dla których życie z powodu niemiłych objawów chorobowych było nieznośnym, chętnie przyjeżdżają do Krynicy ponownie—takiego polepszenia doznały.

Nieuzasadnione jest twierdzenie, jakoby wypociny dosyć świeże nie nadawały się do leczenia kąpielami borowinowymi. Moje doświadczenie mówi przeciwnie; są to właśnie sprawy, które w zdrojowisku ustępują bardzo szybko i bez śladu, tylko trzeba zachować w tych przypadkach pewne ostrożności pod względem higieny i diety (spokój, ruch ograniczony bardzo, jeżdżenie do kąpeli i z powrotem na wygodnym wózku i t. d.) i otoczyć chore takie szczególniejszą opieką lekarską, polegającą na bardzo ścisłej obserwacji. Mógłbym przytoczyć kilkanaście przypadków, w których duże wypociny jeszcze miękkie i wrażliwe na ucisk ustąpiły bez śladu, a stan ogólny chorych tak się polepszył, że wprawił rodzinę chorej w zdumienie. Są to sprawy wypocinowe, płożowe zazwyczaj. Trudniejsza właśnie sprawa z wypocinami starszemi, twardemi, z bliznami, ze zrostami; tu, aby leczenie przyspieszyć, używamy też leczenia miejscowego jak: kolumnizacyi pochwy, ucisku na dolną okolicę brzucha zapomocą woreczków, napelnionych piaskiem lub śrutem, i mięsienia. Wypociny około przydatków macicy i zmiany w jajowodach na tle rzeźączkowym wymagają szczególniejszej pieczy i obserwacji. Chore takie znoszą dobrze kąpiele borowinowe, ale w razie gdy nawroty bólów i podrażnienia otrzewnej się powtarzają, trzeba być nawet z kąpielami bardzo ostrożnym, polecić spokój, lód i opiatu. Takie przypadki są też z początku leczenia dla zabiegów miejscowych „noli me tangere“. Tu sprawdza się to, o czem

mówią Niemcy, że „das Zuvielmachen ist auch nicht gut“, często nawet nieco nieogłędne energiczniejsze leczenie mści się, a chorą przykuwa do łóżka na kilka tygodni. Te nawroty bólów i zadrażnienia to wskazówka, że w jajowodach toczy się sprawa świeża, że mamy tam najprawdopodobniej ropę.

Nie mogę dosyć przestrzedz przed leczeniem nadzerek (erozji) lapiem, rozczysem chlorku cynku lub wogóle środkami bardzo tkankę drażniącymi, w przypadkach zajęcia przydatków macicy; to samo dotyczy mięsienia, prób odprowadzenia nieprawidłowo położonej macicy i zakładania wianków—wszystko to szkodę tylko chorej przynieść może, i kto nie jest rozpoznania pewny, ten niech trzyma się zasady „in dubiis mitius“ i niech ma przed oczyma słowa: „primum non nocere“; a dużo się w tym względzie w zdrojowiskach błądzi, na co wiele mógłbym przytoczyć przykładów. Trzeba tu trzymać się zasady, że jeżeli chorą posyła nam pod opiekę wytrawny ginekolog, to on sam byłby użył tych sposobów, gdyby je uważał za wskazane i możliwe do wykonania, a skoro jest inaczej, to rzeczą lekarza zdrojowego jest iść za wskazówkami lekarza wysyłającego. Inaczej postępować można u chorych, przysłanych przez kolegów z prowincyi, którzy wspominają wprawdzie o zmianach w częściach rodnych, ale ich charakteru dokładnie nie określają, pozostawiając swobodę w działaniu lekarzowi zdrojowemu; tu już na podstawie własnego rozpoznania decydować należy o leczeniu i plan leczenia nakreślić.

W przypadkach krwisteków w następstwie ciąży pozamacicznej zrazu leczenie idzie szybko bez żadnych dodatkowych zabiegów, ale po pewnym czasie jądro guza nie zmienia się wiele albo wcale; wtedy czas na rozpoczęcie dodatkowego leczenia jak: kolumnizacya, ucisk i ogłędne mięsienie. Wogóle wypociny duże plastyczne ulegają łatwiej wessaniu, zrosty zaś, zgrubienia włókniste, taśmowate i blizny wymagają obok kąpieli borowinowych miejscowego leczenia. W czasie miesiączki powinny chore, dotknięte sprawami zapalnymi, zachować bezwzględny spokój, bo okres ten, zwłaszcza podczas leczenia ciepłemi kąpielami jest niebezpieczny ze względu na nowe podrażnienia miejsc chorych, a ponieważ u kobiet takich miesiączka bywa bolesna, to zachowanie spokoju i ten objaw łagodzi. Ale jakże trudno lekarzowi wytłómaczyć chorej, że spokój jest konieczny, chorej, która chce połączyć w zdrojowisku ułile cum dulci.

Bardzo dobrymi wynikami poszczycić się możemy w Krynicy w przypadkach pępowego zapalenia żył (trombophlebitis puerperalis), jeżeli sprawa jest już w tym okresie, że używanie kąpeli borowinowych jest możliwe, t. j. skoro minęły już objawy zapalne. Obrzmienia kończyn, siność, objawy nerwowe w kończynach, ociążałość szybko bardzo ustępują. I tu w końcu leczenia można stosować oględne mięsienie, opaski wilgotne słone na noc, a przez cały przeciąg leczenia należy ograniczyć ruch i nosić cały dzień opaski suche lub gumowe pończochy. Mógłbym przytoczyć kilka wybitnych przykładów tak zwanych cudownych skutków borowiny, bo takie chore każę wozić w wygodnym wózku, a gdy w końcu leczenia chora sama się przechadza, robi to na otaczających wielkie wrażenie.

Na szczególną wzmiankę zasługuje używanie kąpeli borowinowych przy skłonności do krwawień z części rodnych kobiecych, a chore takie potrzebują szczególnej opieki lekarza, gdyż szablonowe postępowanie w tych przypadkach wiele złego wyrządzić może. Jeżeli przyczyną krwawień są nowotwory złośliwe, to leczenia kąpielowego zaniechać należy. Co się tyczy krwawień, których przyczyną są włókniaki, to wprawdzie kąpiele borowinowe o niskiej ciepłocie  $30,0 - 33,0^{\circ} \text{C}$  ( $24,0 - 27,0^{\circ} \text{R}$ ), niezbyt gęste i krótko trwające nie są przeciwwskazane; mogą nawet korzystnie wpływać przez to, że stan ogólny się poprawia, lecz lepsze mam wyniki przy używaniu kąpeli mineralnych o niskiej ciepłocie  $30,0^{\circ} \text{C}$  z dodatkiem soli i wyciągu igliwiowego.

Osoby młode, dotknięte włókniakami, po leczeniu w Krynicy doznają zawsze ulgi, gdyż stan ogólny się poprawia, a krwawienia się zmniejszają i nie występują tak często, ale poprawa trwa tylko krótko, po paru miesiącach znowu występują krwotoki i nieraz zabieg operacyjny staje się koniecznym. Inaczej u osób z włókniakami, które są w latach przejściowych (około 45 lat wieku). Tym chorym doradzam, w razie znacznej poprawy w zdrojowisku, powtarzać rok rocznie leczenie, bo udaje się nieraz, tak postępując, przeprowadzić te chore aż do okresu utraty peryodu (climax) i ominąć tym sposobem drogę operacyjną.

Obfite krwawienie miesięczne, jako objaw zmian macicy (metritis), jej błony śluzowej (endometritis), zmian w położeniu macicy (retroversio, retroflexio uteri), lub zmian zapalnych przydatków macicy (adnexitis)—ustępują w miarę leczenia i poprawy podstawowego cierpienia; to samo dzieje się, jeżeli krwawienia są następstwem

złego zwijania się macicy w położu (*subinvolutio uteri*) z zastrzeżeniem, że wewnątrz macicy jest próżne, w tych bowiem przypadkach, gdy coś pozostało z jaja po porodzie lub poronieniu, krwawienia na czas jakiś mogą się zmniejszyć, ale wnet ponownie występują, wtedy należy wykonać wyskrobanie (*abrasio mucosae uteri*), następnie stosować odpowiednie kąpiele, a skutek będzie niezawodny.

Chore takie, nieraz bardzo wykrwawione, albo chore po obfitych krwotokach porodowych odzyskują w krótkim stosunkowo czasie (4—6 tygodni) pod wpływem leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy zupełne zdrowie, przynosząc zaszczyt i reklamę zdrojowisku.

Dosyć duży procent pacjentek w Krynicy stanowią osoby zamężne ze słabym rozwojem macicy i jajników; towarzyszy temu zazwyczaj znaczna niedokrwistość, skąpe i nieregularne, opóźnione miesiączkowanie (*menstruatio postponens*) lub zupełny brak miesiączki (*amenorrhoe*) i niepłodność (*sterilitas*), na którą te osoby te lekarstwa szukają, często też niedokształcenie układu naczyniowego (*hypoplasia vasorum*) i nieprawidłowa przemiana materii w postaci otyłości (*obesitas*). W tych przypadkach forsowne leczenie kąpielami borowinowymi ciepłymi (38,0—42,0° C), leczenie miejscowe, jak: mięsienie, wprowadzanie do macicy zgłębnika, elektryzowanie modo Apostoli, odpowiednia dyeta, picie wód alkaliczno-solnych i żelazistych, spacerowanie (leczenie terenowe)—nieraz doprowadziło do celu nie tylko co do poprawy odżywiania macicy, lecz osoby te po leczeniu takim doczekały się upragnionego przez kilka lat potomstwa. W gorszym położeniu są te pacjentki, u których miesiączki wcale nie było lub kilka razy w życiu, lecz i tu mogą przytoczyć przypadek, w którym po trzechkrotnym leczeniu rok po roku w Krynicy miesiączka po 10-letniej przerwie się pojawiła i powtarzała się co 5—6 tygodni. W tym przypadku stosowałem co cztery tygodnie nacięcia części pochwowej (*scarificatio*). U przeważnej liczby pacjentek zamężnych bezdzietnych, zwłaszcza żydówek, z upośledzonym rozwojem części rodnych (*uterus cucurbitaceus, infantilis*), znalazłem ślady wykonanego rozcięcia ujścia zewnętrznego (*hysterostomatotomia*). W tych przypadkach zabieg ten nie tylko nie odnosi żadnego skutku, ale raczej szkodzi i to z dwóch przyczyn, raz dla tego, że macica po operacji, z powodu przecięcia pewnej ilości naczyń i wytwarzającej się w tem miejscu blizny, jeszcze gorzej bywa odżywiana, a miesiączka staje się jeszcze skąpszą, a powtóre, że osoby takie, którym zrobiono nadzieję, że po nacięciu zastąpią,

nie leczą się i czekają cierpliwie lat kilka, aż dopiero, zawiedzione w nadziejach, na nowo porady szukają. Tu raczej naprzód leczyć trzeba w kierunku poprawy odżywiania macicy, a gdy w tym względzie poprawa nastąpiła, wtedy zabieg operacyjny może być na miejscu.

Skutecznie też bardzo działają kąpiele borowinowe w przypadkach bolesnej miesiączki (dysmenorrhoe) tak u pańienek bledniczych w wieku dojrzewania płciowego, przy nadmiernem przodozgięciu macicy, jak i u osób zamężnych, u których przyczyną bólów jest również nadmierne przodozgięcie macicy albo sprawy chorobowe błony śluzowej macicy lub schorzenie przydatków macicy. Mógłbym przytoczyć kilka wybitnych przykładów znacznych bólów przed rozpoczęciem, podczas trwania i po ustąpieniu miesiączki, połączonych z nudnościami, wymiotami i nerwowymi drgawkami; po przeprowadzeniu leczenia kąpielami w Krynicy (25—30 kąpielei błotnych) dolegliwości ustały, a powtórny przyjazd osób takich do Krynicy dał mi możność przekonania się, że skutek był trwały.

Wiele kobiet przyjeżdża do Krynicy w pierwszych tygodniach lub miesiącach ciąży. Jedne nie wiedzą nieraz o swym odmiennym stanie, drugie wiedzą i przybywają dla leczenia wzmacniającego. Jakież leczenie stosować można w Krynicy podczas ciąży?

Ciąża nie jest przeszkodą do zastosowania leczenia zdrojowo-kąpielowego, ale lekarz musi być bardzo ostrożny i czuwać, aby przepisy jego były w tych razach dokładnie wykonywane. Nie należy stosować kąpielei borowinowych u ciężarnych w żadnym okresie ciąży, bo łatwo wywołać mogą jej przerwanie, co jakkolwiek może być i bywa pożądane dla pacjentki, dla lekarza jest sprawą wielce niemłą. O możliwości ciąży zawsze pamiętać winien lekarz, gdy zapisuje kąpiele borowinowe; rozpoznanie zaś ciąży w pierwszych tygodniach, jak wiadomo, nie bywa łatwe, a pacjentki mogą i potrafią w błąd wprowadzić. Kąpiele mineralne możemy polecać podczas ciąży 2—3 razy tygodniowo o ciepłocie  $26-26\frac{1}{2}^{\circ}\text{R}$ , nie dłużej jak 10—15 minut trwające. Osoby, które już ronily, lub do poronień są skłonne i do tych kąpielei niech się nie kwapią. Inna rzecz po za okresem ciąży, wtedy jest odpowiednia pora, aby przez odbycie kilkotygodniowego leczenia zdrojowo-kąpielowego zabezpieczyć się przed ponownymi nawykowymi poronieniami. A że temu leczeniu wiele kobiet swe szczęście macierzyńskie zawdzięcza, na to liczne mógłbym przytoczyć dowody. Zresztą kąpiele i inne dodatnie czynniki w zdrojowisku bardzo dobrze wpływają na poprawę

stanu ogólnego osób ciężarnych niedokrwistych. Nie ulega wątpliwości, że na rozwój płodu, co do jego wielkości, kąpiele mają wpływ niejaki, ale znowu nie w tym stopniu, jak sobie to osoby ciężarne przedstawiają, że poród może stać się bardzo ciężkim lub zgola niemożliwym drogami naturalnymi. Przesąd ten wykorzeniać trzeba.

Należy zaniechać wszelkich miejscowych zabiegów w zdrojowisku u osób ciężarnych; tylko przy ostrej rzeżączce pochwy można wykonać ostrożnie kąpiel pochwy we wzierniku środkami przeciwnilnymi lub środkami swoistymi dla zniszczenia zarazka. To leczenie wiele razy stosowałem bez szkody dla ciężarnej a zawsze z bardzo pomyślnym wynikiem. I do takich już chorych wzywany bywałem z powodu krwawienia, które przyjechały do Krynicy w celu leczenia się z powodu niepłodności, a tu poroniły.

Jeszcze słówko o ciąży jajowodowej. Dziś dzięki dokładnym spostrzeżeniom i dzięki wydoskonaleniu metody badania wiemy, że ciąża jajowodowa do rzadkości nie należy, że każdy nieomal krwistek zamaciczny lub okołojajowodowy ma swoje źródło w zejściu tej ciąży. Dziś, uwzględniając dokładnie wywiady, badanie przedmiotowe i objawy, na które się chore skarżą, możemy z wielkim prawdopodobieństwem wczesną ciążę jajowodową rozpoznać, nim jeszcze groźne objawy pęknięcia nastąpią, a chociaż nie natychmiast do zabiegu operacyjnego przystępujemy, to jednak jesteśmy, a przynajmniej powinniśmy być na zabieg ten przygotowani, wtedy żadna niemiła niespodzianka zaskoczyć nas nie może.

W ostatnich trzech latach miałem w opiece w Krynicy trzy przypadki ciąży jajowodowej. Jeden dotyczył chorej, przyslanej z Galicyi, u której wywiady, objawy i badanie kazały z wielkim prawdopodobieństwem rozpoznać ciążę jajowodową. Chora naturalnie nie mogła korzystać z leczenia, zwłaszcza że zaraz po przyjeździe wystąpiły objawy poronienia jajowodowego (abortus tubarius), które też wśród obserwacji nastąpiło niewątpliwie z mierzonym krwotokiem wewnętrznym i wytworzeniem się krwisteku. W tym przypadku objawy nie były zbyt gwałtowne, tak że można było czekać, i obeszło się rzeczywiście bez operacji. Drugi przypadek był znacznie groźniejszy, albowiem pęknięcie jajowodu nastąpiło nagle wśród badania u lekarza, a tylko szybko wykonana operacja uratowała chorą od niechybnej śmierci. Jedną chorą odesłałem z Krynicy do Krakowa z rozpoznaniem ciąży pozamacicznej, gdzie miała być z pomyślnym wynikiem operowana.



Wspominam o tych przypadkach dlatego, że jeżeli lekarz, mający wysłać pacjentkę do kąpiel, nie może wykluczyć ciąży pozamacicznej, to lepiej pozostawić ją w obserwacji na miejscu, gdzie istnieją lepsze warunki, niż w zdrojowisku, gdy zajdzie potrzeba operacyjnego zabiegu. Cięża pozamaciczna rozwija się dosyć szybko tak, że w niektórych przypadkach 14-dniowa obserwacja wystarczy, aby rozpoznanie uczynić pewniejszym. Pacjentce dwutygodniowe odwleczenie wyjazdu nie zrobi różnicy, a podróż i kąpiele, jeżeli ciąża istnieje, mogą katastrofę przyspieszyć. Proszę sobie przedstawić kłopotliwe położenie lekarza w zdrojowisku, który pacjentce oświadczyć musi, że leczenia na pewien czas zaniechać trzeba, że trzeba się przygotować nawet na powrót do domu, jeżeli się okaże, że i po dwóch tygodniach leczenie tylko zaszkodzić może. Nareszcie trzeba mężowi lub rodzinie podać tę pigułkę gorzką w odpowiedniej do połknięcia formie. Gdybyż to jeszcze rozpoznanie mogło być pewne? Niestety mówi się zazwyczaj, że nie można ciąży pozamacicznej wykluczyć. Koniec jest taki, że albo lekarz wysyłający albo kąpielowy pada ofiarą; pierwszy, gdy się rozpoznanie sprawdza, drugi, gdy się nie sprawdzi, ale drugi wychodzi gorzej, bo się naraża koledze, chorej i jej rodzinie.

Taki to już nasz los!

Są lekarze, którzy nie bronią pacjentkom kąpać się w czasie miesiączki. Ja ze względu na to, że organizm i system nerwowy kobiety w tej krytycznej chwili jest w stanie pewnego podrażnienia, radzę wtedy zachować spokój, a bardzo wyjątkowo u kobiet silnych ze skąpą miesiączką na kąpiel pozwalam. Również nie należy oznaczać czasu pierwszej kąpeli po miesiączce np. w 3—4-tym dniu, lecz dopiero, gdy plamy zupełnie ustaną należy wziąć kąpiel mineralną o ciepłocie 26,5° R. Za wcześnie wzięta kąpiel sprowadza skurez macicy i ponowne płamienie a nawet krwawienie, co pacjentkę niezmiernym przejmuje strachem.

Wzbronić należy kąpeli borowinowych stanowczo osobom gorączkującym, dotkniętym nowotworem złośliwym, osobom ze zmianami szczytowymi, ze znaczną rozedmą płuc, ze znacznym zwapnieniem tętnic i z wadami serca niewyrównanymi. Tu optymizm lekarza i uleganie woli pacjentów srodze zemścić się może na odważnym lekarzu. Co do zmian szczytowych, to tu nigdy nadto ostrożnym być nie można; nieraz po jednej kąpeli borowinowej, którą chora bez wiedzy lekarza wzięła, sprawa się zaostrza, występuje krwioplucie i gorączka; to znaczy, że wał ochronny, który sobie organizm

w walce z jadem wytworzył, został przerwany. W tych przypadkach lepiej sto razy przesadzić w pesymizmie, niż raz być optymistą.

Należy uważać na to, aby tuż przed kąpielą borowinową pacjentka nie była zmęczona lub spocona. Jeżeli tak jest, należy wypocząć lub wytrzeć ciało suchym ręcznikiem. Kąpiel borowinowa nie powinna sięgać wyżej, jak do połowy ramion; górną część ciała dobrze jest okryć suchym ręcznikiem (w Elster używają do tego flanelowych pelerynek); jeżeli pacjentka ma uczucie uderzania krwi do głowy lub bicia serca, należy zażądać okładu zimnego na głowę i okolice serca. Kąpiel wodna dla oczyszczenia nie powinna trwać długo (kilka minut) i lepiej aby była chłodniejsza 26,0—27,0° R, bo to potęguje działanie kąpieli borowinowej. Po kąpieli borowinowej należy wypocząć kilka godzin, na taką potrzebę wskazuje już pewna ociężałość i senność organizmu.

Nieliczne na szczęście przypadki zasłabnięcia w kąpieli borowinowej, a nawet przypadki śmierci powinny być przestrożą dla chorych w zdrojowisku, aby się bez zezwolenia lekarza nie kąpać,— dla lekarza wysyłającego, aby polecił chorej koniecznie zasięgnąć porady na miejscu a nie leczyć się na własną rękę. Lekarz domowy i zdrojowy powinni iść ręką w rękę, bo wyjdzie to niewątpliwie na korzyść chorej a na sławę godności stanu lekarskiego.

Okłady borowinowe gorące o ciepłocie 32,0—34,0° R są bardzo dobrym pomocniczym środkiem w przypadkach spraw zapalnych w dolnej części jamy brzusznej, ale jeszcze korzystniej działają w cierpieniach żołądka i jelit, połączonych z bólami. Stosujemy je przez 1—1½ godziny, poczem chore muszą jeszcze czas jakiś zachować spokój i nie narażać części, okładem rozgrzanych, na nagłe oziębienie. Na okład używamy bardzo gęstej borowiny, umieszczonej w odpowiednich workach. Ciężar okładu wynosi 1—3 kg.

Są zdrojowiska, w których chorzy kąpią się w jednej i tej samej kąpieli pięć razy. Zwyczaj to nie miły i nie higieniczny, i usunąć go należy. W Krynicy tego niema, jest to wprost ze względów technicznych przyrządzania kąpieli borowinowej niemożliwe i wymagałoby więcej pracy, niż przyrządzenie świeżej kąpieli, to też wszystko, co sobie o tem między sobą opowiadają pacjentki, jest fantazją i bajką, jak bajką jest, że w przesianej borowinie znajdują się jaszczurki, węże i żaby.

W końcu dodam, że znakomity wpływ kąpieli borowinowych jest doświadczeniem stwierdzony nietylko w chorobach kobiecych, ale i wielu innych cierpieniach organizmu, że wspomnę o cier-

pieniach systemu nerwowego, a szczególnie o zboczeniach w nerwach obwodowych, jak przeczulice, nerwobóle, porażenia i niedowład, dalej o cierpieniach gośćcowych, dnie i ich następstwach jak: zeszywnieniach stawów, przykurczeniach mięśni, — dalej o sprawach zapalnych kiszki ślepej i jej otoczenia, o zmianach po złamaniach kości i po ranach, a wreszcie o pewnych chorobach skórnych.

A na ostatek, czy 27 łazienek borowinowych w Krynicy, gdzie lista gości przekracza sześć tysięcy, jest dostateczna? Bezwarunkowo nie! Wszak w sezonie środkowym walki o kąpiel taką staczać trzeba. Miejmy jednak nadzieję, że właściciel, któremu dobro chorych, do Krynicy przybywających, z jednej strony, a rozwój przemysłu krajowego z drugiej strony leży na sercu, wnet nam ten brak przez wzniesienie nowych łazienek, odpowiadających wymaganiom nowoczesnej balneotechniki, uzupełni. Na dziś jednak uderzmy się w piersi i mówmy: *Peccamus et etiam peccamus, sed mox non peccaverimus.*

## II.

# SPRAWOZDANIA

### PRZYCZYNY I LECZENIE GORĄCZKI POŁOGOWEJ.

#### A. H. Queisner. — *Aethiologie und Therapie des Puerperalfiebers.*

Przyczyny i leczenie gorączki połogowej. (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1904, T. XIX, Zesz. I.)

Jakkolwiek od odkrycia Semmelweisa, wprowadzającego kwestę gorączki połogowej na nowe tory, upłynęło już prawie pół wieku, i poprzednie nagminne powstawanie gorączki połogowej w zakładach położniczych należy do rzadkości, to jednakże przyznać należy, iż nie osiągnięto stanu idealnego, albowiem statystyka zachorzeń nie zmniejsza się w tym stopniu, w jakim należało się tego spodziewać. Wielki błąd statystyki stanowi niewykluczanie z niej zachorzeń przypadkowych, zdarzających się podczas porodu. Do takich zaliczyć należy, według autora, zaparcie stolca, powodujące podniesienie ciepłoty ciała nawet do 38,5°, a która po obfitych wypróżnieniach staje się prawidłową; dalej—szczególniej podczas zimnej i dżdżystej pory roku—grypa (influenza), zwyczajne zapalenie gardła (angina) powodują wysokie podniesienie ciepłoty ciała, która zazwyczaj przy zastosowaniu właściwego leczenia opada. Przez dłuższy czas również nauka o samozakażeniu odgrywała niepoślednią rolę w przyczynowości gorączki połogowej i miała wielu gorących zwolenników. Że może się ono zdarzać, podawano jako dowód, iż położnice, poprzednio zewnętrznie tylko badane, wykazywały podniesioną ciepłotę ciała; w tych razach jednak zachorzenia przypadkowe nie były z pewnością wykluczone. Tak samo w kwestyi stosowania przed porodem przestrzykiwań odkażających niema zgody; gdy jedni bowiem (Krönig, Menge) na zasadzie wyników, otrzymanych przy badaniach bakteriologicznych, uważają je nie tylko za bezpożyteczne, ale nawet za wprost szkodliwe, inni, a głównie Hofmeier, opierając się na doświadczeniach swoich klinicznych, twierdzą stanowczo, iż przed porodem u każdej rodzącej powinny być robione przestrzykiwania odkażające pochwy. Pewne rozwiązanie kwestyi samozakażenia, jako przyczyny gorączki połogowej, nastąpiło na zeszłorocznym kongresie ginekologów niemieckich w Würzburgu, gdy Bumm wygłosił zdanie przez nikogo niezwalczane, że „wszelkie zakażenie pochodzi z zewnątrz“. Winckel jednak słusznie zaznaczył, że bodźce zakaźne wprowadzone być mogą w przewod porodowy położnicy niekoniecznie przez prowadzących poród lekarza i akuszerkę, ale także i przez osoby postronne, jakkolwiek nie w każdym przypadku udowodnić to można; pożądanem więc jest ogłaszanie

przypadków, w których z pewnością dowieść można zakażenia, powstałego w podobny sposób. Z wszelkiem prawdopodobieństwem można także przyjąć, jakkolwiek dotychczas nie oparte to jest na niezłomnych dowodach, iż rodząca przez dotykaniem rękoma swych części płciowych wprowadza jednocześnie do nich zakażające paciorkowce, które przy wewnętrznym badaniu, dokonywanem według wszelkich zasad aseptyki lub w rękawiczce aseptycznej, coraz wyżej, a nawet do jamy macicy przesunięte być mogą. Zakażenie kobiet ciężarnych gonokokami przez mężów jest rzeczą bardzo częstą. Ponieważ Neisser dowiódł, iż gonokoki, które straciły już własności zakaźne, przeniesione do dziewiczej pochwy, stają się znowu zakażającymi i mogą wywołać typową rzeżączkę, to na chorobę tę szczególną zwrócić należy uwagę. Obecnie ograniczamy się zazwyczaj po wziętej kąpieli na obmyciu mydłem i dezynfekcyi zewnętrznych części płciowych rodzącej, o ile potrzebną okazuje się w danym przypadku dezynfekcyja pochwy, zależne jest od wyniku badania. Ponieważ gonokok jest pasożytem, wdrażającym w tkanki, niemożliwym więc jest wyjałowienie pochwy, według dzisiejszych pojęć, w krótkim przeciągu czasu; w większej ilości przypadków wystarczy splukanie znajdujących się na powierzchni błony śluzowej pochwy gonokoków, celem zapobieżenia przeniesieniu ich do jamy macicy przy przedsięwziętych rękoczynach.

Wiele kobiet bywa bezwarunkowo zakażonych podczas porodu w sposób, na który dzisiaj mało jeszcze zwrócono uwagi. Winna tu jest pielęgnarka, która nieczystymi rękami dotyka części płciowych położnicy lub też nawet wprowadza w nie rękę, aby, jak to np. uczyniono jedenastego dnia porodu w przypadku, opisanym przez autora a zakończonym śmiercią, odszukać kawałek waty, który, jak pielęgnarka sądziła, zabłądził do pochwy. Dla tego też, aby zapobiedz gorączce porodowej, należy mieć nie tylko zdolne akuszerki, ale także i dobrze wyszkolone pielęgniarki.

Położnica sama może się również zakażyć. Że położnica może się zakażyć przez dotykaniem części płciowych nieczystą własną ręką, to powyżej o tem była mowa, jakkolwiek sposób zakażenia się przez samą położnicę może być inny. Autor, jako dowód tego twierdzenia, podaje przypadek zachorowania położnicy, cierpiącej na zupełne wypadnięcie macicy, w siódmym dniu porodu. Badanie ujawniło na tylnej ścianie pochwy ranę postaci półksiężycowatej, szerokość na 1 ctm., pokrytą bardzo cuchnącą wydzieliną ropiastą. Stwierdzono, iż mąż na drugi dzień po porodzie, gdy żona chciała się załatwić z pewną potrzebą, przyniósł wprost ze stajni kubel, na który się usadowiła. Rana, znaleziona na tylnej ścianie pochwy, odpowiadała w zupełności brzegowi kubła, nad którym to brzegiem sterczała na 1 ctm. obręcz żelazna. W ten tylko sposób prawdopodobnie nastąpiło zakażenie; chora ta również zmarła. Oba te przypadki zakażenia, gdyby poród był odpowiednio przeprowadzony, nie byłyby się zdarzyły. Dlatego też pożądanem jest, aby, gdy podniesienie ciepłoty ciała następuje po szóstym dniu porodu,

i gdy można wyłączyć wszelkie przypadkowe zachorzenia, starannie zbadać, czy zakażenie nie nastąpiło dopiero w położu.

Co się tyczy leczenia gorączki połogowej, to dotychczas postępowania, dającego niezawodne wyniki, niema; dowodem tego—corocznie podawane nowe sposoby i środki lecznicze.

Autor, opierając się na długoletniem doświadczeniu, nabytem w klinikach i prywatnej praktyce, radzi, aby w każdym przypadku, w którym istnieje przypuszczenie obecności w jamie macicy resztek łożyska, po przekonaniu się o tem natychmiast usunąć je ręcznie. Że usunięcie nie powinno być wykonywane zapomocą narzędzi (wyłęczkowanie), na to ogólnie się już zgodzono. Nie można zaprzeczyć, że pozostałe resztki łożyska mogą się samodzielnie wydzielić, lecz ponieważ nie można mieć co do tego absolutnej pewności i, licząc się z faktem, że stanowią one podatną glebę dla rozwoju różnych zarazków, należy je niezwłocznie usunąć tem więcej, że, jak autor zapewnia, nigdy nie widział po tem pogorszenia choroby, lecz przeciwnie przy zastosowaniu jeszcze poniżej podanego postępowania prędkie polepszenie się stanu gorączkowego.

Również niema zgody w określeniu postaci, pod jaką występuje gorączka połogowa, i bakteriologia również pod tym względem nas nie objaśnia; wiemy tylko, iż tak dobrze paciorkowce, gronkowce jak i gonokoki powodować mogą zakażenie, a także iż może zdarzać się zakażenie mieszane (np. paciorkowcami i gronkowcami, gonokokami jednocześnie). Stosownie do przebiegu klinicznego rozróżnia autor dwie postaci gorączki połogowej. Pierwsza—posocznicza ostra (sepsis acutissima)—pomimo użycia wszelkich metod i środków leczniczych po kilku dniach kończy się śmiercią. Przy drugiej postaci, mającej więcej widoków wyleczenia, przyjmują udział przyrodzone sączki ciała, t. j. naczynia chłonne, w których zarazki się odkładają; powstaje zapalenie przymaciczne (parametritis), a także przez zawleczenie zakaźnych skrzepów dojść może do ropienia w innych narządach—ropnicy (pyaemia). Dopóki, zdaniem autora, nie będziemy znali dokładnie przyczyn, powodujących to zatrzymywanie się w naczyniach chłonnych czynników, wywołujących zakażenie, to znów przedostawanie się tych ostatnich do innych narządów; dopóki nie będzie stwierdzonem, czy pewien gatunek drobno-ustrojów posiada te lub inne własności,—dopóty nie możemy się spodziewać pomysłnych wyników leczenia surowicami. To też, zdaniem autora, próby stosowania surowicy przeciw paciorkowcowej Marmorka nie dały dotychczas zadawalających wyników.

Rozpoznanie jednej lub drugiej postaci gorączki połogowej można zrobić po kilku dniach. Jeżeli nie udaje się zapomocą środków poniżej podanych obniżyć choćby cokolwiek ciepłotę ciała, to rokowanie jest niepomyślnem, i wobec tego rodzaju choroby jesteśmy bezsilni. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy zachodzą zwolnienia poranne ciepłoty ciała, i gdy się udaje obniżyć ją chociażby o dziesiątę część stopnia. Postępowanie nasze celem zwalczania gorączki połogowej powinno mieć za zadanie: 1) usunięcie z jamy

macycy znajdujących się w niej jeszcze bodźców zakaźnych (zarazków); 2) zapobieganie dalszemu wdrażaniu zarazków do ustroju; 3) wydzielanie na drogach naturalnych zarazków, krążących w ustroju.

Dla usunięcia z macycy zarazków autor radzi starać się o obfity odpływ zazwyczaj cuchnących odchodów połogowych i robić codziennie przemywania jamy macycy. Do przemywań należy używać kateteru cynowego Wintera o szerokim świetle i dużych otworach, który daje się łatwo wyginać i w ten sposób łatwo zastosowywać do kierunku kanału macycy. Jaki płyn odkażający ma być używany do przepłukiwania, jest to rzeczą obojętną, lecz powinien on posiadać wysoką ciepłość ( $40^{\circ}$  C) dla pobudzenia skurczów macycy.

Dla zapobieżenia dalszemu przedostawaniu się zarazków do ustroju, autor robi codzienne zastrzyknięcia podskórne ergotyny Bombelona (1 gram dziennie), a gdzie pęcherz z lodem jest znoszony, to stosuje go jednocześnie na dolny odcinek brzucha.

Wychodząc z teoretycznej zasady, że przez zgięcie tętnic macicznych i naczyń chłonnych, przebiegających w więzach szerokich, można wstrzymać dalsze wdrażanie zarazków do ustroju, autor dla dokonania zgięcia powyższych naczyń chwytą kulociągami przednią i tylną wargę ust macicznych, ściga macicę do wejścia pochwy i, przywiązawszy rączki kulociągów za pomocą rurki gumowej do łóżka, ustala macicę w nadanem położeniu. Codzienne przemywania jamy macycy można z łatwością dokonywać w takim położeniu, nie ruszając z miejsca chorej, i odpływ odchodów połogowych jest zapewniony. Sposób ten autor zastosował w dwóch bardzo ciężkich, beznadziejnych przypadkach z dobrym wynikiem.

Różnymi środkami wpływać można na wydzielanie się zarazków z ustroju. Autor nie radzi używać środków czyszczących lub moczopędnych, gdyż mogą one spowodować wyniszczenie i tak już osłabionego ustroju. Najlepszym środkiem jest wydzielanie się przez skórę, przez pobudzenie potów zapomocą codziennych kąpieli z następnem zawinięciem w koce. Ciepłota kąpieli ma być nie za wysoka  $36-38^{\circ}$  C ( $28\frac{1}{2}-30\frac{1}{4}^{\circ}$  R); chora ma w niej tak długo pozostać, dopóki czuje się dobrze, a następnie chorą zawija się w wilgotne, ciepłe koce, w których zazwyczaj występują obfite poty. Gdy chora pocila się 2—3 godzin, to wyciera się ją, kładzie do ogrzanego łóżka i wlewa się przez odbytnicę 1—2 litrów fizyologicznego roztworu soli. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie można wlać do kiszek tej ilości płynu, to należy go wstrzyknąć podskórnie. Po największej części występują wtedy ponowne poty. Dla zaspokojenia pragnienia podczas pocenia się najlepiej jest podawać chorej w obfitości jakąkolwiek wodę alkaliczną lub też herbatę z koniakiem. U bardzo osłabionych chorych, u których unikać należy z jakiegokolwiek powodu zmiany położenia, radzi autor dla wywołania potów stosowanie przyrzędu dla gorącego powietrza. Poty występowały, lecz chore uskarżały się na przykre uczucie, wywołane promieniowaniem ciepła. W końcu autor zwraca uwagę na

staranne odżywianie chorych i sądzi, że chorej należy podawać pożywienie co 2 godziny, aby wzmocnić ustrój dla walki z zarazkami. Ze środków odżywczych przemysłowych autor zaleca sanatożen; z napojów—porter angielski w dużych ilościach, jako posiadający wiele tworów wyciągowych i pobudzający apetyt. Inne napoje wysokokowe można zalecić, ale w niezbyt dużych ilościach. R.

## CZY KAPAĆ RODZĄCE?

**Schumacher H.** — *Zur Frage der Zweckmässigkeit des Bades der Gebärender.* W sprawie kąpienia rodzących. (*Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1904, 7).

W ostatnich czasach położnicy zwrócili szczególniejszą uwagę na dotychczasowe sposoby mycia ciężarnych w zakładach akuszerjnych. Znane są prace Stiehlera, Stroganowa, Winternitza i Hertzki, omawiające tę kwestję.

Autor, który zajął się sprawdzeniem badań wyżej wymienionych badaczy, zadaje dwa pytania: 1) czy z powodu niebezpieczeństwa, jakie, podług Stroganowa, przedstawiają dla ciężarnych kąpiele, należy w najbliższej przyszłości usunąć urządzenia kąpielowe w zakładach, przeznaczonych dla rodzących? i 2) czy obmywanie zewnętrznych narządów płciowych zapomocą wody, mydła i waty ma pewną wyższość nad kąpaniem całego ciała w wannie?

Autor nie zgadza się na usunięcie urządzeń kąpielowych chociażby dlatego, że zakłady położnicze—jak dotąd—odwiedzane bywają po większej części przez osoby, należące do sfery mniej zamóżnej, zamieszkującej niewygodne, zwykle brudno utrzymywane mieszkania i, zwracającej mało uwagi na czystość ciała.

Na drugie pytanie odpowiada autor także przecząco, twierdząc na zasadzie dokonanych przez siebie badań bakteriologicznych, że jak po kąpielu, tak i po obmyciu zewnętrznych organów płciowych w bardzo małej ilości przypadków skonstatował w pochwie obecność nieszkodliwych drobnoustrojów, dodanych do wody, którą myte były chore. W większości przypadków badania bakteriologiczne nie wykazały obecności drobnoustrojów, znajdujących się w wodzie, służącej do obmywania. Ta zaś niewielka ilość ciężarnych, u których wykryto w pochwie dodane do wody nieszkodliwe drobnoustroje, dotknięta była pęknięciem kroczka.

Na wewnętrznej powierzchni małych warg, jak w przypadkach, gdzie chore kąpano, tak i w przypadkach, gdzie obmywano tylko zewnętrzne narządy rodne, znajdowano po obmyciu dużą ilość drobnoustrojów, które przedostały się tutaj wraz z wodą.

Dlatego też autor radzi, aby po umyciu oplukać jeszcze wewnętrzne organy płciowe płynem odkazającym. U kobiet zaś, dotkniętych pęknięciem kroczka, radzi on po kąpielu lub obmyciu przepłukać pochwę.

HENRYK ALTKAUER.



## ZAPOBIEGANIE PĘKNIĘCIOM KROCZA.

**Roger von Budberg.** — Ist das Oedem der Vulva während der Geburt ein natürliches Schutzmittel für den Damm oder steigert es gar die Gefahr des Zerreißens. Czy obrzęk sromu podczas porodu stanowi naturalny środek ochronny dla krocza, czy też zwiększa niebezpieczeństwo pęknięcia jego. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1904, Nr 8.)

Zapewne niejednemu z położników przychodziło na myśl, dlaczego to u położnic ze sporym nieraz obrzękiem zewnętrznych narządów płciowych powstają podczas porodu tak nieznaczne uszkodzenia krocza, a częstokroć pęknięcia nie zdarzają się wcale. Odpowiedź na to pytanie daje Budberg na zasadzie praw fizykalnych: ciała wilgotne obrzmiałe są 1-o bardziej odporne na ucisk, i 2-o powiększają nie tylko swoją masę, lecz i powierzchnię—inneimi słowy—kanał rodny w stanie obrzęku zyskuje na odporności, a jego światło na wymiarach.

Autor wykonał następujące doświadczenie: wyciął w desce otwory okrągłe i owalne, szczerlnie dopasował do nich korki i miał możność dokładnego przekonania się, że otwory, zupełnie nieprzepuszczające korka, po wrzuceniu deski na czas pewien do wody stawały się obszerniejsze, tak iż korek z łatwością przechodził na wylot.

W podobny sposób, zdaniem autora, zachowuje się podczas porodu i otwór rodny w stanie obrzęku.

Wobec danych powyższych autor proponuje dla ochrony krocza przy porodzie wywoływać sztuczny obrzęk tkanek sromu, a szczególnie w tych razach, gdzie jest wskazane nacięcie krocza.

Obrzęk wywołać można podczas pauzy między jednym bólem porodowym a drugim, przyciskając końcami palców brzeg krocza do przodującej części płodu, co spowoduje sztuczny zastój żylny.

Stosując swój sposób od dosyć dawna, autor ma jakoby najlepsze wyniki.

J. ŚLASKI.

## NACIĘCIA SZYI MACICZNEJ PODCZAS PORODU.

**Hofmeier.** — Ueber ueble Folgen der tiefen Cervixschritte bei der Geburt. O niepomyślnych następstwach głębokich nacięć szyi macicznej podczas porodu. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, Nr 3.)

Hofmeier występuje przeciw poglądom Dührssena, który, jak wiadomo, zaleca w pewnych przypadkach głębokie nacięcia szyi macicznej. Już poprzednio nacięciom tym zarzucano, iż powodować mogą niebezpieczne krwawienia. Hofmeier ostatnimi czasy spo-

strzegal w klinice swojej dwa przypadki, przy których stwierdzono niedostateczną rozciągliwość szyi macicznej, naciętej przy poprzecznym porodzie sposobem, podanym przez Dührssena. W jednym z tych przypadków z powodu nierozciągliwości szyi, spowodowanej bliznami, dokonano powoli rozszerzenia do 7 ctm. zapomocą dilatatora Frommera, następnie na niezwywem dziecku uskuteczniło wy-mózdzenie i wydobycie kranioklastem. W drugim przypadku nastąpiła śmierć rodzącej z przyczyny niepełnego pęknięcia macicy, spowodowanego również nierozciągliwością bliznowatej szyi.

Najzupełniej zgodzić się należy z Hofmeierem, iż głębokie nacięcia szyi, a szczególnie boczne nie są tak niewinne, za jakie je Dührssen uważa. W każdym razie zdaje się, iż nacięcia szyi przednie i tylne mają za sobą więcej słuszności, aniżeli nacięcia boczne, można bowiem przy nich uniknąć zranienia większych naczyń.

R.

## ZMIANA POŁOŻENIA TWARZOWEGO NA POTYLICOWE.

### A. Ostrcil. — Die Umwandlung von Gesichtslage zur Hinterhauptstage durch äussere Handgriffe. O zmianie położeń twarzowych na potylicowe zapomocą chwytów zewnętrznych. (*Centralbl. f. Gyn.* 1904, Nr 14.)

Wychodząc z założenia, popartego cyframi, że śmiertelność płodu jest trzy razy większa przy położeniach twarzowych niż przy potylicowych, autor sądzi, że obowiązkiem akuszerza jest starać się zmienić każde położenie twarzowe na potylicowe. Mając od 1900 do 1903 r. 14 przypadków tej nieprawidłowości, Ostrcil postępowal zgodnie z założeniem swoim i otrzymał wyniki następujące. W dwóch przypadkach płód był niezwywy przy wstąpieniu rodzących do kliniki; w sześciu—główka była tak silnie wklonowana, że już żaden zabieg nie był wskazany. Z pozostałych sześciu przypadków w jednym zrobiono tylko odwrócenie podbródka ku przodowi sposobem Volland'a, w drugim zaś zamianę położenia twarzowego na potylicowe skombinowanym (wewnętrzno-zewnętrznym) sposobem Thorna, gdyż rękoczyn Schatza w tej formie, jak jest opisany w podręcznikach położnictwa, nie dał również pożądanego wyniku. Dopiero gdy Ostrcil zmodyfikował go w ten sposób, że ręką przez powłoki brzuszne uciskał na potylicę płodu ku dołowi po uniesieniu całego płodu ku górze, wtedy rezultat był zawsze dodatni.

Po pewnym przeciągu czasu autor przekonał się, że i ta modyfikacja jest opisana przez Schatza w *Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie*. W zakończeniu autor, rozbierając szczegóły przypadków, wykazuje, że dzięki metodzie Schatza życie dwóch płodów zostało uratowanem.

Z. MONSIORSKI.

## PORÓD BLIŹNIACZY Z MACICY PRZEGRODZONEJ.

**J. Paulin. — Eine Zwillinggeburt mit einer Pause von 17 Tagen.**

Poród bliźniętami z przerwą siedemnastodniową. (*Hospitalstidende*, 1904, Nr 2, i *Münch. med. Woch.* 1904, Nr 16.)

Dwadziestopięcioletnia mężatka. Miesiączka od szesnastego roku życia prawidłowa. Przed półtrzecia rokiem urodziła donoszonego chłopca; nigdy nie ronila. Od 22 lutego do 15 kwietnia 1903 r. pozostawała w szpitalu z powodu szkarlatyny; sądzi, iż zaraz po wyjściu ze szpitala zaszła w ciążę, gdyż więcej nie dostała miesiączki. Podczas ciąży czuła się zdrową. W dniu 15 grudnia 1903 r. nagły odpływ wody płodowej, przed wieczorem zjawily się bóle porodowe, a wieczorem o godzinie 8-ej urodziła żywą dziewczynkę; wkrótce potem urodziło się prawidłowo łożysko z błonami (pęknięcie błon brzeżne). Położna spostrzegła zaraz, iż w macicy znajduje się drugi płód, ale ponieważ bóle porodowe nie zjawiały się, wezwany został autor. Wyczuwał on wyraźnie części płodu i słyszał silne tony serca. Przy badaniu wewnętrznem wyczuto w sklepieniu pochwy tkanę nieco miękkałą, od której na lewo znajdowała się stosunkowo twarda szyja maciczna z częściowo zamkniętem ujściem; niemożebne było wdrażęć palcem tak wysoko, aby można było płód wyczuć. Kobieta zasnęła niebawem i na drugi dzień czuła się zdrową; bólów nie miała. Krwawienie ustało, odchodów połogowych nie było, piersi pozostały wiotkimi, i wydzielanie mleka nie nastąpiło. Połóg przebiegał bezgorączkowo. Wstała z łózka dziewiątego dnia i zajmowała się gospodarstwem domowem do dnia 31 grudnia, w którym to dniu wody odeszły i dopiero w nocy zjawily się bóle, a zrana dnia 1 stycznia 1904 r. urodziła w położeniu pośladowkiem żywą dziewczynkę (pierwsze dziecko urodziło się w położeniu główkowem). Szybkie urodzenie się łożyska z błonami, również brzeżnie pękniętymi. Po rozwiązaniu skurezona macica wyczuwała się na prawo w dole brzucha, okres połogowy przebiegł bezgorączkowo; odchody połogowe dość obfite. Sutki prędko nabrały, obfitość pokarmu taka, iż może karmić oboje dzieci. Waga pierwszego dziecka, urodzonego 4 — 5 tygodni przedwcześnie, wynosiła 1900 gr., drugiego, urodzonego około 14 dni przedwcześnie, — 2500 gr. W dniu 18 stycznia badał położnicę prof. Kaarsberg: „Macica jest wielkości macicy ciężarnej w drugim miesiącu, nieco szeroka; wyraźnego powiększenia wymiaru przednio-tylnego niema; na 1 ctm. powyżej ujścia macicznego zewnętrzne wyczuwa się przegrodę na 1 ctm. szeroka, rozdzielającą dwie jamy maciczne, prawą i lewą. W obie wdraża zgłębnik maciczny, zwrócony wypukłością ku przodowi i na zewnątrz. Na zewnątrz nie można było wyczuć podziału jamy macicznej.“ Autor przytacza podobne, w literaturze opisane i znane przypadki, i utrzymuje, że tak w jego przypadku jak i w innych nie może być mowy o nadpłodzeniu (superfoecundatio).  
R.

## III.

## ZJAZDY I TOWARZYSTWA LEKARSKIE

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

DOK.

VI. **Odruch myokloniczny rozlany u chorych na organy rodne (odruch żabi).**

**Gastou** (z Paryża) podaje, że przy perkusji ścięgna kolanowego u niektórych osobników, a szczególnie u kobiet, nie tylko spostrzegamy wzmożenie tego odruchu, ale jeszcze całą seryę skurczów mięśniowych w kończynach i głowie; są to drgawki rozkurezowe przedramienia, nóg i głowy, przy których osobnik odczuwa wrażenie bardzo nieprzyjemne. Z powodu analogii tych ruchów do ruchów żaby z odciętą głową przy drażnieniu jej nerwu kulszowego, Gastou daje im nazwę odruchu żabięgo (réflexe ranien). W dalszym ciągu prelegent zaznacza, że ten objaw znajdujemy najczęściej u kobiet, których narządy płciowe z tych lub innych względów są nieczynne lub niedostatecznie czynne, a więc po hysterektomiach, owariotomiach, przy cięższych chorobach organów rodnych, a dalej u panien i u wdów.

VII. **Dyeta przed i po hysterektomii.** Ażeby uniknąć niektórych nieprzyjemnych objawów podczas lub po operacji, **Pauchet** (z Amiens) radzi:

a) Przed operacją:

1) Dyeta płynna i obfite wypróżnienia, wywołane bądź środkami czyszczącymi, bądź lawatywami, zabezpieczają od nagromadzenia się gazów w kiskach i rozdęcia brzucha.

2) Na 3—6—12 tygodni przed operacją chore otyłe powinny używać tylko wody, jarzyn zielonych, zupy z jarzyn, pomarańcz i t. d.; w ten sposób tracą od 10—30 kilogramów, a dzięki utracie tłuszczu unikamy powikłań ze strony narządu oddechowego i serca.

b) Po operacji:

Zaburzenia po kastracji (tycie, uderzenia gorąca, migreny) ustępują lub zmniejszają się przy wyłącznej diecie roślinnej.

VIII. **O leczeniu przetok pęcherzowo-pochwowych** ogłoszono dwa odczyty:

a) **Pauchet** (z Amiens) podaje małą modyfikację sposobu operowania, znanego pod nazwą „dedoublement“. Radzi on odklejać pęcherz od pochwy, a ewentualnie od macicy na bardzo dużej przestrzeni: wtedy brzegi otworu niemal same się schodzą. Ilość szwów należy ograniczyć do minimum: jeden szew kapciuchowy, przeprowadzony w odległości 1 milimetra od otworu, często wystarcza. Następnie starać się trzeba, by otwór pęcherzowy w ten sposób zamknięty, przylegał nie do rany pochwowej, a do okrwawionej powierzchni jednego z płatów pochwowych; możemy to osiągnąć nałożeniem dodatkowego szwu. Wreszcie i na ranę pochwową radzi nakładać jak najmniej szwów, by niedopuszczyć do zbierania się płynu między pęcherzem a pochwą. Mały tampon do pochwy. Cewnik à demeure na 10 dni, codziennie zmieniany.

b) **Ch. Steeg** (z Dieppe) radzi przed operacją rozszerzać cewkę (pod chloroformem) i wprowadzonym do pęcherza palcem napinać pole operacyjne. W ten sposób ułatwiamy sobie dedoublement; nie potrzebujemy wybierać krwi, gdyż niema krwawienia; czujemy, czy szew nie wchodzi do pęcherza; nie potrzebujemy stosować cewnika à demeure, gdyż przez rozluźniony zwieracz mocz przez pierwsze dni odchodzi bez wielkiego wysiłku chorej. Oprócz tego Steeg radzi usunąć zupełnie opatrunki pochwowe.

**IX. Kilka uwag o leczeniu higieniczno-lekarskiem włóknaków macicznych.** **René Matton** (z Salies de Béarn) przypomina, że, według badań Richelota i jego uczniów, włóknaki macicy należy uważać za przerostową odmianę sklerotycznego zapalenia macicy, za rodzaj trophoneurosis, właściwej neuro-artrytykom. Zmęczenia systemu nerwowego, kłopoty i zmartwienia długotrwałe i powtarzające się, sprzyjają szczególniejszemu rozwojowi włóknaków. Dla tego autor radzi zwracać zawsze uwagę na system nerwowy chorych i uważa swą radę nie tylko za środek paliatywny, ale nawet leczniczy (!).

**X. Phlegmone ligamenti lati leczone ogrzaną surowicą końską.** Raymond **Petit** już w 1901 r. zakomunikował Towarzystwu Biologicznemu, że ogrzana surowica końska, wstrzyknięta zwierzętom do jamy brzusznej, nie dopuszczała do rozwoju wstrzykniętych tam następnie hodowli gronkowców, laseczników okrężnicy (bac. coli) i t. d. Ta surowica wywołuje miejscową polynukleozę, która prowadzi do wzmoczonej fagocytozy. Autor stosował tę metodę z dobrym skutkiem i u ludzi, przy zapaleniach otrzewnej rozlanych i ograniczonych. W przypadku, o którym mowa, dziewiątego dnia po porodzie z powodu zatrzymania części jaja płodowego zrobiono skrobanie kobiecie, mającej białko w moczu i będącej pod grozą eklampsji (?). Po skrobaniu ciepłota zostaje na poprzedniej wysokości—40° C (kiedy początek infekcji?), dreszcze, nacieczenie lewego przymacieza. Po jedenastu dniach cięcie w lewo-tylnem sklepieniu pochwy i założenie drenu (czy wyszła ropa?) W ośmnaście dni później cięcie w pachwinie; sączek brzuszno-pochwowy. Zbiornika ropy niema; nacieczenie szerokiego więzła zostaje po dawnemu, temperatura ta sama zostaje jeszcze szesnaście dni pomimo płukań wodą utlenioną i wcierań kolargolu. Wydzielina zawiera bardzo złośliwe paciorkowce i gronkowce oraz bardzo mało leukocytów. Zamknąwszy pochwowy koniec drenu, autor przez górny otwór wstrzyknął 20 ctm. sześć ogrzanej surowicy końskiej. Następny opatrunek przesiąkł płynem, obfitującym w leukocyty wielojądrowe ze śladami fagocytozy. Wkrótce ciepłota spadła i nacieczenie się zmniejszyło. Po jedenastu dniach temperatura znów się podnosi—surowicę zastosowano ponownie; po dwóch tygodniach chora wypisała się w dobrym stanie zdrowia.

[Spostrzeżenie nadzwyczaj ciekawe; szkoda, że zawiera tak dużo niedomówień; oprócz tego pożądanę byłyby obserwacje przypadków, w których ropa nie ma ułatwionego odpływu, a dobroczynnemu wpływowi czasu zostawia się mniej miejsca. *Przyp. sprawozd.*]

Co się tyczy reszty tematów, poruszonych na Kongresie, ograniczymy się do prostego ich wyczerpania:

**Vanverts** (z Lille). „Sączkowanie w ginekologii, szczególnie przy hysterektomii brzusznej.“

**René de Langenhagen** (z Luxeuil). „Pelykalgies“, t. j. nerwobóle i pseudonerwobóle miednicowe.

- Potocki i Lacasse. „Krew podczas ciąży, porodu i pogołu.“  
 Jeanne (z Rouen). „Kila trzecziorzędna okołomaciczna.“  
 Guyot (z Bordeaux). „Włókniako-gruczołak sutki w formie słońiowacizny.“  
 René Le Fort (z Lille). „Ewentracja pooperacyjna.“  
 Mauclair. „Pęknięcie samoistne ewentracji pooperacyjnej.“  
 Cerné (z Rouen). „Chirurgia zachowawcza zapaleń przydatków macicznych.“  
 Audebert (z Tuluzji): „O dezynfekcji pochwy przed porodem.“  
 „ „ „O leczeniu zapaleń pochwy w ciąży drożdżami piwnemi.“  
 Magniaux (z Rouen). „O leczeniu eklampsji.“

Na zakończenie wyliczymy szereg nowych narzędzi, przedstawionych na Zjeździe:

- 1) Instrument, przeznaczony do ujęcia główki, będącej w dużej miednicy. (Arnoux z Paryża).
- 2) Instrument do wydobycia główki z dużej miednicy.
- 3) „ do zabezpieczenia pępowiny po jej wypadnięciu. (Obydwa przez Poulléta z Lugdunu.)
- 4) Imadło do igiel. (R. Petit.)
- 5) Prosty przyrząd do trzymania chorych w pozycji ginekologicznej.
- 6) Trzymadło do tamponów pod szumną nazwą „Auto-panseur gynécologique“.  
(Faguet z Périgueux).

(*Presse médicale*, 1904, Nr 31.)

Z. MONSIORSKI.

## SEKCJA GINEKOLOGICZNA WARSZAWSKA.

### I. Posiedzenie organizacyjne dnia 30 kwietnia 1904.

Obecni koledzy: Boryssowicz, Cykowski, Gromadzki, Grzankowski, Endelman, Janczewski, J. Jaworski, Jezierski, Karczewski, Kurtz, Lebensbaum, Neugebauer, Popiel, J. Rosenthal, Rylko, Staniszewski, Cz. Stankiewicz, Szymański, Thieme, Warszawski i Zaborowski.

I. Kol. STANISŁAW KURTZ imieniem Komisji do wznowienia Sekcji Ginekologicznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zagał posiedzenie, zapraszając na przewodniczącego obradom kol. FRANCISZKA NEUGEBAURA, który ze swej strony zaprosił na asesorów posiedzenia kolegów GRZANKOWSKIEGO i STANISZEWSKIEGO, na sekretarza — kol. SZYMAŃSKIEGO. Utworzenie prezydium zostało przyjęte przez aklamacyę.

II. Kol. STANISŁAW KURTZ odczytał protokół posiedzenia Komisji do wznowienia Sekcji Ginekologicznej T. L. W., odbytego dnia 4 Grudnia 1903 roku. Protokół ten obejmuje projekt reorganizacji Sekcji Ginekologicznej, wyrażony w pięciu artykułach, dotyczących: celu Sekcji, jej składu, zarządu, czynności i opłat na rzecz Sekcji. Po dyskusji, w której zabierali głos koledzy: NEUGEBAUER, KURTZ, THIEME, BORYSSOWICZ, ZWEJGBAUM, Cz. STANKIEWICZ i JAWORSKI, projekt bez zmian przyjęto.

III. Następnie przystąpiono do wyborów. Po obliczeniu głosów zarząd Sekcyi ukonstytuował się jak następuje: prezes—kol. TEODOR BORYSSOWICZ, wiceprezes I—kol. FRANCISZEK NEUGEBAUER, wiceprezes II—kol. JÓZEF JAWORSKI, sekretarz—kol. CZESŁAW STANKIEWICZ.

IV. Posiedzenie następane postanowiono odbyć dnia 27 maja.

## II. Posiedzenie dnia 27 maja 1904.

Przewodniczący: wiceprezes I kol. **Fr. Neugebauer**. Sekretarz: kol. **Cz. Stankiewicz**. — Obecnych członków 22, gości 7.

I. Przewodniczący kol. **Fr. Neugebauer** zagaja posiedzenie, zaznaczając, iż po czteroletniej przerwie Sekcja Ginekologiczna ponownie rozpoczyna swe prace w warunkach rozwoju o wiele lepszych niż przedtem. Gdy bowiem z jednej strony wzrosła liczba ginekologów i położników, a z drugiej powstało pismo, poświęcone tej właśnie gałęzi medycyny, żywie można przekonanie, iż prace Sekcyi uwieńczone zostaną obfitym plonem na dobro nauki.

Na wezwanie kol. Przewodniczącego zgromadzenie uczciło przez powstanie pamięć zmarłych: prezesa Sekcyi ś. p. prof. ADAMA GLISZYŃSKIEGO i sekretarza jej ś. p. kol. FRANCISZKA STĘPKOWSKIEGO.

II. Kol. **Władysław Staniszewski** przedstawia preparaty i omawia dwa przypadki torbieli jajnikowych, powikłanych zapaleniem otrzewnej i operowanych przez siebie na oddziale kol. Grzankowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

*Przypadek pierwszy* dotyczy chorej 29-letniej wieloródki, która ostatni raz rodziła przed rokiem; guz w brzuchu zauważyła już podczas ciąży. Guz wielkości głowy ludzkiej, ruchomy, chleboczący, stopień napięcia ścian guza niejednostajny. Z powodu zwiększenia się rozmiarów brzucha, bólesci i ciepłoty podniesionej nagle do 38,4° C, następnego dnia (25 stycznia 1904) dokonano celiotomii. Otrzewna zgrubiała, przekrwiona, guz (cystoma ovarii dextri) przyrośnięty do przedniej ściany brzucha dosyć luźno, szypuła skręcona około swej osi 1½ raza ku lewej stronie. Guz usunięto, założono worek Mikulicza. Ciepłota utrzymywała się po zabiegu trzy dni na wysokości 38,2° C przy tętnie 102—96, później spadła do normy. 25 lutego zarośnięcie przetoki brzusznej. Wypisana zdrowa.

*Przypadek drugi.* Dziewica 17-letnia, psoriasis, guz napięty, chleboczący jednostajnie; przy objawach ciężkich bólów w brzuchu, wymiotów, podwyższonej ciepłocie (w przeddzień celiotomii do 40,2° C) 18 maja r. b. przystąpiono do zabiegu. Guz (cystis dermoidalis ovarii dextri) wielkości głowy ludzkiej, wolno leżący w jamie otrzewnej, skręcenie szypuły ½ obrotu ku lewej stronie, w jamie otrzewnej wolny płyn mętnawy. Zawartość guza: zabarwione krwawo masy cholestearyny z włosami, w ścianie torbieli kawałek kości. Guz usunięto, brzuch zaszyto doszczętnie. Po zabiegu ciepłota spadła do normy, dziś usunięto część szwów skóry brzucha—zagojenie doraźne.

Przy jakim stopniu skręcenia szypuły występują ciężkie zaburzenia w odżywianiu torbieli,—trudno określić: Martin miał dwa przypadki z 1/3 obrotu i bardzo ciężkimi zaburzeniami. Spencer Wells i Johnson widzieli z dużych statystyk nieco powyżej 2% przypadków skręceń szypuły z ciężkimi zaburzeniami. Stoven na zasadzie zestawienia większej ilości przypadków zaznacza, iż 25—35% wszystkich guzów jajnikowych było ze skręconą szypułą, lecz z tej liczby tylko 8—10%

z zaburzeniami w odżywianiu. Rokowanie po celiotomii pomyślne: Martin miał 46 przypadków, zakończonych wyzdrowieniem.

III. Kol. **Czesław Stankiewicz** przedstawia pacjentkę, u której d. 19 czerwca 1902 r. usunął guz zaotrzewnowy wagi 30 $\frac{1}{2}$  f. i wykonał jednocześnie rezekcję 37 ctm. okrężnicy. Badanie drobnowidzowe wykazało, iż miano do czynienia z śluzakiem (myxoma). Pacjentka, dłuższy czas po zabiegu operacyjnym zupełnie zdrowa, od pół roku zaczęła narzekać na bóle w brzuchu o natężeniu nieznacznym, występujące po wysiłkach fizycznych, przy schylaniu się i prędkim chodzeniu. Przed dwoma miesiącami zauważono w jamie brzusznej obecność nowego guza. Guz ten powiększał się dość szybko i obecnie zajmuje podbrzusze, sięgając górną granicą do pępka; boczne granice guza nie dochodzą cokolwiek do linii sutkowych, dolna zaś leży poniżej wchodu miednicy małej. Guz postaci nieprawidłowej, wielkości dwóch pięści, o zbitości dość twardej, o powierzchni nierównej, robi miejscami wrażenie, jakby był konglomeratem pojedynczych małych guzków. Ruchomość guza na prawo i na lewo jest taka, iż można przesunąć go całkowicie poza linię pośrodkową ciała; ku dołowi ruchomość nieznaczna, a ku górze—zupełnie ograniczona. Ton nad guzem wszędzie bębnowy, przytłumiony na nieznaczej przestrzeni na lewo i poniżej pępka.

Virgo. Macica w tyłopochyleniu, nie daje się odprowadzić do położenia prawidłowego. Tylne sklepienie pochwy przy nacisku bardzo wrażliwe—prawdopodobieństwo wzrostów otrzewnowych w jamie Douglasa. Przydatki niewyczuwalne. Przy przesuwaniu guza na lewo macica wykonywa również pewne acz nieznaczne ruchy; przesuwania guza na prawo macica nie odczuwa.

W danym przypadku mamy przypuszczalnie nawrót guza zaotrzewnowego, usuniętego przed dwoma blisko laty. Nawrót ten, wobec rozpoznania drobnowidzowego: myxoma, był mało prawdopodobny. Zachodzi pytanie, czy jest wskazana ponowna operacja wobec sprawy, klinicznie złośliwej, bo wykazującej łatwość wznowiania się.

Kol. JULIAN STEINHAUS wątpi, żeby w danym przypadku były przerzuty śluzaka; śluzaki czyste są bowiem nader rzadkie. Należałoby zbadać dokładniej guz pierwotny, biorąc materiał z rozmaitych miejsc, a może się okazać, iż jest to sarcoma myxomatodes. Wynik tego badania będzie wskazówką w wyborze postępowania leczniczego.

Kol. STANKIEWICZ dziękuje kol. Steinhausowi za jego uwagi i postanawia ponowić badanie drobnowidzowe guza pierwotnego.

IV. Kol. **Czesław Stankiewicz** przedstawia wyleczony drogą operacyjną przypadek przepukliny udowej obustronnej i opadnięcia pochwy i macicy.

F. L., panna, l. 30, nie rodziła. Do szesnastego roku życia zawsze zdrowa. W tym czasie nosząc pewnego dnia dziecko 1 $\frac{1}{2}$ -roczne, poczuła nagle ból w brzuchu i krzyżu i zauważyła wystające z pomiędzy warg sromnych ciało wielkości jaja kurzego. Pacjentka już na krótko przed ukazaniem się powyższego ciała odczuwała parcie na moc, lecz mogła go oddać dopiero po włożeniu wypadłego ciała do pochwy. Z biegiem czasu stan się pogarszał, ciało owe wypadło coraz częściej, a podczas peryodu pacjentka obserwowała wydzielanie się krwi miesięcznej z małego otworu, znajdującego się na wypadniętej części. W r. 1900 chora zdecydowała się wreszcie na zabieg operacyjny, który wykonano w jednym z fabrycznych szpitali łódzkich. Zabieg, o ile z danych obiektywnych wnosić można, polegał na zeszyciu pochwy przedniem i tylnem (colporrhaphia ant. et post.).



Wkrótce potem wystąpiła wznowa opadnięcia, i na początku r. 1901 można było stwierdzić wysoki stopień opadnięcia pochwy i macicy (prolapsus vaginae, descensus uteri). Wobec tak szybkiej wznowy, S. nie uważał za dostatecznie obszernych kolporafij przedniej i tylnej, wraz z perineoplastyką, lecz wykonał jednocześnie, mimo iż macica była w przodozgięciu, wentrofiksyację sposobem Leopolda-Czernego (23 marca 1901). Przebieg pooperacyjny niepowikłany, rychłozrost doskonały, pacjentka wyszła ze szpitala S-go Aleksandra w Łodzi zupełnie uleczona.

Już przed operacją powyższą S. zauważył u chorej obecność bardzo niewielkich przepuklin udowych, które atoli nie sprawiały pacjentce żadnych dolegliwości.

W kwietniu r. b. pacjentka zwróciła się znowu do S., ze skargami na bóle w pachwinach i całym podbrzuszu, występujące 4—6 razy na miesiąc, w połączeniu z ciężkimi wymiotami. Podczas podobnego napadu chora tarza się w bólach po ziemi, stolce, wiatry, ani moczu nie odchodzą; w pachwinach występują napięte guzy, dochodzące do wielkości pięści; po 7—8 godzinach bóle i wszystkie inne wymienione objawy znikają. Przy badaniu S. znalazł, co następuje: Blizna po wentrofiksyacji mocna. Na lewej stronie guz przepuklinowy wielkości orzecha laskowego, łatwo odprowadzalny, położony poniżej więzła Pouparta; na stronie prawej podobny guz wielkości orzecha włoskiego. Wargi mniejsze znacznie przerosłe. Krocze kształtne, bardzo wysokie. Pochwa miernie wązka, z objawami colpitis (e masturb?). Macica w dextroretrocesso, niepowiększona, ruchoma, osadzona wysoko. Wydaje się, iż nie jest w związku ze ścianą brzuszłą. Przydatki maciczne prawidłowe. *Nawrotu opadnięcia niema*, co stwierdzić można również przy silnem nadymaniu się pacjentki.

Rozpoznanie: hernia cruralis bilateralis. Operacja sposobem Kochera wykonana przez S. przed 4 tygodniami w prywatnym jego zakładzie. Na stronie prawej rezekowano część sieci, zrosniętej ze ścianą worka przepuklinowego, i sam worek, po przewiązaniu, wycięto. Na lewej stronie dokonano przemieszczenia worka poprzez powięź m. obl. ext., nad więzłem Pouparta. Fascia pectinea zeszyta z wewnętrznym odcinkiem więzła Pouparta szeregiem szwów jedwabnych węzłkowych, skóra zapomocą crius de Florence. Przebieg po operacji bez jakichkolwiek powikłań, blizny mocne, dolegliwości żadnych chora nie ma.

U tejże chorej S. wykonał przed tygodniem odjęcie przerosłych warg mniejszych, które zawadzały przy pracy i chodzeniu.

S. zaznacza, iż w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim dawały się słyszeć, ze strony bardzo kompetentnej, głosy, wyrażające powątpiewanie co do trwałej skuteczności zabiegów operacyjnych przy opadnięciach pochwy i macicy. Przypadek, przedstawiony przez S., daje stanowcze w tym względzie wskazówki: w ciągu trzech lat z górą od chwili operacji nawrot opadnięcia nie wystąpił, pomimo iż pacjentka, jako robotnica fabryczna, pracuje ciężko, — uleczenie więc nazwać można doszczętnem.

Kol. FR. NEUGEBAUER zaznacza, iż nie jest gorącym zwolennikiem operowania opadnięcia pochwy i macicy, zwłaszcza u osób młodszych, gdzie prawdopodobieństwo nawrotu jest bardzo znaczne. Co do danego przypadku przypuszcza możliwość wspólnej przyczyny, której następstwem było i opadnięcie pochwy i macicy z jednej strony, a przepuklina obustronna z drugiej. U osób młodych kol. N. potępia zbyt radykalne zwężanie pochwy, a to ze względu na przebieg przyszłych porodów.

Kol. WŁ. STANISZEWSKI nie zgadza się ze zdaniem kol. Neugebaura, miał liczne przypadki wypadnięć pochwy i macicy, w których leczenie polegało na plastycznych operacjach w pochwie i na kroczu (na oddziale kol. Grzankowskiego). Zabieg niewielki opłacał się w przyszłości sówiciej; niektóre z tych chorych rodziły i nawiotu cierpienia u nich nie spostrzegali.

Kol. CZ. STANKIEWICZ nie widział poważnych zaburzeń w przebiegu porodu po kolporafiach, przez siebie wykonanych. Nowoutworzone kroczce zazwyczaj pęka, i powinno być niezwłocznie zeszyte. Co do swego przypadku S. przypuszcza, iż wykonał wentrofikację niepotrzebnie; macica nie była w związku ze ścianą brzusznią już w trzy miesiące po operacji, a mimo to nawrotu opadnięcia niema wystarczyły więc kolporafie łącznie z perineoplastyką.

V. Kol. **Czesław Stankiewicz** przedstawia **preparaty drobnowidzowe** i omawia przypadek gruźlicy części pochwowej macicy.

Sch, lat 20, zamężna od 4 miesięcy, zwróciła się do S. ze skargami na bóle w dolnej części brzucha. Miesiączka  $\frac{3}{4}$ , z bólami w podbrzuszu pierwszego dnia. Przed czterema laty zapalenie otrzewnej, jakoby z powodu uderzenia się w okolicę brzucha. W prawym wierzchołku wydech wydłużony. Macica niepowiększona, w przedozgięciu, z nadżerką na części pochwowej wielkości 3 kop., o brzegach stromo wystających ponad zdrową śluzówkę, powierzchni nierównej, bruzdowatej. Nadżerka ta krwawi tak mocno podczas badania, iż wypadło zatamponować pochwę. W ujściu zewnętrznym macicy kilka małych tworów uklejowatych. Lewe przydatki niepowiększone, prawy jajnik wielkości mandarynki, ograniczony w ruchach.

S. wyciął część nadżerki i wyskrobał przerośniętą masę błony śluzowej, wypełniającą kanał szyi macicznej. Badanie wykazało typowy obraz gruźlicy. Stan chorej poprawił się następnie szybko, owrzodzenie zabiłżniło się w ciągu sześciu tygodni.

S. przypuszcza, iż w danym przypadku mamy do czynienia z postacią gruźlicy t. zw. zstępującą, i że zapalenie otrzewnej, o którym jest mowa w wywiadach, było również na tle gruźliczym. Pacjentka pochodzi z rodziny, w której gruźlica już od paru pokoleń zbiera częste żniwo. Co do męża chorej wiadomo, iż nie miał gruźlicy w narządach płciowych.

W końcu S. zaznacza, iż postępowanie przeważnej części ginekologów wobec gruźlicy narządów rodnych, polegające, jak przy nowotworach złośliwych, na doszczętnym usunięciu tych narządów, nie da się zastosować do wszystkich przypadków. S. spostrzegł prócz wyżej podanego inny przypadek (endometritis tuberculosa), gdzie po usunięciu mas gruźliczych z macicy zapomocą wyłyżeczkowania i stosowaniu przeżegań jodyną nastąpiło tak znaczne polepszenie się stanu miejscowego i ogólnego, że mógłby zdecydować się na zabieg doszczętny jedynie po ponownym wystąpieniu pogorszenia.

VI. Kol. **W. Bacciarelli** omawia **wskazania do nakłucia torbieli jajnikowych** i sposób wykonania tego zabiegu.

Nakłucie torbieli jajnikowych i wypuszczenie płynnej zawartości ma znaczenie lecznicze tylko paliatywne, aczkolwiek w literaturze jest znanych kilka przypadków, gdzie po wypuszczeniu płynu torbiel przestawała wypełniać się. Wobec małych względnie trudności, spotykanych przy doszczętnym usunięciu torbieli, nakłucie można zalecać tylko w niewielu przypadkach. Przedewszystkiem należy baczyć, czy torbiel jest jednokomorowa, czy też o kilku komorach, czy jedna ko-

mora jest o wiele większa od innych; ta największa komora powinna być nakłuta, aby osiągnąć znaczniejszy rezultat. Drugim wskazaniem do nakłucia jest wielka objętość torbieli, wskutek czego wystąpiły objawy duszności lub ucisku kiszki, naczyń albo moczowodów. W tych przypadkach nakłucie przyniesie natychmiastową ulgę, a usunięcie doszczętne guza będzie możliwem w znacznie lepszych warunkach. Nareszcie poród, powikłany przez dosyć dużą torbiel, wymaga nakłucia tej ostatniej. Według Hegara i Kaltenbacha nakłucie wykonąć należy w ten sposób: chora kładzie się na wznak; po wypuszczeniu moczu, przekonywamy się przez wypukliwanie, czy pomiędzy torbielą a ścianą brzuszną niema kiszki, i nakłucie robimy na białej smudze brzucha, przynajmniej o trzy palce wyżej od wzniesienia łonowego. W czasie wypuszczania płynnej zawartości, pomagający winien lekko uciskać na guz ku dołowi, aby wskutek zmniejszania się torbieli nie zjawily się przed guzem kiszki. Miejsce nakłucia należy zezszyć. Często po nakłuciu torbieli powstają zrosty pomiędzy guzem a ścianą brzuszną lub innymi otaczającymi organami; bywa to jednak nie zawsze, na dowód czego przedstawiam dosyć dużą torbiel, usuniętą przeze mnie u chorej N. M. w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale kol. Grzankowskiego. Usunięcie doszczętne tego guza żadnych szczególnych trudności nie nastroczyło, gdyż ani ściennych, ani kiszkowych zrostów nie było, chociaż nakłucie torbieli było robione rok temu, a chora bezpośrednio po tym zabiegu znajdowała się na wsi w złych warunkach.

Kol. FR. NEUGEBAUER. Rzecz oczywista, iż kol. Bacciarelli nie zachwala nakłucia torbieli, jako metody postępowania. Każdy z fachowców będzie unikał tego zabiegu, który może znaleźć swe usprawiedliwienie jedynie w warunkach praktyki prowincjonalnej lub w przypadkach, gdzie zabieg doszczętny z tych lub innych względów nie może być wykonany.

VII. Kol. **Franciszek Neugebauer** demonstrował trzy **fotografie rachitycznej karlicy** 104 centymetry wysokości, o conjugata vera 8 ctm. Miednica płaska, ogólnie zwężona, rachityczna, kyphoskoliosis dorsolumbalis rhachitica. U kobiety tej, lat 37, kol. Kosmaciński dwukrotnie już musiał dokonać perforacyi czaszki żywego dziecka, aby poród ukończyć. Obecnie kol. K. przysłał pacjentkę do Warszawy dla dokonania cięcia cesarskiego. Chora w silnych bólach przybyła do szpitala ewangelickiego o godzinie drugiej po południu. Kol. Janczewski skonstatował, że ujście maciczne było zupełnie rozwarłe, a główka balotowała w miednicy wielkiej. Błony całe. O godzinie trzeciej przybył kol. N., przygotowano wszystko do ewentualnego cięcia cesarskiego, ponieważ rodzająca koniecznie domagała się żywego dziecka, albowiem mąż (60-letni) groził jej rozwodem w razie, jeżeli znów urodzi dziecko nieżywe. Bóle były gwałtowne. Kol. N. zastał główkę mocno wkliniwaną w małą miednicę, tak że daremnie było usiłowanie wprowadzenia cewnika do pęcherza. Zaním zdołano chorą obmyć, sponte wytoczyła się wśród gwałtownego bólu główka z wielkiem przedgłowiem, w pierwszym położeniu czaszkowem: urodziła się dziewczynka w stanie asfiksyi, docucono ją jednak po półgodzinnych usiłowaniach. Łóżysko wyciśnięte. Połóg bezgorączkowy. Matka wkrótce wyjechała z dzieckiem, które sama karmi. Dziecko zawdzięcza taki przebieg porodu po części temu, że było niedonoszone, miało 45 ctm. długości i obwód czaszkowy największy 34 ctm. Conjugata externa wynosiła 16,5, distantia cristarum 24,5, trochanterum 29,5, distantia spin. ant. sup. ossium ilei 22,0, spinarum superiorum posteriorum ossium ilei 6,5, tuberum ossium ischii 9,8 cent. Conjugata diagonalis 10.

Nie sposób było dowiedzieć się za pierwszą bytnością kobiety tej w szpitalu kilka miesięcy temu, kiedy miała ostatni peryod przed obecną ciążą. Kol. N. przypuszcza, że do tak nadmiernie gwałtownych bólów porodowych, jakie obserwowano w tym przypadku, może przyczyniła się i suggestya: mianowicie strach chorej przed operacją; przynajmniej widział to już nieraz w praktyce, że w ostatniej chwili, gdy miały być nałożone klezcze, skoro rodząca ujrzała instrument, poród kończył się siłami własnymi rodzącej.

VIII. Kol. **Franciszek Neugebauer** przedstawił wiedeński aparat **Hilzinger-Reinera do miejscowego stosowania ogrzanego powietrza** w ginekologii, zaopatrzonej w palnik spirytusowy, i zwracał uwagę na bardzo pouczający artykuł Frankla o stosowaniu termoaeroterapii w ginekologii, ogłoszony w Nr 16 *Centralblatt für Gynäkologie* z r. b. Działanie gorącego powietrza polega głównie na sztucznie wywołanem przekrwieniu powłok ciała, wywołaniu potów oraz znakomitem zmniejszeniu bólów—przy przewlekłych stanach zapalnych przydatków macicy, zadawnionych parametrytach, perimetrytach, wysiękach etc. Kol. N. stosuje aparat ten dopiero od kilku miesięcy dla sprawdzenia skuteczności terapii, zaleconej w ginekologii po raz pierwszy w r. 1891 przez Biera, później przez Polanę, Kehrera, Thompsona, Buergera i innych. O ile stosowanie gorącego powietrza nie jest nowością w terapii ogólnej, szczególnie przy leczeniu procesów reumatycznych, artrytyzmu etc. (przy pomocy dawnego francuskiego aparatu *Phénix à l'air chaud*), przy leczeniu zapalenia nerek, syfilisu etc., o tyle w terapii ginekologicznej wskazania te nie są jeszcze wyrobione. Kol. Goldberg sprowadził przyrząd wiedeński z zagranicy, płacąc za aparat łącznie z cłem i opłatą za przewóz około 46 rubli. Taki sam aparat, wykonany w Warszawie przez firmę p. Petza, kosztuje na miejscu rubli 14 wraz z rusztowaniem z pałeczek drewnianych, wstawianem do łóżka chorej, aby unieść koldrę ku górze. Wszystkie pacjentki, u których kol. N. dotychczas próbował tej sztucznej hydrozy, stwierdzają znakomite zmniejszenie się bólów.

IX. Kol. **Franciszek Neugebauer** przedstawia preparaty **drobnowidzowe endometritis glandularis**, wykonane przez prof. Przewóskiego. Przypadek o tyle zasługuje na uwagę, iż w jednej z pracowni prowincjonalnych rozpoznano raka macicy i chorą, zaopatrzoną w piśmienne potwierdzenie wyniku badania, wysłano dla dokonania operacji doszczętniej. Ponowne skrobanie próbne i badanie drobnowidzowe nadesłanych preparatów wykazały błędność pierwszej dyagnozy.

X. Kol. **Józef Jaworski** wygłosił odczyt o **znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiale przy zakażeniu połogowem**. Zaznaczywszy na wstępie różny skład t. zw. surowic sztucznych, Kol. J. nadmienia, iż obecnie w powszechnem użyciu jest roztwór soli kuchennej (7,5—9,0 : 1000) w wodzie destylowanej i przegotowanej, resp. roztwór wysterylizowany. Użycie jego podskórne jest dawne, przy najrozmaitszych cierpieniach, wskazania do użycia coraz nowe a także przy zakażeniach w tej liczbie i połogowem. Mówca stosuje w tym celu seroterapię sztuczną od paru lat i otrzymuje, zarówno jak i koledzy, którzy poszli za jego radą, w pewnych formach zakażenia, szczególnie w sapremii, w toksemii połogowej dobre wyniki. Dużo miejsca w odczycie poświęca kol. J. objaśnieniu działania fizyologicznego zastrzykiwań solnych. Działanie mechaniczne i odruchowe: rozszerzenie i napięcie naczyń, pobudzenie narządów krwiotwórczych, wydzielenia moczu, potu, nareszcie zmiany w składzie samej krwi; objaśnienie mechanizmu wydalania toksyn mikrobowych i komórkowych z ustroju, rola i znaczenie zacyznów utlenia-

jących, które wywołują szereg przemian i procesów, wylugowujących krew, zatrutą toksynami, zostały szczegółowo opisane i podane w celu określenia istoty zastrzykiwań solnych. Następnie prelegent przeszedł do wskazań i określił metody stosowania tych zastrzykiwań mianem seroterapia minima, gdyż stosuje po 10 do 50, najwyżej 100 gramów na raz i codzień, a nawet co drugi i trzeci dzień, w przeciwstawieniu do t. zw. seroterapia maxima, gdy się wprowadza pod skórę po 1000 i więcej gramów roztworu solnego. W tem miejscu kol. Jaworski szerzej omawia zasady, z punktu widzenia chemii fizyologicznej oraz charakteru zmian patologicznych przy zakażeniu połogowym, tej metody stosowania zastrzykiwań solnych (seroterapia minima), następnie przechodzi do skreślenia całobioru objawów klinicznych, występujących u chorych pod wpływem tych zastrzykiwań (zmiany w wyglądzie chorych; zmiany na błonach śluzowych, skórze, w naczyniach, znikanie zakrzepów; w tętnie; w narządach gruczołowych, zmiany w przebiegu ciepłoty); nadmieniam o przeciwwskazaniach (niedomoga serca, nerek, bardzo świeże zakrzepy i t. d.), określa znaczenie środków czyszczących i upustu krwi, jako czynników współdziałających i ułatwiających stosowanie zastrzykiwań solnych, w końcu mówi o samej ich technice i spotykanych powikłaniach, jak np. zgorzeli skóry. W zakończeniu czyni zestawienie seroterapii sztucznej ze zwierzęcą immunizującą i określa znaczenie i stosunek pierwszej, jako metody leczniczej uzupełniającej, szczególnie przy samozatruciu ustroju.

Kol. JAN PRUSZYŃSKI zaznacza, że sprawa leczenia gorączki połogowej posiada znaczenie ogólniejsze. Mamy tutaj do czynienia albo z zakażeniem paciorkowcami, albo gronkowcami, albo wreszcie z infekcją dyfterytyczną lub nawet tyfusową. Rozczyny solne niewątpliwie mogą być z korzyścią stosowane w tych sprawach, gdyż, wzmagając napięcie naczyń, regulują krążenie i wpływają na wydzielenie produktów toksycznych, będących następstwem wnikięcia do ustroju czynnika zakaźnego. Powinny one posiadać ciepłotę ciała i być izotoniczne z surowicą krwi, t. j. zawierać 0,84% soli kuchennej. Stosowanie t. zw. surowicy sztucznej przeciwwskazane jest przy złym stanie mięśnia sercowego i niedostatecznej czynności nerek.

O wiele ważniejszą rolę w leczeniu zakażenia połogowego aniżeli rozczyzny solne odgrywają specyficzne surowice, ale przed ich zastosowaniem należy koniecznie przeprowadzić badanie bakteryologiczne wydzieliny z narządów rodnych a nawet ze krwi, rozumie się bowiem, że surowica antistrepto'okowa nie okaże skutku w przypadkach zakażenia gronkowcami. Nadto surowice wzmiankowane wprowadzać należy odrazu w dużych dawkach i nie wyczekiwać na ich użycie do czasu, kiedy inne środki zawiodą; ze względu na ciężki przebieg tego rodzaju zakażeń, w razie obawy przed możliwą infekcją, należałoby stosować surowicę profilaktycznie przed mającym nastąpić porodem. Za wartością takiego leczenia profilaktycznego przemawiają doświadczenia na zwierzętach które, przy uprzedniej immunizacji, po wprowadzeniu paciorkowców do jamy otrzewnej nie okazywały żadnych objawów, świadczących o zakażeniu.

Kol. CETNAROWICZ zaznacza, iż w okulistyce już przeszło od lat dziesięciu poczęto z dobrym wynikiem stosować przy sprawach ropnych w rogówce, przy wrzodach septycznych tejże, obecności ropy w przedniej komórce oka, przy powikłaniach, spowodowanych zakażeniem po operacjach zaćmy, wstrzykiwania pod łącznicę oka sublimatu i cyanku rtęci (1 : 5000 - 1 : 1000); stosownie do przypadku wstrzykiwano od jednej do trzech i więcej podziałek gramowej strzykawki Pravaza,

Ostatnimi czasy zamiast wytwarzającego zrosty podłącznicowe sublimatu zwrócono się do roztworów soli kuchennej 40%—20%—4%, wreszcie fizyologicznego; ten ostatni również dawał pomyślne wyniki. Rzecz prosta w sprawach daleko posuniętych, ciężkich—pomyślnych wyników nie otrzymywano. Tutaj powyższe roztwory są niewystarczające. Należałoby w tych przypadkach udać się do pomocy specyficznych surowic, więc przeciwydłofterycyjnej lub przeciwpaciorkowcowej w odpowiednich przypadkach, mających za tło właściwe drobnoustroje. Ciekawe dane w tym kierunku daje świeża praca kol. Rymowicza. Autor postawił sobie za zadanie walkę z zakażeniem przyrannem po operacji wydobycia zaęmy, jakkolwiek dzisiaj—wobec udoskonalień w dziedzinie aseptyki i antyseptyki—rzadkiem, jednakże co pewien czas mającym, niestety, miejsce z tego powodu, iż zupełne wyjałowienie worka łącznicowego jest rzeczą niemożliwą. Jednym z najczęściej spotykanych a niebezpiecznym drobnoustrojem jest paciorkowiec ropny; w przypadkach, w których badanie bakteryologiczne stwierdzi obecność tegoż, możnaby zastosować odpowiednią przeciwpaciorkowcową surowicę. Doświadczenia Rymowicza, polegające na zakażeniu rany operacyjnej po wydobyciu soczewki z oka królika czystą dwudziestoczterogodziną hodowlą paciorkowca i leczeniu wywołanego zakażenia przez wstrzykiwanie surowicy przeciwpaciorkowcowej, przekonali, iż użyta w czas surowica, przy względnym ograniczeniu sprawy do powierzchniowych warstw oka, dawała wyniki dodatnie. Rzecz prosta, iż doświadczenia te upoważniają do stosowania surowicy w odpowiednich przypadkach u człowieka nietylko w celach leczniczych, lecz również zapobiegawczych. Jako przyczynek do zachęty uciekania się w pewnych rozpaczliwych przypadkach owrzodzeń rogówki do surowicy niechaj posłuży fakt zastosowania surowicy przeciwydłofterycyjnej ze znakomitym skutkiem przez dr. Daulnoy w przypadkach, gdzie badania bakteryologiczne nie stwierdziły prątków Loefflera.

Kol. ANTONI LEŚNIEWSKI. Należą się wyrazy wdzięczności kol. Jaworskiemu za poruszenie tak doniosłej sprawy, bo daleko więcej ginekologów i akuszerów umie operować macicę, jajniki, guzy brzucha i t. p., niż leczyć zakażenie połogowe. Co się tyczy samego odczytu kol. J., to wydaje się mu on za mało przekonującym. Kol. Jaworski miał bardzo dobre wyniki po zastosowaniu podskórnym wody słonej—lecz jednocześnie dodał, że tak pomyślne wyniki otrzymuje się u chorych, dotkniętych sprawą chorobową względnie słabego natężenia, gdzie najważniejsze dla ustroju narządy, jak nerki i t. p. pozostają nietknięte. Otóż tego rodzaju przypadki, jak to wie każdy z doświadczenia własnego, przebiegają pomyślnie i po zastosowaniu leczenia mniej skomplikowanego. Następnie Sz. prelegent o wynikach stosowania podskórnego wody słonej powiedział tylko ogólnikowo, że były one nader pomyślne. Kol. Leśniowski czułby się bardziej przekonany, gdyby usłyszał, jak dużą statystyką rozporządza kol. Jaworski, w jaki mianowicie sposób dało się poznać owo skuteczne działanie wstrzykiwań, gdyby widział, że zestawienie przypadków, leczonych zapomocą wstrzykiwań z analogicznymi, leczonemi innemi sposobami, wykazało w przypadkach pierwszych bądź niewątpliwe skrócenie okresu chorobowego, bądź złagodzenie objawów chorobowych i t. p. Jeżeli Sz. prelegent posiada tego rodzaju dane, kol. Leśniowski prosiłby go o przytoczenie tychże, by mógł przystąpić również do doświadczeń we wskazanym przezeń kierunku.

Kol. FR. NEUGEBAUER przytacza przypadek z piśmiennictwa, gdzie nastąpiło zejście śmiertelne po zastrzyknięciu pod skórę 1 litra roztworu fizyologicznego soli. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono obrzęk płuc.

Kol. Cz. STANKIEWICZ jako pendant do powyższego spostrzeżenia przytacza przypadek, który przed kilku laty zdarzył się w Łodzi. U 7 czy 9-letniego chłopca nastąpiło zejście śmiertelne wkrótce po wleaniu litra wody do odbytnicy, a oględziny pośmiertne nie wykazały żadnych uszkodzeń ściany kiszki.

Kol. JAWORSKI odpowiada kol. PRUSZYŃSKIEMU, że ciepłota roztworu może, a nawet powinna być, nie zawsze jednaka. Przy zapaści e vacuo, gdzie ciepłota chorej bywa niżej 36°, roztwór, wprowadzany w wielkich ilościach, powinien mieć 37–38° C, przy zakażeniu, gdzie jest ciepłota wysoka, i gdy się wstrzykuje małe ilości, - może być letni. Kol. J. widział nacieki i zgorzel po zastrzykiwaniach roztworu o wysokiej ciepłocie. Zmiany w tkankach, wywołane w tym razie wodą gorącą, kol. J. upodabnia do tego, co spotykał przy doświadczeniach swoich nad waporyzacją metodą Sniegirewa.

Co się tyczy stosowania surowicy przeciw paciorkowcowej w celach profilaktycznych, kol. J. oświadcza, iż w akuszerii bywa ona stosowana: sam w razie potrzeby ją stosuje, prof. Jordan to samo czyni, zastrzykując po 10–20 ctm. każdej rodzącej, badanej na miesiąc, przed wstąpieniem do kliniki, stosują ją także w tym celu akuszerowie paryscy, np. pr. Pinard. Wyniki są dobre.

Kol. CETNAROWICZOWI, odnośnie doświadczeń Rymowicza na oku z surowicą przeciw paciorkowcową, kol. J. oznajmia, że doświadczeń tych nie zna, to jednak przypomina, że już w r. 1890 w Instytucie Pasteura dokonano klasycznego doświadczenia z surowicą na oku królika, mianowicie wprowadzono do przedniej komory oka królika pewną ilość hodowli paciorkowcowej: wówczas rogówka szybko mętniała, leukocytoza postępowała słabo, same zaś leukocyty traciły swe jądra. Gdy natomiast wprowadzono surowicę, wówczas nastąpił silny rozwój fagocytozy: leukocyty pęczniały wskutek pochłaniania paciorkowców. Doświadczenie to doniosło, gdyż określa, że paciorkowiec jadowity jest to paciorkowiec, opierający się fagocytozie; surowica zmienia te jego własności i poddaje go władzy ciałek białych. Kol. J. wie z literatury, że okuliści francuscy przed operacją zaćmy u osób z moczówką cukrową robią profilaktyczne zastrzykiwania surowicy przeciw paciorkowcowej.

Kol. LEŚNIEWSKIEMU odpowiada, że stosowanie zastrzykiwań solnych w zakażeniu pógowem wogóle nie jest w użyciu, a metoda, używana przez niego, jest rzeczą nową. Mówca posiada kilkanaście obserwacyj. Pierwszy raz ją zastosował z konieczności, gdy go przed paru laty wezwano na głęboką prowincję, na Litwę, do położnicy chorej od paru miesięcy. Surowicy immunizującej nie było. Duża ilość sztucznej na razie podziałała, później przestała działać; kol. J. przeszedł dla tego do stosowania małych ilości. Wynik był dobry. Od tej chwili stosował je w wiadomy sposób i znalazł naśladowców w szpitalu św. Rocha. Metodę stosowali również koledzy na prowincyi, którzy z powodu odczytu o seroterapii zwracali się do kol. J. o radę. Wyniki w pewnych razach bywają dobre. Podawanie historyj chorób w odczycie uważa za przydługie a nawet bezcelowe, o ile nie są ujęte w tablice. Kol. J. dał natomiast drobniagowy obraz objawów klinicznych pod wpływem zastrzykiwań solnych u chorych na zakażenie pógowe. Zresztą koledze J. głównie w odczycie chodziło o wytlómaczenie z punktu widzenia chemii fizyologicznej i patologii, że zastrzykiwania te są racjonalne i dla tego powinny być w odnośnych przypadkach stosowane.

Kol. FR. NEUGEBAUER zastanawia się nad pytaniem, czy działanie surowicy sztucznej przy zakażeniu pógowem jest specyficzne, czy też tylko odżywcze

Sprawa ta nie da się na razie rozstrzygnąć. Pinard radzi stosować jednocześnie i surowicę przeciwpaciorkowcową i całkowitą inną dotychczas stosowaną terapię.

XI. Kol. Fr. NEUGEBAUER odczytuje list prof. Martina z Ameryki Północnej, w którym tenże prosi o zbieranie i nadsyłanie danych o porodach następujących po vagino- i wentrofiksyacji.

XII. Kol. **Bronisław Sawicki** przedstawił **два duże włókniaki**, usunięte wraz z macicą przez kol. Ciechomskiego drogą cięcia brzuszego według sposobu Doyena. Guz mniejszy, zajmujący trzon i szyję macicy, wielkości głowy dorosłego człowieka, był typowym włókniakiem; guz drugi, prawie dwakroć większy i osadzony na pierwszym zapomocą szerokiej krótkiej szypuły, uległ całkowicie **torbielowatemu zwyrodnieniu**. Włókniak ten przy badaniu przez ścianę brzuszną w zupełności mógł naprowadzić na myśl o torbieli jajnika lewego, gdyby nie rozpoznano już przed dwoma laty dwóch twardych włókniaków jednakowej prawie wielkości.

Dodać należy, że guz macicy po raz pierwszy stwierdzono u pacjentki przed 9 laty, a najszybszy wzrost jednego z włókniaków odbywał się w ciągu ostatniego roku właśnie dzięki owemu zwyrodnieniu torbielowatemu. Na całym przekroju widać mnóstwo torbieli drobnych, wypełnionych przezroczystym ciemno-żółtym płynem.

Na tem posiedzenie ukończono.

#### IV.

### FELIETON

W SPRAWIE WÓD I ZDROJOWISK KRAJOWYCH.—BIBLIOTEKA JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO A NASZE STANOWISKO

Z rzetelnem zadowoleniem odczytaliśmy nadesłaną do redakcyi pracę p. t. „W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych i możliwości zastąpienia wód zagranicznych krajowemi.“

Kwestyę balneoterapeutyczną słusznie dzieli autor broszury kol. Majkowski na dwie zasadnicze części, mianowicie na: 1) wysyłanie chorych do zdrojowisk zagranicznych lub krajowych i 2) picie wód mineralnych w domu.

Pierwsza sprawa wielce jest zawiła; oddawna nasze pisma zawodowe i prasa ogólna szerzą ideę wyswobodzenia się z pod skrzydeł niemieckich i radzą jeździć do zdrojowisk krajowych.

Uznając całą słuszność powyższych poglądów, widzimy jednak pewną trudność przeprowadzenia ich w praktyce, gdyż nasze zdrojowiska mają wiele jeszcze stron ujemnych. We własnej dobrze zrozumianej sprawie, winny one starać się o dogodną komunikacyę,



wodociągi, kanalizację, oświetlenie elektryczne, dobre hotele i restauracje, a wtedy ustaną narzekania na małą ilość przyjezdnych.

Zagraniczne miejsca kąpielowe rozwijały się stopniowo, a więc i nasze rozwiną się powoli.

Inną zgoła kwestyą jest picie wód mineralnych w domu. To zadanie jest o wiele łatwiejsze do wprowadzenia w życie z korzyścią dla wód krajowych. Analizy, przytoczone przez kol. Majkowskiego i innych, dowodzą, że kraj nasz posiada znaczną liczbę wód mineralnych o składzie chemicznym identycznym, a nawet często lepszym w porównaniu z wodami zagranicznymi, używanymi u nas *larga manu*.

Dla rozpowszechnienia wód krajowych nie wystarcza li poparcie ze strony lekarzy. Koniecznym jest tu współdziałanie zarządów naszych zdrojowisk, jak również aptek i składów aptecznych. Wiadomo ogólnie, iż apteki zaopatrzone są zawsze we wszelkie wody zagraniczne, a rzadko posiadają wody krajowe. Pewną rolę odgrywa i cena, która obecnie stanowczo jest zbyt wysoka za wody krajowe.

Lekarze nasi przyzwyczajeni do przepisywania wód zagranicznych, których skład chemiczny dokładnie jest im znany, są obecnie w trudnej sytuacji wyszukiwania w broszurach wiadomości co do składu chemicznego wód krajowych.

Dla usunięcia straty czasu należało by wydać tablicę porównawczą wód polskich, którymi można by zastąpić wody obce.

Za przykładem Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego, które pierwsze podjęło próbę zestawienia wód naszych z zagranicznymi, inne Towarzystwa, a między nimi Hygieniczne, winny by zająć się tą doniosłą dla gospodarstwa krajowego sprawą.

W końcu dodać musimy, iż systematyczna reklama może być ważnym czynnikiem większego rozpowszechnienia się wód krajowych. Dowodem tego chociażby *woda krościeńska*, która w krótkim czasie zyskała sobie dużą popularność.

Odezwa dr. H. Świącickiego w sprawie wydawnictwa dzieł znakomitych lekarzy i przyrodników polskich (*Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego*) wywołała polemikę w prasie lekarskiej.

*Gazeta Lekarska* w N-rze 20 wyraziła zdanie, że „pogłębiać myśl naukową“ byłoby odpowiedniej „przez założenie siłami zbiorowymi dobrze wyposażonej pracowni naukowej“. W obronie *Biblio-*

teki *Jędrzeja Śniadeckiego* wystąpiła *Krytyka Lekarska*. „Dlaczego jedna myśl,—czytamy w *Krytyce*—jeden kierunek mają wyłączać inne? Dlaczego ma nauka w jakiegokolwiek zasklepiac się jednostronności?“ — a dalej — „Szczególną wagę mają u nas studia nad historią medycyny w Polsce. Jest to dziedzina zaniedbana, i lekarze dla dziejów cywilizacji narodu tę rolę uprawiać powinni. Ale pozatem wyszukiwanie wybitnych postaci i dzieł ważnych w historii własnej nauki musi obudzić zaufanie do geniuszu narodowego, własnego, a to zaufanie jest—obok pracowni i wszelkich innych badań naukowych — także niezbędnym dla postępu nauk w kraju czynnikiem.“

Piękna to bez kwestyi myśl — stworzenie warsztatu naukowego, ale dla wprowadzenia jej w życie trzeba znacznych środków materialnych, trzeba na to ofiarności ogółu. Niestety, ofiarność tę w dzisiejszych czasach tak trudno obudzić. A przytem ileż mamy spraw, ileż innych potrzeb naglących a dotąd nie zaspokojonych.

Inaczej rzecz się ma z projektem *Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego*. Wydanie trzech rubli rocznie budżetu zbytnio nie obciąży, a niejedyn z czytelników znajdzie w *Bibliotece* zachętę i bodziec do pracy samodzielnej. *Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego* tem więcej zasługuje na najszersze poparcie, iż drukować będzie dzieła autorów dawniejszych, w większości już wyczerpane, a więc dla ogółu lekarzy mało dostępne.

Liczne zapisywanie się w poczet przedpłacicieli nowego wydawnictwa — czego mu najserdeczniej życzymy, — będzie odpowiedzią, o ile *Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego* stanowi rzeczywistą potrzebę myślącego ogółu lekarskiego.

*Verus.*

Warszawa, w czerwcu 1904 r.

## V.

### WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

#### WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

Ostatnie w bieżącym półroczu posiedzenie Sekcji Ginekologicznej Warszawskiej odbędzie się dnia 25 czerwca r. b. o godz. 8-ej wieczorem w sali Towarzystwa Lekarskiego. Na porządku dzien-

nym między innymi znajdują się referaty: kol. *Fr. Neugebaura*—Przypadek kręgoszyku, kol. *B. Grzankowskiego*—Powikłanie ciąży macicznej torbielą międzywiązadłową (spostrzeżenie kliniczne). Do udziału w pracach Sekcji zachęcamy gorąco wszystkich kolegów warszawskich i prowincjonalnych.

Otrzymujemy wiadomość z Pragi Czeskiej, iż w roku bieżącym w ciągu lipca, sierpnia i połowy września nie będzie kursów położnictwa dla lekarzy.

Czytamy w *Gazecie Lekarskiej*, № 21: „Dla wypracowania sposobu uwiecznienia pamięci zmarłego w końcu roku zeszłego prof. Włodzimierza Brodowskiego, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wysadziło komisję, która snąc swą misję jeszcze nie wypełniła, bo o wyniku głuche nawet wieści nas nie dochodzą. Niezależnie od tego powstała myśl wmurowania pamiątkowej tablicy w jednym z warszawskich kościołów z portretem lub biustem zasłużonego nieboszczyka, który to projekt podjął jeden z jego kolegów i przyjaciół.“

#### ZJAZDY LEKARSKIE.

Tegoroczny Zjazd chirurgów polskich w Krakowie nie odbędzie się z tych samych powodów, które zniewoliły lwowski Komitet gospodarczy do odłożenia X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

#### WIADOMOŚCI OSOBOWE.

Czcigodny prezes Sekcji Ginekologicznej Warszawskiej i członek komitetu redakcyjnego *Ginekologii* kol. *Teodor Boryssowicz* ciężko zapadł na zdrowiu. Składamy Mu najgorętsze życzenia rychłego powrotu do zdrowia.

## VI.

### SKRZYŃKA DO LISTÓW

#### Wyrwanie macicy sub partu.

Szanowny Redaktorze!

Do podanych w numerze kwietniowym *Ginekologii* spostrzeżeń wyrwania macicy sub partu pozwalam sobie dodać jeszcze kilka spostrzeżeń dawniejszych.

Horn (Vierteljahrschrift f. gerichtl. u. öffentliche Medicin. Neue Folge. Bd. III, Heft 1: „Ein Fall von Herausreissen der Gebärmutter aus dem Schoosse der Neuentbundenen“) opisał przypadek wyrwania całej macicy przez lekarza u 39-letniej po raz dziewiąty

rodzącej kobiety, która w dwie godziny po tym urazie zmarła. Przypadek ten był sądownie rozpatrywany, wyrok wypadł na niekorzyść lekarza (Referat: *Monatsschrift f. Geb. u. Frauenkrankheiten*. 1865, Tom 26, pg. 473).

Schwartz opisał spostrzeżenie dr. Hartwiga z miejscowości Pieritz w Pomeranii. 29-letnia kobieta pomyślnie rodziła dziewiąte dziecko. Akuszerka dla usunięcia łożyska ciągnęła za pępowinę, lecz pępowina się urwała, wtedy wprowadziła rękę do macicy i łożysko wydobyla jakoby bez trudności. Atoli wobec małości wydobytogo łożyska sądziła, że część jego musiała pozostać. Wprowadziła tedy rękę powtórnie do macicy, wymacała po lewej stronie jakieś okrągłe ruchome ciało i postanowiła je usunąć. Przy tej manipulacji chora krzyknęła z bólu i zemdląła. Nastąpił silny krwotok, który jednak wkrótce ustał. Chora gorączkowała przez cztery doby (39,0° C przy tętnie 100), dwudziestego pierwszego dnia jako zdrowa opuściła łóżko. W następstwie przez całe dziewięć miesięcy cierpiała na silną polydipsję, wypijając dziennie 15 do 20 litrów wody. Ani cukru, ani białka w moczu nie było. Polydipsja ustąpiła po zastosowaniu kwasu salicylowego. Badanie wyrwanego ciała ujawniło, że był to trzon macicy. Szyja maciczna została przerwana po obu stronach poniżej wewnętrznego ujścia, parametria oba były w taki sposób przerwane, że jajowody i jajniki pozostały na miejscu tak samo, jak i część dolna szyi. Przy badaniu po sześciu tygodniach wziernik wykazał w głębi pochwy błyszczącą grubą błonę kształtu gwiazdy, bez śladów szyi lub też ujścia macicznego. Popęd płciowy pozostał, spółkowanie niebolesne, lecz mniej zadawalające niż dawniej. Molimina menstrualia zginęły zupełnie.

Z całego piśmiennictwa zdołałem zebrać zaledwie cztery spostrzeżenia wyrwania macicy położowej: dwa razy macicę wyrwała akuszerka, raz felczer i raz lekarz (dr. Gaches). Trzy chore wyzdrowiały, a położnica Gachesa (1845), który wyrwał nietylko macicę, lecz i część odbyticy, zmarła natychmiast, — a więc chora, u której wyrwania dokonała nie akuszerka i nie felczer, a lekarz (Referat podany we *Wraczu* 1880, I, Nr 1, str. 15 podług *Wiener med. Blätter*, 1879, str. 847—851).

Przypuszczam, że w przypadku Hartwiga akuszerka, pociągając za pępowinę, która nareszcie się przerwała, wywołała wycisowanie macicy, a następnie wyrwała wycisowany trzon, inaczej nie daje się wytłomaczyć, jakim sposobem pozostała na miejscu dolna część szyi macicznej.

Racz przyjąć wyrazy poważania

Fr. Neugebauer.

Warszawa, d. 27 Maja 1904 r.

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Юня 1904 г.

Redaktor i Wyd.: Dr. Czesław Stankiewicz.

Druk G. Paprockiego, Smolna.

## Dr. Zygmunt Wąsowicz

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



### Zakład TEOFIŁA PETZA w Warszawie Chmielna 12.

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

### Prywatny Zakład Ginekologiczny

## D<sup>ra</sup> Czesława Stankiewicza Warszawa, Żłota 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 Redakcji Orła № 5, — Administracja Marszałkowska № 99.

W r. b. wszyscy całorocznicy prenumerujący otrzymają premium.

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

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

# G. Ehlert

Warszawa,  
Senatorska Nr 19 I-e piętro, 3-  
— wprost Daniłowiczowskiej. —

## SKŁAD WYROBÓW GUMOWYCH, CHIRURGICZNYCH i środków opatrunkowych

POLECA

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

Telefonu № 984.

### „ZDROWIE“

ORGAN WARSZ. TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,

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

- 1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępu i higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia  
zbiorowe. 3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i od-  
działów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez p. G. Tolwińskiego.  
6) Bibliografię. 7) Wiadomości bieżące, przegląd prasy, korespondencje.  
Zwraca się uwagę na zeszyty, wydane w r. 1903, a poświęcony specjalnym działom higieny:  
Zeszyt 6/7 zawiera narady nad higieną prowincji. Zeszyt 10 jest poświęcony higienie szkolnej.  
" 8 jest poświęcony higienie miast. " 11 " gruźlicy i jej zapobieganiu.  
" 9 " " produktom spożywczym. Cena pojedynczego zeszytu 50 kop.

NARADY NAD HYGIENĄ PROWINCYI — 2 Rb.

Warunki prenumeryt: w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi i w Cesarstwie rocznie  
rb. 5, półrocznie rb. 2 k. 50.

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

Redaktor Dr. Med. W. Janowski, Nowogrodzka 46 (telefonu № 2725).

Administrator G. Tołwiński, ul. Św. Barbary 4 (telefonu № 2945).

Cena w Warszawie:  
rocznie . . . rb. 6 k. —  
półrocznie . . . „ 3 „ —

## MEDYCINA

Z przes. poczt. i zagranicą:  
rocznie . . . rb. 7 k. —  
półrocznie . . . „ 3 „ 50

### CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły  
oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali.  
3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczes-  
nej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady klini-  
czne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye  
zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące kra-  
jowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowie-  
dzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca  
Dr. GURANOWSKI (Jasna 6).

Redaktor  
Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7).

## APTEKA

# K. WENDY

Krakowskie-Przedmieście 54.

Przetwory chemiczne czyste do celów  
naukowych i dla pracowni rozbioro-  
wych. Płyny mianowane. Barwniki i  
przetwory do robót mikroskopowych.

We FRANCENSBADZIE  
ordynuje jak lat ubiegłych  
Dr. JÓZEF ZEITNER

# Krytyka Lekarska

Pismo miesięczne,

ZAWIERA:

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

Redakcja i administracja w WARSZAWIE,  
NOWO-SENATORSKA 6.

**PRZEGLĄD LEKARSKI** wychodzi 43 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

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

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

**Cena prenumeraty wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.**

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

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej

Dra med. Gustawa Vogla

### PODRĘCZNIK POŁOŻNICTWA

dla lekarzy i studentów w tłumaczeniu polskiem

Zweygbauma i Popiela z 214 rysunkami w tekście.

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

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

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

Przedpłatę można wnosić w ratach półrocznych.

Studenci medycyny, przy zamówieniach wprost z redakcji, 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.**