

# GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM  
I POŁOŻNICTWU

REDAKTOR: CZESŁAW STANKIEWICZ

Właściciel Prywatnego Zakładu Ginekologicznego w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY:  
(WARSZAWA)

**TEODOR BORYSSOWICZ**

współwłaściciel Warsz. Zakładu Ginekologicznego.

**GUSTAW CHODAKOWSKI**

właściciel Prywatnego Domu Zdrowia.

**ZYGMUNT MONSIORSKI**

lekarz ambulatoryum chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

**FRANCISZEK NEUGEBAUER**

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangelickiego.

**TOMASZ REUTT**

ordynator oddziału ginek. Szpit. Praskiego

**JAKÓB ROSENTHAL**

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

Adres Redakcji: 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. JUILLET 1904. № 6.

**GINEKOLOGIA**

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

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

I Jahrgang. JULI 1904. № 6.

**GINEKOLOGIA**

POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

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

OGŁOSZENIA. — ANNONCES.

**FRANCENSBAD**

**Dr. LEOPOLD STEINSBERG**

—>> ORDYNUJE JAK DAWNIEJ. <<—

Lipiec, 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 Wątopek (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).

---

# Dr. Franciszek Jezierski

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

## JABŁOŃSKI

### WYCIĄG IGLIWIA SOSNOWEGO

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

Wyrobu Apteki

E. Kuszkowskiego

W JABŁONNIE POD WARSZAWĄ.

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZ.

ŻĄDAĆ WSZEDZIE JABŁOŃSKIEGO EKSTRAKTU SOSNOWEGO. ○○○○○

## Druskienniki (gub. Grodz.)

W sezonie letnim ordynuje jak lat poprzednich

### Dr. Oskar Goldberg

Choroby kobiece i akuszerya

Masaż ginekologiczny,  
Gimnastyka lecznicza,

Powietrzne suche kąpiele gorące  
(ogólne i miejscowe).

### Specyalnie Sale Operacyjne i t. p. ubikacje

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

G. KOECK, Chmielna 20 w Warszawie.



## NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu pod redakcją

Dr. Heliodora Święcickiego

Treść „Nowin” obejmuje następujące działy:

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

B. Dział sprawozdawczy.

I. Streszczenia zbiorowe (ze wszystkich działów nauk lekarskich). II. Sprawozdania i drobniejsze wiadomości z następujących działów: 1) Anatomia, fizjologia, embryologia. 2) Anatomia patologiczna, patologia doświadczalna, bakteriologia. 3) Chemia lekarska, farmakologia, toksykologia. 4) Medycyna wewnętrzna, balneologia i t. d. 5) Choroby dzieci. 6) Choroby nerwowe i umysłowe. 7) Chirurgia: a) ogólna, b) głowy i szyi, c) klatki piersiowej, d) jamy brzusznej i narządu moczopłciowego, e) kręgosłupa, miednicy i kończyn; ortopedia. 8) Choroby gardła, nosa, krtań 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 załobna.

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 abonantom wprost pod opaską.

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

# DOM ZDROWIA

D-ra Gustawa Chodakowskiego

w Warszawie, Długa .№ 8.

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

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

## GAZETA LEKARSKA

pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

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

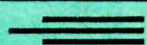
Cena Gazety Lekarskiej:

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”:

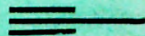
- 1) *Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych* przez d-ra Wł. BIEGAŃSKIEGO. Tom I. Cena rb. 4, z przesyłką rb. 4 kop. 50. Tom II. Cena rb. 4 kop. 50, z przesyłką rb. 5.
- 2) *Wykład chorób dróg oddechowych*, przez d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO. Tom I. *Choroby tchawicy i oskrzeli*. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie 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 kredowym 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, Kuniewicz, Natansona, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jakoteż spodziewające się słabości.

☛☛☛ Opłata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5. ☚☚☚



STERYLIZOWANA Wata, Gazę hydr. i jodoform. Katgut jodowy i ligatury. Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwór soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyeczne zamki do irygatorów i t. d. poleca  
**PRACOWNIA STERYLIZACYJNA**  
D-ra BORZYMOWSKIEGO.

Warszawa, *Złota 36.*

Wyprawki położowe po 70 kop. (szczotka, serwetki do kroczka, tasiemka, bandaże, tampony, gaza).

## Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RÓDZĄCYCH

Boduena Nr 5, telefonu Nr 3083.

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

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

## GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM  
I POŁOŻNICTWU

## T R E Ś Ć.

## I. PRACE ORYGINALNE.

- Prof. **A. Mars**, Lwów. Klinika Położniczo-Ginekologiczna Lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki. . . . . 267
- W. Bujalski**, Wilno. Macica dwoista. Krwistek maciczny i jajowodowy. Cięcie brzuszne . . . . . 282
- S. Cykowski**, Warszawa. Przyczynek do kazuistyki cięcia cesarskiego . . . . . 289

## NOTATKI Z PRAKTYKI.

- W. Pomorski**, Humań. O zastosowaniu rozszerzadła Bossiego przy eklampsji w przebiegu ciąży i porodu . . . . . 292
- T. Fagoński**. Drgawki w przebiegu ciąży. Przedwczesne odklejenie się łożyska. Poród wymuszony . . . . . 294

## II. SPRAWOZDANIA.

- G. WINTER. Podstawy naukowe zachowawczych operacyj mięśniaków.—WINTER. Wyniki walki z rakiem macicy w Prusach Książęcych. — K. BAISCH. Wyniki zapobiegawczego zwalczania pooperacyjnego zapalenia pęcherza.—G. ARNDT. Leczenie pooperacyjnego porażenia kiszki ezeryną.—G. HARDY. Rzeżączka u kobiety. Ciąża, okres połogowy i rzeżączka.—E. POLLAK. Rzeżączka kanalików przycewkowych u kobiet.—L. GIGLI. Cięcie boczne miednicy.—E. WORMSER. Zgorzel kończyn podczas porodu.—H. C. CAMERON. Przypadek obojnactwa . . . . . 295

## III. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

- Sekcja Ginekologiczna Warszawska . . . . . 308
- Z Towarzystw lekarskich zagranicznych . . . . . 316

## IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. . . . . 321

## V. SKRZYŃKA DO LISTÓW.

- Quousque tandem! przez H. THEMERSONA (Plock) . . . . . 326

## VI. ZAPISKI LECZNICZE.

- Thigenol . . . . . 328

## VII. OGŁOSZENIA.

Ane 206/53/20

## SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.
  - Clinique obstétricale et gynécologique de Lemberg, son origine, l'évolution et les résultats, par M. le Prof. A. de MARS (de Lemberg).
  - Utérus didelphe. Hématomètre et hémato-salpinx. Laparotomie, par M. W. BUJALSKI (de Vilno).
  - Contribution à la casuistique de l'opération césarienne, par M. S. CYKOWSKI (de Varsovie).
  - De l'emploi du dilateur de Bossi dans le traitement de l'éclampsie au cours de la grossesse et de l'accouchement, par M. W. POMORSKI (de Humań).
  - L'éclampsie pendant la grossesse. Décollement prématuré du placenta. Accouchement forcé, par M. T. FAGOŃSKI.
- II. ANALYSES.
  - G. Winter, Winter, K. Baisch, G. Arndt, G. Hardy, E. Pollak, L. Gigli, E. Wormser, H. C. Cameron.
- III. SOCIÉTÉS MÉDICALES.
  - Section gynécologique de Varsovie.
  - Sociétés médicales étrangères.
- IV. NOUVELLES.
- V. CORRESPONDANCE.
  - Quousque tandem! par M. THEMERSON (de Plock).
- VI. NOTES THÉRAPEUTIQUES.
  - Thigénol.
- VII. ANNONCES.

## INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.
  - Lemberger geburts-hülflich - gynäkologi-sche Klinik, ihre Entstehung, For-schritte und Erfolge, von Prof. A. v. Mars (Lemberg).
  - Uterus duplex. Haematometra und Haematosalpinx. Laparotomie, von W. BUJALSKI (Wilno).
  - Beitrag zur Kasuistik des Kaiserschnittes, von S. Cykowski (Warschau).
  - Ueber Anwendung des Bossi'schen Di-lators bei Eclampsie während der Schwangerschaft und der Geburt, von W. Pomorski (Humań).
  - Eclampsie während der Schwangerschaft, Vorzeitige Lösung der Placenta. Ac-couchement forcé, von T. FAGOŃSKI.
- II. REFERATE.
  - G. Winter, Winter, K. Baisch, G. Arndt, G. Hardy, E. Pollak, L. Gigli, E. Worm-ser, H. C. Cameron.
- III. AERZTLICHE GESELLSCHAFTEN.
  - Warschauer gynäkologische Sektion.
  - Ausländische ärztliche Gesellschaften.
- IV. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- V. KORRESPONDENZEN.
  - Quousque tandem! von M. THEMERSON (Plock).
- VI. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
  - Thigenol.
- VII. ANNONCEN.

# I. PRACE ORYGINALNE

## KLINIKA POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZNA LWOWSKA

JEJ POWSTANIE ROZWÓJ I WYNIKI

podał prof. dr. A. MARS (Lwów).

### I. Rys historyczny

Po wieloletnich staraniach Reprezentacji Władz krajowych dojrzała w roku 1891 sprawa przywrócenia Uniwersytetowi lwowskiemu Wydziału lekarskiego. W roku tym cesarz Franciszek Józef zapowiedział w mowie tronowej blizkie otwarcie Wydziału lekarskiego we Lwowie, rozporządzeniem zaś z dnia 25 października 1891 roku polecił, aby otwarcie nastąpiło w roku 1894/5, a to w ten sposób, że najpierw ma być otwarty pierwszy rok, a potem co roku następne lata studyów.

Tym sposobem otwarcie kliniki położniczo-ginekologicznej wypadło z porządku na rok 1898/9.

Na przyszłe losy kliniki wielki wpływ wywarła okoliczność, że krajowy zakład położniczy lwowski nie miał w szpitalu lwowskim należytego pomieszczenia, i właśnie w tych czasach Wydział krajowy postanowił był urzeczywistnić myśl wzniesienia nowego gmachu dla położnic. Ponieważ w razie otwarcia Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie lwowskim klinika położniczo ginekologiczna musiała by być pomieszczona w zakładzie położniczym krajowym, przeto wzięto rzecz tę pod rozwagę i postanowiono zakład położniczy krajowy tak budować, aby w nim klinika pomieszczenie znaleźć mogła.

Już w roku 1890 powołał był Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem ankietę, w skład której weszli: jako przewodniczący radca Wydziału krajowego dr. F. Hoszard, wiceprezydent rady szkolnej krajowej dr. M. Bobrzyński, wiceprezydent miasta Lwowa dr. Z. Marchwicki, protomedyk dr. J. Merunowicz, delegat Wydz. lek. krakowskiego prof. dr. A. Mars, profesor szkoły położnych dr. A. Czyżewicz, członek rady zdrowia dr. E. Merczyński, c. k. radca Namiestnictwa Józef Braunseis, dyrektor szpitala lwowskiego dr. B. Głowacki, prymaryusz szpitala powszechnego

dr. Opolski, dr. H. Schramm, prymar. szpitala dr. G. Ziembicki, radca Wydz. kraj. dr. Stella-Sawicki, architekt cywilny K. Janowski, rządca É. Malinowski, prowadzący protokół Władysław Słomkowski.

Ankieta ta opracowała zarysy powstać mającego zakładu. Jako siły zawodowe położnicze byli czynni w tej ankiecie profesor szkoły akuszerok dr. Czyżewicz, a obok niego w naradach ankiety brał udział delegat Wydziału lekarskiego krakowskiego prof. dr. Mars.

Do ściślejszego określenia rozmiarów powstać mającej kliniki służył za podstawę projekt, wypracowany przez prof. dr. Madurowicza z Krakowa.

Ankieta odbyła kilka posiedzeń i przyjęła projekt budynku, opracowany przez prof. dr. Czyżewicza, który polecał wybudowanie dwupiętrowego gmachu systemem korytarzowym. Odzywały się wprawdzie głosy za systemem pawilonowym, ze względów atoli oszczędności musiały zamilknąć. Wylonił się był także wniosek wybudowania przynajmniej osobnego pawilonu na pomieszczenie septycznych chorych, który ze względu trudności technicznych i znacznego wydatku też odrzucono.

W roku 1891 przedstawił Wydział krajowy Sejmowi wnioski, odnoszące się do budowy i wewnętrznego urządzenia zakładu położniczego krajowego kosztem 245 000 złr., które Sejm uchwalil i wstawiono do budżetu na rok 1892 pierwszą ratę 70 000 złr., na rok 1893 drugą ratę 120 000 złr., a na rok 1894 trzecią i ostatnią ratę w kwocie 55 000 złr. Część tych kosztów miała być zwróconą funduszowi krajowemu z subwencyi, którą skarb państwa miał się przyczynić do wzniesienia potrzebnych dla Wydziału lekarskiego klinik.

Tuż obok szpitala zakupił Wydział krajowy grunt, zwany „Wólką kampsianowską“, położony na szczycie pagórkowatego wzniesienia w przedmieściu lyczakowskim, na którym wzniesiono dwupiętrowy rozległy gmach dla położnic, pozostawiając obok jeszcze miejsce i dla innych klinik.

W roku 1892 zawarł c. k. rząd z Wydziałem krajowym umowę co do współudziału funduszu krajowego i skarbu państwa względnie obu władz w powstaniu i utrzymaniu uniwersyteckich klinik.

Na posiedzeniu sejmowem z dnia 24-go marca 1892 roku prof. dr. Czyżewicz, jako referent komisji sanitarnej sejmowej, przedstawił w pełnej Izbie wniosek przyjęcia umowy, która też została uchwalona w następującej osnowie:



## U M O W A

która zawarta została pomiędzy Wydziałem krajowym Królestwa Galicyi i Lodomerji z Wielkim Księstwem Krakowskim imieniem funduszu krajowego a c. k. Administracją Państwa w sprawie fakultetu lekarskiego na c. k. Uniwersytecie we Lwowie.

- I. Wydział krajowy obowiązuje się na gruncie, należącym do ogólnego szpitala krajowego we Lwowie, wybudować kosztem funduszu kraj. dwa nowe pawilony na klinikę wewnętrzną i chirurgiczną, zaś zamierzony szpital położniczy rozszerzyć kosztem tegoż funduszu tak, aby obejmował także klinikę położniczą i ginekologiczną.
- II. Plany tych trzech budynków ułożone będą przez Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. rządem w ten sposób, iż
  - a) klinika chorób wewnętrznych obejmować ma 4—6 sal większych i 4 pokoje (separatki) razem na 50 łózek, amfiteatralną salę wykładową, podręczne laboratorium bakteriologiczne i chemiczno-mikroskopowe oraz małe laboratorium dla uczniów, gabinet profesora, poczekalnię dla chorych przychodnich, mieszkanie dla 2 asystentów po jednym pokoju i przedpokojem, w suterrenach lub na poddaszu dwa pokoje dla służby i jeden pokój dla nadzorczyńni, izbę do przechowywania zwierząt dla doświadczeń, łazienkę, kuchnię i wychodki;
  - b) klinika chirurgiczna obejmować ma 4 sale dla chorych po 10 łózek, 2 separatki, salę operacyjną zarazem wykładową, salę operacyjną małą do laparotomii, gabinet profesora, poczekalnię i salę ordynacyjną dla chorych przychodnich, pokój do przyrządzania opatrunków antyseptycznych, dwa mieszkania asystentów i dwa mieszkania dozorców; garderobę uczniów, kuchnię, łazienki dla chorych i dla personelu, windę, wychodki, w osobnem zabudowaniu podręczną pracownię bakteriologiczną;
  - c) klinika położniczo-ginekologiczna obejmować ma 2 sale po 12 łózek dla chorych ginekologicznych, 2 sale po 12 łózek dla położnic zdrowych, 1 salę o 6 łózkach dla położnic chorych, 8 separatek dla niezwykłych przypadków położniczych i ginekologicznych, salę dla ciężarnych,

salę operacyjną, salę dla rodzających, salę wykładową, która służyć będzie także do wykładów w szkole położnych, poczekalnię dla chorych przychodnich, kancelaryę, gabinet profesora, pokój dla ćwiczeń mikroskopowych, bakteryologicznych, pokój dla ćwiczeń operacyjnych, mieszkanie dla dwóch asystentów, mieszkanie dla akuszerki, pokój dla dyżurujących uczniów o dwóch łózkach, pokój dla posługaczek, pokój dla posługaczek wolnych w nocy od służby, magazyn na bieliznę i sprzęty, łazienki i dwie kuchnie.

- III. Oprócz tego obowiązuje się Wydział krajowy w głównym gmachu szpitalnym umieścić, przeprowadzając na koszt funduszu krajowego stosowną adaptację:

a) klinikę chorób ocznych, obejmującą potrzebną ilość sal do umieszczenia 40 łóżek dla chorych, amfiteatralną salę operacyjną zarazem wykładową, która ma służyć także dla wykładów kliniki chorób skórnych i wenerycznych, poczekalnię dla chorych przychodnich, pokój ordynacyjny dla tychże, pokój dla badań oftalmologicznych, gabinet profesora, mieszkanie asystenta, pokój dla dozorczyń i pokój dla dozorczyń starszej, kuchnię, łazienki, wychodki, pokój dla służącego;

b) klinikę chorób skórnych i wenerycznych, obejmującą potrzebną ilość sal dla chorych na umieszczenie 40 łóżek, gabinet profesora, poczekalnię dla chorych przychodnich, mieszkanie asystenta, łazienki z 7 wannami, kuchnię, wychodki, mieszkanie sług.

- IV. Dla wszystkich powyżej wymienionych pięciu klinik dostarczy Wydział krajowy kosztem funduszu krajowego całe urządzenie wewnętrzne, jakie jest używane w szpitalu krajowym.

Koszta tego urządzenia nie mogą przekraczać sumy 20 000 zł. w. a.

Gdyby c. k. Rząd żądał pod tym względem zmian i ulepszeń porozumie się w swoim czasie z Wydziałem krajowym, przyjmując na Skarb Państwa nadwyżkę kosztów stąd wynikłą.

- V. Wszystkie kliniki powyższe, zupełnie urządzone, odda Wydział krajowy na użytek fakultetu lekarskiego w następującym porządku czasu:

1) klinikę wewnętrzną i klinikę chirurgiczną dnia 1 kwietnia 1897.

2) klinikę okulistyczną dnia 1 października 1897.

3) „ „ położniczo-ginekologiczną i klinikę chorób skórnych i wenerycznych dnia 1 października 1898.

VI. C. k. Skarb Państwa ze względu na art. IV i XIII niniejszej umowy nie nabywa żadnego prawa własności gmachów i sprzętów, oddanych na użytek klinik.

Sprzęty jednak, sprawione wyłącznym kosztem c. k. Skarbu, pozostają jego własnością i w osobnym inwentarzu będą zapisywane.

VII. Każdy oddział kliniczny jest zarazem oddziałem szpitala krajowego i podlega jako taki ogólnym normom i zarządowi szpitala, ustanowionemu przez Wydział krajowy z uwzględnieniem wszakże wymagań nauki klinicznej.

Profesorowie, kierujący klinikami, są zarazem bezpłatnymi prymaryuszami na tych klinikach, jako na oddziałach szpitalnych i mają się do przepisów szpitalnych jako prymaryusze zastosować. Sekundaryusze szpitalni i służba na klinikach będą podlegali profesorom jako prymaryuszom.

VIII. Profesorom klinicznym służy prawo wybierania chorych do swoich oddziałów klinicznych ze wszystkich innych oddziałów szpitalnych, o ile chory temu się nie sprzeciwi, służy im także prawo zwracania chorych ze swoich oddziałów na zwykłe oddziały szpitalne, o ile chorzy ci według przepisów szpitalnych do szpitala się kwalifikują.

IX. Koszta zwykłego utrzymania gmachów i ich wewnętrznego urządzenia na oddziałach klinicznych ponosi fundusz krajowy. Gdyby jednak c. k. Rząd na oddanych fakultetowi do użytku oddziałach klinicznych domagał się zmian, obowiązany jest pod względem kosztów porozumieć się za każdym razem osobno z Wydziałem krajowym.

X. Koszta zwykłego szpitalnego utrzymania chorych na oddziałach klinicznych ponosi fundusz krajowy.

O ile koszta te utrzymania chorych, t. j. żywienie, lekarstwa, opatrunki i t. p., ze względu na potrzeby nauki uniwersyteckiej przekraczać będą obowiązującą normę szpitalną, nadwyżkę tę pokrywać będzie corocznie c. k. Skarb Państwa.

Sposób obliczania tej nadwyżki i pokrywania jej pozostawia się osobnemu, pomiędzy Wydziałem krajowym a c. k. Administracją państwową zawrzeć się mającemu porozumieniu.

- XI. Gdyby na fakultecie lekarskim inne kliniki, mianowicie klinika laryngologiczna, klinika chorób uszu i klinika chorób nerwowych miały być zaprowadzone, Wydział krajowy obowiązuje się pomieścić je w gmachu szpitala krajowego na podstawie osobnego układu z c. k. Administracją państwową, zawrzeć się mającego w myśl zasad, przyjętych w obecnej umowie.
- XII. Zwłoki ubogich, leczonych kosztem funduszu krajowego a zmarłych w szpitalu, mają służyć za przedmiot nauki w oddziałach nieklinicznych fakultetu lekarskiego.
- XIII. C. k. Skarb Państwa do kosztów budowy i adaptacji, wymienionych w art. I niniejszej umowy, obowiązuje się przyznać subwencją 150 000 zł., którą wypłaci do kasy Wydziału krajowego w trzech ratach rocznych po 50 000 zł. w ten sposób, iż pierwsza rata przypadnie na rok 1895.
- XIV. Akt umowy tej wystawia się w trzech egzemplarzach równobrzmiących (t. j. dwóch polskich a jednym ruskim) nieostemplowanych, podpisanych przez c. k. Namiestnika Galicyi, oraz przez Marszałka i dwóch Członków wydziału krajowego. Jeden egzemplarz przechowany będzie w aktach c. k. Namiestnictwa, drugi w aktach Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 9 sierpnia 1892.

Marszałek krajowy: *Eustachy Sanguszko* wr.

Członek Wydziału krajowego: dr. *Józef Wereszczyński* wr.

Członek Wydziału krajowego: dr. *Franciszek Hoszard* wr. (L. S.)

W imieniu c. k. Administracji Państwa: *Badeni* wr.

L. 68225.

Z upoważnienia J. E. Pana Ministra wyznań i oświecenia, udzielonego mi reskryptem z d. 2 lipca 1892 L. 11788, zatwierdzam niniejszą umowę w całej osnowie w imieniu państwowej Administracji oświecenia.

Lwów, d. 5 października 1892.

C. k. Namiestnik: *Badeni* wr. (L. S.)

L. 81744/97.

## ARTYKUŁ DODATKOWY.

Za obopólnem porozumieniem się stron zmienia się art. XII, ustęp 1-szy powyższej umowy i ma brzmieć jak następuje:

Zwłoki wszystkich osób zmarłych w lwowskim szpitalu krajowym mają być odsyłane do zakładu anatomii patologicznej i służyć do celów naukowych, z zachowaniem wszakże postanowień obowiązującego obecnie statutu tegoż szpitala tudzież instrukcyi dla prosektora szpitalnego, wydanej przez Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.

Z Wydziału krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem:

We Lwowie, d. 5 stycznia 1898.

Marszałek krajowy: *S. Badeni* wr.

Członek Wydziału krajowego: dr. *Damian Sawczak* wr.

Członek Wydziału krajowego: dr. *Franciszek Hoszard* wr. (L. S.)

W imieniu c. k. Administracyi Państwa

Lwów, 23 stycznia 1898.

*Sanguszko* wr. (L. S.)

L. 3529.

Z upoważnienia J. E. Pana Ministra wyznań i oświecenia, udzielonego mi reskryptem z dnia 19 listopada 1897 L. 28938, zatwierdzono powyższy artykuł dodatkowy w imieniu państwowej Administracyi oświecenia.

We Lwowie, d. 23 stycznia 1898.

C. k. Namiestnik: *Sanguszko* wr. (L. S.)

W sposób, opisany wyżej, powstał już w roku 1895 nowy gmach, który miał w przyszłości—w roku 1898/9—pomieścić klinikę położniczo-ginekologiczną lwowską, a w którym tymczasowo mieściła się szkoła akuserek i oddział ginekologiczny szpitalny.

Najwyższem postanowieniem z dnia 9 września 1897 została systemizowana katedra położnictwa i ginekologii.

C. k. Namiestnictwo udzieliło wiadomości dziekanatowi Wydziału lekarskiego o systemizowaniu przez Najjaśniejszego Pana katedr dla okulistyki, położnictwa i ginekologii i dla medycyny sądowej; z aktu tego wyjmujemy odnośne ustępy, dotyczące kliniki położniczo-ginekologicznej:

„Jego Cesarska i Król. Apostolska Mość raczył Najwyższem postanowieniem z 9 września 1897 zezwolić najmiłościwiej na utworzenie na Wydziale lekarskim c. k. Uniwersytetu we Lwowie trzech zwyczajnych katedr, a mianowicie dla okulistyki, dla położnictwa i ginekologii i dla medycyny sądowej z systemizowanemi poborami, t. j. z placą po 1800 zlr. rocznie i dodatkiem aktywalnym po 480 zir. rocznie, począwszy od 1/X-1898, tudzież na utworzenie nadzwyczajnej katedry dla chorób skórnych i syfilitycznych z placą roczną 1500 zlr. i systemizowanym dodatkiem aktywalnym 420 zlr. rocznie, począwszy od 1 kwietnia 1898.“

„Następnie raczył Jego Ces. i Król. Apostolska Mość przyzwolić najlaskawiej, aby na naukowe uposażenie i wewnętrzne urządzenie zakładów i klinik Wydziału lekarskiego wstawiono do preliminarza państwowego na rok 1898 nadzwyczajny kredyt w kwocie 55000 zlr.“

„I. W kwestyi jednorazowych potrzeb na naukowe uposażenie i wewnętrzne urządzenie poszczególnych katedr, instytutów lekarskich i klinik, tudzież rocznych dotacyj na bieżące wydatki, dalej w sprawie ustanowienia naukowych sił pomocniczych i sług tudzież co do reszty potrzeb na rok 1898 postanowił J. E. Pan Minister na podstawie wniosków Wydziału lekarskiego co następuje:

„13) dla aktywować się mającej od dnia 1/X-1898 kliniki położniczo-ginekologicznej jako pierwszą ratę kwotę 1000 fl.“

„W sprawie umieszczenia kliniki dermatologicznej, okulistycznej i położniczo-ginekologicznej, które mają być aktywowane w roku przyszłym, oznajmił J. E. Pan Minister, powołując się na odnośne sprawozdanie c. k. Namiestnictwa i świętego Dziekanatu Wydziału lekarskiego, że w razie gdyby się okazało, że lokale, przeznaczone dla tych klinik w zabudowaniach lwowskiego szpitala powszechnego, są istotnie, jak to podnoszono, niedostateczne, co jednak przed odebraniem tych lokali na użytek Wydziału lekarskiego dokładnie będzie zbadaniem, nie można stąd wysnuwać żadnych konsekwencyj pod względem możliwego jeszcze przyczynienia się Skarbu Państwa do kosztów umieszczenia lwowskich klinik, stanowczo bowiem jest wykluczony wszelki udział etatu Ministerstwa Oświecenia w rzeczonych kosztach umieszczenie przekraczającej miarę dotychczasowych doświadczeń.“

„Na etat Ministerstwa Oświecenia przyjęte zostały nadwyżki kosztów, jakie wynikną z powodu ulepszeń zwykłego urządzenia lokalności szpitalnych, przeznaczonych dla nowych klinik. Na ten

cel przyzwolił J. E. Pan Minister kwotę ryczałtową do maksymalnej wysokości 6000 złr., w granicach której mają być pokryte wydatki na rzeczone ulepszenia.“

„Zarazem polecił J. E. Pan Minister, aby w sprawie wydatku na zewnętrzne urządzenie lokalności naukowych tudzież w sprawie nadwyżki za ulepszenia w urządzeniu lokalności szpitalnych kliniki położniczo-ginekologicznej wypracowano jeszcze szczegółowe kosztorysy, a przytem dążono do najmożliwszej redukcji wykazanych przez Dziekanat wydziału lekarskiego kosztów 17373 złr. na urządzenie lokalności ściśle naukowych.“

„Przy tej sposobności zażądał także J. E. Pan Minister, aby przedłożyć sprawozdanie co do kwestyi, w jaki sposób w myśl poprzednich reskryptów ministeryalnych należałoby uregulować przyszły stosunek aktywować się mającej kliniki położniczo-ginekologicznej do istniejącej c. k. szkoły akuszerki we Lwowie.“

„II. Przychodząc do powtarzających się wydatków, które mają być prelininowane w kredycie zwyczajnym, przyzwolił J. E. Pan Minister jako zwyczajne dotacje roczne i to na razie do końca 1900 roku.“

„3) dla katedry położnictwa i ginekologii od 1/X-1898 300 złr. rocznie.“

„W sprawie udziału Skarbu Państwa w kosztach leczenia i utrzymania chorych klinicznych toczy się pertraktacya z Wydziałem krajowym, której wynik c. k. Namiestnictwo przedstawi Wysokiemu c. k. Ministerstwu Wyznań i Oświecenia do zatwierdzenia.“

„III. W dalszym ciągu zezwolił J. E. Pan Minister, aby na Wydziale lekarskim ustanowiono następujące siły naukowe pomocnicze wszystkie do końca r. 1900 a mianowicie:

2) przy katedrze położnictwa i ginekologii dwóch asystentów od 1/X-1898.“

„IV. Następnie przyzwolił J. E. Pan Minister, aby przy nowo utworzonych katedrach od chwili ich aktywowania ustanowiono po jednym słudze stałym z placą roczną 300 fl. z 25% aktywalnym dodatkiem 75 złr. Te nowo systemizowane posady będą nadane w ściśle zastosowaniu istniejących w tej mierze ustawowych przepisów.“

„W końcu zezwolił J. E. Pan Minister, aby dla aktywować się mającej od 1/X-1898 kliniki położniczo-ginekologicznej ustanowiona została akuszerka kliniczna, a mianowicie jak to ma obecnie miejsce przy klinice położniczej c. k. Uniwersytetu w Krakowie za kontra-

ktem służbowym, za roczną remuneracją 600 złr. i prawem używania mieszkania wraz z opalem i światłem tudzież z prawem do poboru wiktów w naturze w zakładzie klinicznym.“

Wydział lekarski lwowski już poprzednio poczynił był przygotowawcze kroki w celu urządzenia przyszłej kliniki. W tym celu zasięgnął zdania profesora położnictwa i ginekologii w Wydziale lekarskim krakowskim dr. Jordana, który też kilkakrotnie w tej sprawie zdanie swe objawiał. Na koszt urządzenia kliniki proponował kwotę 24000 złr., a na zakupienie instrumentarium kwotę 5000 złr., razem kwotę 29000 złr.

Ponieważ Wydział krajowy w czasie urządzenia zakładu krajowego już był niektóre potrzeby kliniczne uwzględnił, zredukowano proponowane koszty urządzenia kliniki do 17373 guldenów, które miały być pokryte z kwoty 55000 guldenów, wstawionej przez Ministerium Wyznań i Oświecenia do budżetu państwowego na urządzenia powstających klinik.

W dniu 13 lipca 1898 roku odbyła się komisya pod przewodnictwem członka Wydziału krajowego dr. Hoszarda, w skład której wchodził c. k. starosta Mikołaj Poradowski, protomedyk dr. Merunowicz, członek Wydziału lekarskiego prof. dr. Jordan, prof. dr. Rydygier, profesor szkoły położnych dr. Czyżewicz, dyrektor szpitala dr. Głowacki, radca Wydz. krajowego dr. Sawicki, radca Namiestnictwa Józef Braunseis, sekretarz Namiestnictwa Robert Girtler, radca szpitala Jan Jasiński i wicesekretarz Wydziału krajowego Władysław Słomkowski.

Komisya ta zajęła się sprawą wydzielenia ubikacji w krajowym zakładzie położniczym dla kliniki położniczo-ginekologicznej i postanowiła, że jedna połowa gmachu ma być oddaną na cele kliniki uniwersyteckiej, druga połowa zaś dla szkoły akuszerek. Klatka schodowa i kaplica mają być wspólne. Sala na drugim piętrze, nad kaplicą położona, przydzielona została do szkoły akuszerek, której się o tyle dostała większa część gmachu.

Dnia 15 września 1898 roku został zamianowany profesorem położnictwa i ginekologii zwyczajny profesor położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie krakowskim dr. Antoni Mars, z warunkiem objęcia obowiązków nauczycielskich z dniem 1 października tegoż roku.

Zaledwie kilkanaście dni dzieliło nominację profesora od chwili, w której wykłady miały być rozpoczęte. Jak już wyżej



zaznaczono, już od roku 1895 był przygotowany wspaniały gmach o szerokich korytarzach z obszernymi wysokimi salami, w których mieściła się przeznaczona liczba łóżek, wyposażonych według wymagań klinicznych, i nieco sprzętów, odpowiadających zwykłemu wymaganiom szpitalnym. Pozatem sale, mające służyć do celów naukowych i dydaktycznych czyli do celów ściśle klinicznych, były puste.

Wprawdzie Dziekan Wydziału lekarskiego, Namiestnictwo i Departament sanitarny Wydziału krajowego gotowe były współdziałać z profesorem, mimo to atoli położenie było trudne, a o otwarciu kliniki w oznaczonym terminie i mowy być nie mogło.

Aczkolwiek na pomieszczenie kliniki w połowie gmachu było miejsce, to przecież okazało się, że są niezbędnie potrzebne pewne adaptacje, zmiana przeznaczenia sal, że je nadto wyposażyc trzeba było w potrzebne urządzenia. Od czasu zaprojektowania rozmiarów i potrzeb kliniki minęło lat 7, w czasie najwyższego rozwoju ginekologii i pojęć postępowania bezgnilnego w kierunku operacyjnym. Każdy już nie rok, ale miesiąc, można powiedzieć, przynosił w nauce nowe zdobycze, nowe poglądy, tworzył nowe wymagania w potrzebach klinicznych. W czasie tym wiele klinik uniwersyteckich, tylko co wybudowanych, szczególnie w Niemczech, zostało przebudowanych i adaptowanych, aby się mogły do postępu w nauce dostosować i stać w danej chwili na jej wysokości. Nic też dziwnego, że we wspaniałym gmachu zakładu położniczego krajowego nowy profesor musiał widzieć braki i niedogodności, które przy urządzaniu nowej kliniki koniecznie usunąć należało.

Przez pewne adaptacje i zmianę przeznaczenia sal dało się to w pewnym stopniu osiągnąć—co więcej, powiedzieć można, że o ile połowa gmachu wprawdzie bardzo obszernego pod względem architektonicznym nie jest budynkiem w założeniu dla kliniki uniwersyteckiej zbudowanym, to urządzenia wewnętrzne stoją na wysokości dzisiejszej nauki i jak na dziś klinika położniczo-ginekologiczna lwowska jest najlepiej urządzona w Monarchii.

W pierwszych dniach października zostały oddane Wydziałowi lekarskiemu ubikacje, na cele kliniki przeznaczone. Równocześnie rozpoczęła się robota niemal we wszystkich salach, i jeżeli rzecz została do celu doprowadzoną, a w trzy miesiące klinika mogła być otwartą, zawdzięczyć to należy niezmordowanej wytrwałości dwu panów, którzy mi szli z pomocą, t. j. panu starszemu radcy budo-

wnictwa Braunseisowi i dr. Kościńskiemu, pierwszemu asystentowi kliniki, obecnemu docentowi Wydziału lekarskiego.

O ile to było możebne, wszelkie zamówienia były poczynione we Lwowie i wykonane przez lwowskich rękodzielników. Z prawdziwym zadowoleniem powiedzieć można, że rękodzielnicy lwowscy wywiązali się ze swoich zobowiązań bardzo dobrze, w czym ślusarze i stolarze na pełne uznanie zasługują.

Niemalą trudność stawiła okoliczność, że część budynku, nad ziemią położona, okazała się na pomieszczenie kliniki niedostateczną, czemu zaradzono tem, że użyto na cele kliniczne część suterenu.

Drugą trudność stanowiła nieprzyjemna wiadomość, że z kwoty 55 000 zlr., wstawionej przez Ministerjum na urządzenie powstających klinik na rok 1898, zostało tylko 12 000 guldenów dla kliniki położniczo-ginekologicznej, a Ministerjum poleciło, aby roboty tylko w granicach przewidzianego budżetu wykonywane były. Za te 12 000 zatem wykonano najkonieczniejsze roboty, pozostawiając inne na później, o ileby na nie kredyty u c. k. Rządu uzyskane były.

Mimo największego pośpiechu i największego wyęczenia energii i pracy można było rokować, że klinika dopiero w styczniu będzie mogła być otwartą. Wobec tego, gdy zapisani słuchacze już od początku października na otwarcie kliniki czekali, dziekanat na wyraźne polecenie J. E. Pana Namiestnika dr. hr. Pinińskiego zarządził rozpoczęcie teoretycznych wykładów z położnictwa i ginekologii. Skoro zaś w zakładzie położniczym nie było ani jednej sali, gdzieby się wykłady odbywać mogły, przeto za pozwoleniem profesora kliniki chorób wewnętrznych rozpoczęły się wykłady teoretyczne w sali wykładowej tejże kliniki, gdzie się odbywały aż do 24 stycznia 1899 roku, t. j. do dnia poprzedzającego otwarcie kliniki.

Na naukowe wyposażenie kliniki i potrzebne instrumenta nie było też gotowych pieniędzy. C. k. Ministerjum wstawiło do budżetu na ten cel na rok 1898 jako pierwszą ratę tylko kwotę 1 000 zlr. Dopiero w następnych latach podobnymi ratami, w miarę udzielanych pieniędzy, mogły być zaspokojone konieczne potrzeby.

W dniu 25 stycznia 1899 roku nastąpiło wreszcie uroczyste i rzeczywiste otwarcie kliniki położniczo-ginekologicznej.

W dużej sali wykładowej na 2-giem piętrze gmachu zgromadzili się zaproszeni dostojnicy władz rządowych i krajowych pod przewodnictwem Ekscelencyi Namiestnika dr. hr. Pinińskiego i Eksce-

lency Marszałka krajowego hr. Stanisława Badeniego, kilku posłów na Sejm i do Rady Państwa, profesorowie Uniwersytetu pod przewodnictwem Magnificencji Rektora, lekarze z różnych okolic kraju, kilka osób z publiczności i rodziny profesora, a resztę sali wypełniła szczerze młodzież akademicka.

Prof. Mars otwierając klinikę wygłosił pierwszy wstępny wykład w następującej osnowie: „O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju.“

### Panowie!

Powszechnie przyjęty jest zwyczaj, że wstępny wykład profesora gromadzi nie tylko uczniów zapisanych, ale i tych, którzy nowego profesora poznać albo swą obecnością uroczystą chwilę uświetnić pragną. Zwyczaj to powiem słuszny, bo jak prace naukowe dają dostatnią miarę męża nauki i szeregują go w hierarchii świata naukowego, tak żywe słowo, z katedry posłyszane, może dać miarę, jakim ten mąż nauki jest nauczycielem, a przecież nauczanie to pierwszy i najważniejszy obowiązek profesora. Liczę się z tem i dlatego wyznać muszę, że ze wzruszeniem staję dzisiaj przed Panami, a to tem więcej, że wykładając lat kilkanaście, widywałem przed sobą zazwyczaj uczniów; dziś zaś widzę wysokich dostojników kraju, mężów zasłużonych na katedrach, mistrzów żywego słowa, poważnych zawodowych kolegów. Czuję na sobie wzrok tych wszystkich, przejęty jestem ważnością i uroczystością chwili, nie bez trudu zatem zdobywać się muszę na słowa, aby niemi tłoczące się myśli wyrazić.

Przedewszystkiem dziękuję wszystkim, którzy w dzisiejszym dniu na pierwszą moją lekcję przybyć i obecnością swoją uświetnić ją raczyli.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu dzisiejszego wykładu, należy mi bodaj kilkoma słowy zaznaczyć doniosłość chwili i określić moje cele.

Z początkiem bieżącego roku szkolnego otwarty został piąty rok studyów lekarskich na wszechnicy lwowskiej. Z otwarciem kliniki okulistycznej i położniczo-ginekologicznej wielkie dzieło cywilizacyjne zostało ukończone, w jego podstawach ugruntowane. Wydział lekarski lwowski stanowi całość, i niebawem zacząć wychodzić z tej szkoły na kraj lekarze. Dzisiaj brakuje tylko jeszcze katedr pomocniczych, któreby mogły temu wielkiemu dziełu dodać cechy zupełności, odpowiadającej wymaganiom dzisiejszejszej nauki.

Dzieje każdego narodu zapisują skrętnie powstanie uniwersytetu, zaliczając te chwile do najważniejszych momentów historycznych. Historia cywilizacji zaznaczy moment uzupełnienia wszechnicy lwowskiej niewątpliwie, a w historii cesarstwa rakuskiego jaśnieć

będzie ten moment jako jedna z wielu ozdób rządów miłościwie nam panującego Najjaśniejszego Pana.

Uzupełnienie to wszechnicy lwowskiej dla nas i w naszych warunkach ma dwakroć większe niż gdzieindziej znaczenie, i dlatego też historia cywilizacji w Polsce zaznaczyć musi powstanie tego wielkiego dzieła wybitnie. Obok mężów, zasłużonych w historii, obok imion takich jak Konarskiego, Kollątaja i Czackiego, jasnieć będą po wszystkie czasy imiona tych, którzy myśl w słowa, a słowa w czyn zamienili i wielkie dzieło do życia powołali. Niechże mi zatem wolno będzie, jako kierownikowi jednej ze szkół, które to wielkie dzieło składają, wypowiedzieć dzisiaj hołd wszystkim, którzy się do stworzenia tego dzieła przyczynili, a zatem najpierw najmiłościwiej nam panującemu Najjaśniejszemu Panu, tym mężom, którzy pierwsze myśli rzucili; i tym, którzy je w czyn zamienili, Najwyższym Władzom rządowym i krajowym, i Wam, Szanowni Koledzy, którzyście życie i ruch w tych nowych ogniskach nauki rozniecili.

Sądzę, że przedstawiać się Panom nie potrzebuję, bo pracowałem zawodowo w kraju lat dwadzieścia kilka, więc mnie Panowie znać muszą. Jestem uczniem szkoły krakowskiej, uczniem nieodżałowanej pamięci prof. Madurowicza. Przyjąłem powołanie na katedrę położnictwa i ginekologii lwowską, aby mógł pracować w lepszych warunkach klinicznych na szerszym polu działania. Stając dziś przed Panami, nie przynoszę ze sobą rozgłośnego imienia, nie dodaję okrasz wszechnicy, która rozgłośnych imion posiada poddostatkiem, ale przynoszę Panom przez lat dwadzieścia kilka wypróbowaną wytrwałość w pracy, też samą, która mnie po latach na tę katedrę wprowadziła. Zapamiętałem do nauki i siły czuję w sobie nadto, aby sprostać wziętym na siebie obowiązkom. Jako dewizę w życiu wzięłem sobie słowa Cyncerona z księgi o obowiązkach: *virtutis laus omnis in actione consistit*. Pod tą dewizą pracować chcę z Panami dla Panów, przez Panów dla kraju, przez katedrę dla nauki. Aby jednak zadaniom tym zadość uczynić, potrzebuję koniecznie pomocy, bo zadanie moje wielkie, pole do pracy szerokie, a postęp nauki zbyt skory, osamotniony radybym sobie dać nie mógł, dlatego zwracam się niniejszem do wszystkich, których pomocy pragnę, i proszę o poparcie przedewszystkiem Wysokiego Rządu, Wysokich Władz krajowych, Kolegów uniwersyteckich i zawodowych, Kolegów, którzy ze mną w tym zakładzie pracować będą, i Was, Panowie Słuchacze, których uczyć pragnę.

Przechodzę do właściwego przedmiotu dzisiejszej lekcji.

Ośm półroczy spędziliście Panowie na studiach lekarskich. Zapoznaliście się z naukami ścisłymi, przedmiotami teoretycznymi, które Was do nauki przedmiotów praktycznych przygotowały. Z przedmiotów praktycznych słuchaliście wykładów na klinikach chorób wewnętrznych, chirurgicznych i skórnych, widzieliście osoby, cierpiące na najrozmaitsze choroby, widzieliście

całe szeregi jednostek chorych i nauczyliście się je leczyć i ratować. Leczenie i ratowanie jednostek—to działalność szczytna, wynik chrześcijańsko-humanitarnej idei, która wyróżnia człowieka od świata zwierzęcego i dąży do utrzymania istnienia jednostki.

Wstępujecie Panowie na klinikę położniczo-ginekologiczną; i tu znajdziecie chore jednostki, i tu będziecie mieli sposobność do kształcenia się w zadośćuczynieniu tej samej idei, ale prócz tego znajdziecie Panowie jeszcze coś więcej. Znajdziecie osoby zdrowe ciężarne, rodzące i położnice, a między ginekologicznymi choremi znajdziecie np. osoby, które będą szukały rady i pomocy z przyczyny niepłodności. Obecność tych przypadków nadaje naszej klinice odmienną cechę i wyróżnia ją z pomiędzy wszystkich innych klinik. Różnicę określić i widzieć łatwo: podczas gdy na innych klinikach działalność dążyła do utrzymania jednostki, my będziemy prócz tego dążyć do podtrzymania i ratowania gatunku. Dziać się to będzie na obu naszych klinikach: tak na klinice chorób kobiecych, jako też i na klinice położniczej.

D. C. N.

# MACICA DWOISTA. KRWISTEK MACICZNY I JAJOWODOWY. CIĘCIE BRZUSZNE.

(UTERUS DUPLEX, HAEMATOMETRA, HAEMATOSALPINX)

podał

W. BUJALSKI z Wilna

21-letnia włościanka Marya J. zapisała się do szpitala św. Jakóba w Wilnie dnia 10 listopada 1902 r. z powodu bólów w podbrzuszu, występujących już od półtora roku w okresach miesięczkowych. Pierwsza regularność zjawiała się w czternastym roku życia i trwała 7 dni. W piętnastym roku prawie ani razu miesięczki nie było, w szesnastym—czyszczenia miesięczne wystąpiły ponownie. W marcu 1901 r. M. J. urodziła pomyślnie żywe dziecko, którego nie karmiła. Ostatnią miesięczkę miała w październiku tegoż roku.

Chora miernego wzrostu, średnio odżywiana, przy oględzinach zewnętrznych nie zdradza nic nieprawidłowego. Przez ścianę brzuszną wycimano jednak w lewym podbrzuszu twardy guz wielkości macicy od trzech miesięcy ciąży. Guz jest mało ruchomy, niezbyt bolesny. Przy badaniu dwuręcznym znaleziono macicę prawidłowej wielkości w położeniu właściwym z szyją, ukształtowaną prawidłowo, oraz prawostronny jajowód i jajnik, ten ostatni cokolwiek powiększony. Miejsce lewych przydatków macicznych zajmował ów guz, który wycimano przez ścianę brzuszną. Guz ten leży tuż przy macicy, nie zdradza z nią jednak ściślejszej łączności. Pochwa prawidłowa, przegrody lub jej śladów nie było.

Guz czynił na razie wrażenie nowotworu lewego jajnika; tegoż zdania był kol. Kahn, który badał chorą jednocześnie.

Dnia 18 listopada dokonałem cięcia brzuszego. Znalazłem macicę o jednym jajowodzie po stronie prawej i jajniku powiększonym, torbielowato-zwyrodniałym. Guzem, wziętym za nowotwór lewego jajnika, była druga macica, powiększona jak w końcu trzeciego miesiąca ciąży, elastyczna, widocznie płynem wypełniona; przynależny jajowód lewy był zgrubiał i również płynem (jak się okazało krwią) napęczniony. Zewnętrzny koniec jajowodu lewego był zam-

knięty i mocno zrosnięty z pętlami kiszek oraz z dnem miednicy małej, tak że wydzielenie jego ze zrostów było nader mozolne. Jajnik lewy był, podobnie jak prawy, w dwójnasób powiększony i torbielowato-zwyrodniały. Ponieważ po uwolnieniu lewych przydatków macicznych od wszelkich zrostów stało się widocznem, że obie macice nie są w związku ze sobą, przeto ograniczyłem się na usunięciu lewostronnych przydatków: liczyłem na to, że odpowiednia macica na drodze przeobrażenia wstecznego powróci do normy, że krew w niej zatrzymana samowolnie się wessie. Wobec wieku młodocianego chorej nie chciałem usuwać prawego jajnika całkowicie, a wyciąłem tylko część jego najwięcej torbielowato-zwyrodniałą: prawie połowa tego narządu pozostała. Ranę brzuszną zeszyłem szwem dwupiętrowym.

Przebieg pooperacyjny z początku był pomyślny; szwy zdjęto dziewiątego dnia przy zupełnym rychłozroście. Ciepłota raz jeden tylko podniosła się do 38,2° C, jak sądzę, wskutek zaparcia stolca. Dwunastego dnia po operacji chora samowolnie podniosła się z łóżka, a czternastego dnia pozwolono jej wstać. W trzy dni potem ciepłota nagle podskoczyła wieczorem do 38,3° C. przy tętnie od 90—112. W ciągu dwóch dni chora miała wymioty i rozwolnienie, lecz bez dreszczów, bez bólu głowy i bólów wogóle. Na razie przyczyny tych zaburzeń nigdzie nie znaleziono; dopiero po upływie dwóch tygodni okazało się, że głębokie szwy powięziowe zropiały: powstał ropień w dolnym kącie blizny brzusznej. Ciepłota po pęknięciu tego ropnia obniżyła się szybko, i wkrótce nastąpiło wyzdrowienie zupełne. Po miesiącu chora nie uskarżała się na nic, lecz miesiączki jeszcze nie było. Lewostronna macica zmniejszyła się do połowy.

Jak widzimy z opisu, macica lewostronna nie łączyła się ani z macicą prawostronną, ani z pochwą. Badanie, jak to wyżej zaznaczyliśmy, wykryło w pochwie obecność tylko jednej części pochwowej, będącej w związku z macicą prawostronną. Zdaniem Le Beca <sup>1)</sup> przypadki podobne należą do wyjątkowych.

W dostępnych dla mnie podręcznikach, jak również w czasopiśmie znalazłem następujące spostrzeżenia, dotyczące macicy dwoistej.

<sup>1)</sup> LE BEC. Utérus didelphe dont le gauche ne communique ni avec le vagin ni avec l'utérus droit. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.* 1904, N. 3 (Mai—Juin).

A. Ollivier<sup>1)</sup> przy sekcji zwłok kobiety wieku lat 42, która rodziła sześć razy na czasie, stwierdził istnienie dwoistej macicy wraz z podwójną pochwą. Autor porównywa to spostrzeżenie z podobnym Bonneta.

Franz Freudenberg<sup>2)</sup> opisał również dwoistą macicę. Prawostronna macica była zamknięta.

Fritz Benicke<sup>3)</sup> był obecny przy porodzie z macicy dwoistej.

Nowikow<sup>4)</sup> opisał trzy porody przy macicy dwoistej; ponieważ w jego przypadkach istniała wspólna szyja maciczna, nie można tutaj mówić, ściśle rzecz biorąc, o macicy podwójnej.

Löhlein<sup>5)</sup> widział przypadek podwójnej macicy cum haematometra et haematosalpinge lateris sinistri.

Sławianskij<sup>6)</sup>, opisując jednostronny krwistek maciczny przy podwójnej macicy dodaje uwagę, że początek gromadzenia się krwi odpowiada często albo okresowi porodu drugiej macicy, albo sprawie chorobowej w położu, albo też rozpoczęciu życia płciowego.

Co do *postępowania operacyjnego* w przypadkach krwisteku macicznego wszyscy prawie ginekologowie uważają drogę cięcia brzuszego za właściwszą, niż zabieg od strony pochwy: operacja pochwowa, prócz trudności doszczętnego opróżnienia macicy, kryje w sobie niebezpieczeństwo pęknięcia jajowodu, zawierającego, jak to się zdarzyć może, treść zakaźną, której przedostanie się do jamy brzusznej może powodować niekiedy śmiertelne zapalenie otrzewnej.

Co do zawartości jajowodu przy krwisteku macicznym nie należy sądzić, że w miarę powiększania się zamkniętej macicy przez gromadzącą się w niej krew rozwiera się ujście maciczne jajowodu, innemi słowy, że jajowód powoli napelnia się krwią, pochodzącą z macicy. Przeciwnie, przy cięciach brzusznych widzimy zwykle, że ujście maciczne jajowodu, napelnionego krwią, bywa zwężone: krew więc musi widocznie pochodzić nie z macicy, a z błony śluzowej samego jajowodu podczas miesiączkowania. Krew ta może części-

<sup>1)</sup> Comptes rendus de la Société de Biologie. *Gazette médicale de Paris*, 1872, pg. 163.

<sup>2)</sup> *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1880, Bd. V, 334.

<sup>3)</sup> *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1877, Bd. I, pg. 366.

<sup>4)</sup> *Żurnal akuszerstwa i żeńskich boljezniej*, 1901, pg. 1313.

<sup>5)</sup> *Centralblatt für Gynäkologie*, 1894, № 41.

<sup>6)</sup> Rukowodstwo po żeńskim boljezniąm, Tom I, str. 304.



wo przez brzuszny koniec jajowodu wylewać się do jamy brzusznej, wywołując tam ograniczone zapalenie otrzewnej miednicowej, co prowadzi do zrostów z najbliższym otoczeniem i kiszki. Zewnętrzny otwór jajowodu zarasta wtedy zupełnie, jajowód napelnia się coraz więcej krwią, a ściany jego stają się coraz cieńszymi. Podczas opróżniania macicy bardzo łatwo następuje pęknięcie takiego jajowodu (Encyklopedia realna medycyny Eulenburga, Tom VI, str. 40), a przyczyną tego może być nie tylko skurcz macicy, lecz i skurcz ścian samego jajowodu. Dla uniknięcia tego powikłania Hausmann <sup>1)</sup>, a po nim Winckel <sup>2)</sup> radzili przed opróżnieniem macicy przez pochwę dokonać nakłucia worka haematosalpingis przez ścianę brzuszną; wkrótce atoli przekonano się, że w sposób ten, dla chorej często niebezpieczny, krwistek jajowodowy usunąć się nie da.

Bandl i Kaltenbach radzili <sup>3)</sup> wycinać haematosalpinx na drodze cięcia brzusznego. Schroeder usunął w tenże sposób lewy jajowód z krwistkiem, macicę zaś pozostawił nietkniętą, przypuszczając, że krew zebrała się nie w macicy, a w tkance łącznej miednicy. Z biegiem czasu jednak krwistek maciczny samowolnie opróżnił się do pochwy.

Thomas <sup>4)</sup> wszyl macicę, zawierającą krwistek, do rany brzusznej i później dopiero otworzył ją z wynikiem dobrym.

John Homans <sup>5)</sup> podczas cięcia brzusznego rozpoznał krwistek w prawym rogu macicy, lecz postąpił z nim inaczej: najpierw podwiązał przydatki maciczne i oddzielił je żegadłem, a po upływie pewnego czasu dokonał wycięcia macicy.

Sławianskij <sup>6)</sup> rozpoznał u kobiety lat 63 guz wielkości głowy dorosłego człowieka, jako hydrometra unilateralis dextra uteri bicornis; dokonał cięcia brzusznego, wyciągnął cały guz, płynem napelniony, nazewnątrz rany brzusznej i nałożył tuż ponad ścianą brzuszną klamp, który zdjął dopiero trzydziestego dnia po operacji. Nastąpiła mumifikacya guza i odpadnięcie, chora wyzdrowiała.

<sup>1)</sup> *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, I, II, 1877.

<sup>2)</sup> *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, 1886.

<sup>3)</sup> HEGAR und KALTENBACH. *Die operative Gynaekologie*. 1886.

<sup>4)</sup> *Centralblatt für Gynäkologie*, 1882, pg. 271.

<sup>5)</sup> *Centralblatt für Gynäkologie*, 1882, 366.

<sup>6)</sup> *Wracz*, 1884, N. 18.

Sutugin<sup>1)</sup> w podobnym przypadku przy haematometra i haematosalpinx duplex dokonał cięcia brzuszego, podwiązał jajowody i usunął je przy pomocy zegadła Paquelina, macicę zaś amputował powyżej podwiązki elastycznej, na nią nałożonej. Kikut maciczny przypalił zegadłem i wszył do rany brzusznej. Chora wyzdrowiała i wypisała się z przetoką, wydzielającą śluzo-ropę.

Trebinskij<sup>2)</sup> przy haematometra lateralis najprzód dokonał cięcia brzuszego i wszył do rany brzusznej brzegi otworzonego rogu macicy; po pięciu dniach korncażem, wprowadzonym do macicy, przebił najbardziej wypuklące się miejsce w sklepieniu i w ten sposób wytworzył komunikację z pochwą. Przekonawszy się po dłuższem sączkowaniu (drenowaniu), że nowy otwór dolny nie zarasta, przetokę brzuszną w następstwie zaszył.

Vignard<sup>3)</sup> usunął krwistek jajowodowy przez pochwę, następnie otworzył haematometram i drenował jamę macicy.

Mainzer<sup>4)</sup> (z kliniki Landaua) radzi pozostawić macicę, ile razy uda się opróżnić ją przez pochwę.

Kleinhans<sup>5)</sup> przy haematometra i haematosalpinx najprzód dokonał nakłucia przez pochwę, lecz przekonawszy się, że w ten sposób jajowodu nie opróżni, usunął go doszczętnie, macicę zaś pozostawił.

Löhlein<sup>6)</sup> przy uterus didelphys, haematometra i haematosalpinx usunął macicę, aby nie stanowiła przeszkody przy porodach z drugiej macicy.

Prof. Bidder<sup>7)</sup> mylnie rozpoznał w pewnym przypadku mnogie włókniaki macicy zamiast krwisteku macicznego i jajowodowego. Przekonawszy się podczas laparotomii o istotnym stanie rzeczy i obawiając się wytworzenia komunikacji do pochwy, wolał opróżnić macicę od góry, po wszyciu jej do rany brzusznej; w ten sposób powstała przetoka maciczno-brzuszno-ścienna. Krew podczas miesiączkowania

1) *Žurnal akusorzstva i ženskich bol.* 1887, N. 5.

2) *Centralblatt für Gynäk.* 1887, N. 49.

3) *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1899, N. 4.

4) Zur Aetiologie und Therapie der Gynatresien insbesondere der Haematosalpinx bei Gynatresie. *Archiv. f. Gynäkologie*, Bd. LVII, Heft III.

5) *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. CV, Heft III, Tafel I.

6) *Centralbl. f. Gynäk.* 1894, N. 41.

7) *Žurnal akusz. i žensk. bol.* 1889, III, N. 1.

wydzielała się w następstwie i przez pochwę<sup>1)</sup> i przez ową przetokę, lecz przez przetokę już na dwa dni wcześniej, niż przez pochwę. Przez te same otwory wydzielały się po peryodzie upływu białe. Chora wypisała się ze szpitala z przetoką w ścianie brzusznej.

Gawroński<sup>2)</sup> w przypadku pochwy szczątkowej stwierdził krwistek maciczny w postaci guza, którego granica górna sięgała na 12 cm. ponad spojenie łonowe, i prawostronny krwistek jajowodowy. Drogą cięcia brzuszego usunął najprzód prawy jajowód, a następnie otworzył macicę, opróżnił ją i wyplukał; poczem, nałożywszy podwiązkę elastyczną na wysokości ujścia wewnętrznego, amputował macicę wraz z lewostronnemi przydatkami, kikut zaś obszył i pograżył do jamy brzusznej; ranę brzuszną zamknął.

Spostrzeżenie Lwowa<sup>3)</sup> zasługuje również na uwagę: haematometra i haematosalpinx sinistra. Cierpienie to powstało wskutek częściowego zarośnięcia pochwy, nabytego podczas duru (tyfusu) brzuszego: po zgorzeli zewnętrznych narządów płciowych nastąpiło zbliznowacenie tkanek pochwy. Od czasu duru, w 25-ym roku życia, peryody ustaly zupełnie. Autorowi nie udało się utorować drogi per vaginam, ponieważ co chwila obawiał się skaleczenia odbytnicy lub pęcherza; dokonał więc cięcia brzuszego, usunął jajowód i jajnik, macicę zaś pozostawił i zaszył jamę brzuszną. Operacya została wykonana dnia 6 października. W połowie grudnia zjawila się ropna wydzielina z pochwy: badanie wykazało, że ropa wydostaje się z jamy macicznej przez bardzo wąską przetokę. Z biegiem czasu wydzielina ta znikła, macica skurczyła się, i chora wypisała się ze szpitala zupełnie zdrowa<sup>4)</sup>.

Z powyższego krótkiego przeglądu piśmiennictwa dowodnie widać, że jeżeli operatorzy postępowali w szczegółach odmiennie, to jednak prawie wszyscy dawali pierwszeństwo operowaniu przez ścianę brzuszną. Jajowód usuwano, o ile zachodziła tego potrzeba, z macicą zaś postępowano rozmaicie. Jedni (Schroeder, Lwow, Mainzer, Vignard, Kleinhans) pozostawiali macicę nietkniętą; inni

<sup>1)</sup> Prawdopodobnie, zdaniem Biddera, z błony śluzowej pochwy.

<sup>2)</sup> *Protokoły ruskawo batnieologiczeskawo Obszczestwa w Piatigorskie*, 12, VI, 1889.

<sup>3)</sup> *Wracz*, 1893, N. 29.

<sup>4)</sup> *Żurnal akusz. i žensk. bol.* 1902, pg. 1117.

wszywali opróżnioną macicę do rany brzusznej (Thomas, Bidder); niektórzy (jak Sławianskij) wywołali mumifikację zajętej części macicy, inni znów amputowali macicę (Sutugin, Gawroński) lub wycinali ją doszczętnie (Löhlein, Homans).

Wobec tej różnorodności metod stosowanych staje się rzeczą oczywistą, iż w każdym poszczególnym przypadku krwisteku macicznego i jajowodowego postępowanie nasze będzie często indywidualne, gdyż dotychczasowa kazuistyka nie wystarcza jeszcze do wyrobienia sposobu zasadniczego, dającego się zastosować do większości przypadków: jest to rzeczą przyszłości.

W końcu podaję spis prac polskich, dotyczących macicy dwostejszej, zestawiony z „Wykazu prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do roku 1902 włącznie“ Cz. Stankiewicza.

- DAREWSKI L. Rzadki przypadek miednicy podwójnej (z ryciną).  
Tyg. Lek. 1848, II, 297.
- LE BRUN A. Macica podwójna o wspólnej pochwie.  
Pam. Tow. Lek. Warsz. 1850, Posz. II, 25.
- CHWAT L. Uterus duplex.  
Tow. lek. warsz. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1864, LII, 288.
- OBTUŁOWICZ F. Podwójna pochwa i macica.  
Tow. lek. krak. Przegl. Lek. 1878, XVII, 76.
- ROSNER A. Uterus duplex, biformis et vagina subsepta.  
Przegl. Lek. 1893, XXXII, 260.
- NEUGEBAUER F. Duplicitas completa uteri, duplicitas vaginae.  
Tow. lek. warsz. 20. II. 1894. Pam. Tow. Lek. Warsz. XC, 216.
- BLOCH. Uterus didelphys et vagina septa completa.  
Tow. lek. wil. Spraw. za r. 1896. Med. 1897, XXV, 375.
- WOJNICZ A. Uterus duplex cum vagina duplice.  
Czas. Lek. 1899, I, 11.
- NEUGEBAUER F. Przypadek meningocele sacralis anterior. Vagina duplex. Uterus didelphys.  
Tow. lek. warsz. 29. V. 1900. Pam. Tow. Lek. Warsz. XCVI, 355.
- KOSSOBUDZKI SZ. Podwójna pochwa i macica, jedno wejście do pochwy.  
Czas. Lek. 1900, II, 214, 286.

# Przyczynek do kazuistyki cięcia cesarskiego

PODAJ.

Dr. STANISŁAW CYKOWSKI

b. ordynator etatowy Instytutu Położniczego i Kliniki chorób kobiecych w Warszawie.

F. G. z Siedleckiego przybyła 21 maja 1902 roku do Warszawskiego Instytutu Położniczego dla odbycia porodu. Chora ma lat 22; pierwsza miesiączka w szesnastym roku; wogóle miewa periody prawidłowo co cztery tygodnie, w ciągu 3—4 dni. Chodzić zaczęła mając prawie pięć lat. Przed dwoma laty odbyła poród, który trwał kilka dni; zawezwany lekarz rozwiązał rodzącą zapomocą wymóżdzenia płodu. W położu chora sześć tygodni mocno gorączkowała. Więcej szczegółów o przebiegu porodu i położu dowiedzieć się nie można.

Podczas badania chorej uderza nas niski wzrost pacjentki, krótkie jej nogi są mocno wygięte w pałąk. Stwierdzamy również istnienie *caput quadratum* i różanica krzywicowego. Serce, płuca i inne narządy wewnętrzne są zdrowe.

Ciężarna macica wielkością swą odpowiada prawie dziewięciu miesiącom ciąży. Tętno płodu wyraźne na stronie prawej, powyżej linii poprzecznej, przeprowadzonej przez pępek. Główka płodu tuż poniżej dna macicy, pośladki u wchodu miednicy małej. Brzuch obwisły - *venter propendens*.

Wymiary miednicy: *dist. spin. ant. sup.* 25 cm., *dist. cristarum oss. il.* 26 cm., *conjugata externa* 17 cm., *conjugata diagonalis* 10 cm., łuk łonowy szeroki. Mamy tedy do czynienia z miednicą płaską rachityczną.

Narządy płciowe zewnętrzne nie przedstawiają nic szczególnego. Badanie wewnętrzne daje wyniki następujące: pochwa rozpułchniona, ku górze staje się coraz węższa; szyi macicznej wyczuć nie można. Górna część pochwy przedstawia się pod postacią kopuły, poprzez którą przechodzą wyraźne twarde pasma bliznowate. Jak najszczegółowsze badanie nie jest w stanie wykazać części pochwo-

wej szyi macicznej powyżej przegrody w pochwie; badanie per rectum daje również wyniki ujemne. Nie udało się znaleźć w przegrodzie jakiegokolwiek otworka, prowadzącego wyżej, pomimo parokrotnego szczegółowego badania zglębnikami.

Wszystkie dane powyższe w zupełności wystarczały do wyrobienia sądu o danym przypadku. A więc mieliśmy do czynienia z miednicą płaską pierwszego stopnia, na tle krzywicowem powstałą. Pierwszy poród wobec znacznego zmniejszenia sprzężnej prawdziwej trwał długo; szyja macicy, a w danym razie część jej pochwowa, musiały uleść sub partu znacznemu uciskowi między główką a ścianą miednicy i obumarciu w następstwie; sprawa dotyczyła i sklepień pochwowych. W wyniku ostatecznym na miejscu obumarłych tkanek, po ich wydzieleniu się, wytworzyły się mocne blizny, stanowiące przeszkodę w drogach porodowych.

Do końca ciąży pozostawało jeszcze prawdopodobnie kilka dni. Zalecono codzienną kąpiel i pamiętano o prawidłowych wypróżnieniach.

29 maja zaczęły się bóle porodowe około godziny 10-ej rano, początkowo słabe. Dokonane po pewnym czasie badanie wewnętrzne stwierdza stan górnej części pochwy bez zmian. Około godziny 6-ej wieczorem, a więc w osiem godzin od chwili rozpoczęcia się bólów porodowych, które—nawiasem mówiąc—stają się coraz mocniejsze, powtórzono badanie wewnętrzne: żadnych zmian nie znaleziono; o wyczuwaniu jakiegokolwiek przejścia z pochwy do części wyżej położonych mowy niema.

Wobec stwierdzenia niemożności odbycia się porodu per vias naturales przystąpiłem do cięcia cesarskiego. Po dokładnem odkazaniu powłok brzusznych, części rodnych zewnętrznych i pochwy zrobiono cięcie w smudze białej, rozpoczęte na trzy palce ponad pępkiem i nie sięgające na trzy palce do spojenia łonowego. Macicę, wytoczoną z jamy brzusznej, objął w dolnej części przez wyjałowioną serwetkę pomagający kolega. Cięcie na macicy dano podłużne, nie dochodzące do pierścienia skurczowego, wydobyto płód żywy, dobrze rozwinięty. Po usunięciu łożyska wprowadzono całą rękę do dolnej części macicy, chcąc przekonać się, czy nie uda się gdziekolwiek przejść palcem do pochwy. Istotnie końcem palca natrafiono na ślad jakiegoś małego otworu; wtedy, po wprowadzeniu do pochwy klampu (przez jednego z kolegów), klamp ten udało się przesunąć do macicy; otvorek ostrożnie rozszerzono i przeprowadzono przezeń pas gazy do pochwy. Macicę zeszyto jedwabiem

w dwa piętra, brzegi rany brzusznej spojono szwem jednopiętrowym. Na brzuch położono worek z lodem.

Wydobyty chłopiec, zupełnie dobrze rozwinięty, ważył 3100 grm. Położenie płodu w macicy było pośladowe II-gie.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Gazę z macicy usunięto drugiego dnia. Najwyższa ciepłota ciała 38° C—drugiego i trzeciego dnia. Odchody wydzielają się w ilości minimalnej. Dzieśiątego dnia zdjęto szwy: prima intentio.

Po kilku tygodniach po porodzie dokonano dokładnego badania wewnętrznego, lecz i teraz żadną miarą nie udało się odnaleźć zgłębnikami otworka, prowadzącego do macicy. Pacjentka ze zdrowem zupełnie dzieckiem wypisała się z kliniki w kilka tygodni po porodzie (dnia 9 lipca).

Wskazaniem tedy do wykonania cięcia cesarskiego w omawianym przypadku było zwężenie ad maximum części miękkich rodnych, powstałe wskutek bliznowatego ich przeobrażenia.

## NOTATKI Z PRAKTYKI



# O ZASTOSOWANIU ROZSZERZADŁA BOSSIEGO PRZY EKLAMPSYI W PRZEBIEGU CIĄŻY I PORODU

Podał

**WACŁAW POMORSKI**

lekarz w Humaniu.

Szybkie rozwiązanie, jak wskazuje doświadczenie, jest bądź co bądź najlepszym zabiegiem leczniczym w przypadkach eklampsyi. Zadanie lekarza znakomicie ułatwia przyrząd Bossiego, zwłaszcza w przypadkach, gdzie poród jeszcze się nie rozpoczął, a ciężki stan chorej wymaga jak najspieszniejszej interwencji położniczej. Poniżej dzielę się z Szanownymi Kolegami treściwym opisem przypadków, w których z pomyślnym wynikiem stosowałem rozszerzadło Bossiego przy ustach macicznych zamkniętych lub nieznacznie tylko otwartych.

**PRZYPADEK I.** As., panna, lat 15, I-gravida, ciąża 8 $\frac{1}{2}$  miesięczna, c. v. — 10 cm. Nephritis parench. ac. Białka w moczu 5 $\frac{1}{60}$ . Olbrzymie obrzęki. Napady drgawek 4 razy. Po kąpieli i możliwie dokładnem odkażeniu zewnętrznych narządów płciowych zrobiłem nacięcia na wargach większych, które były do tego stopnia obrzękłe, że czyniły wręcz niemożliwym dostęp do pochwy. Gdy przez nacięcia wyciekła duża ilość płynu surowiczego i wargi otęchły, odkażiłem pochwę i założyłem do szyi macicznej, podług znanych wskazówek, rozszerzadło Bossiego. Po upływie 15 minut ujście maciczne było tak rozwarłe, że z łatwością wyjąłem płód kleszczami. Drgawki więcej nie powtórzyły się. Położnica i dziecko zdrowe.

**PRZYPADEK II.** B. W., I-pariens, c. v. 10 cm. Napady drgawek trwają osiem dni prawie bez przerwy. Dziecko nieżywe. Białka w moczu ślady. Zastosowanie Bossiego. Wymóżdzenie i wydobycie płodu. Po rozwiązaniu jeden napad drgawek. Położnica wyzdrowiała.

**PRZYPADEK III.** B. S., II-pariens. Ciąża 9-miesięczna, c. v. 11 cm. Płód żywy. Białka w moczu ślady. Napady drgawek trwają cztery dni. Ujście maciczne o brzegach twardych, niepodatnych. Zastosowanie Bossiego. Kleszcze. Niewielkie pęknięcie szyi macicznej na stronie lewej spojono trzema szwami. Drgawki więcej nie powtórzyły się. Położnica i dziecko zdrowe

**PRZYPADEK IV.** W. P., III-pariens. Ciąża donoszona. Płód żywy, położenie poprzeczne. C. v. 10 $\frac{1}{2}$  cm. Białka w moczu bardzo dużo. Odejście wód przedwczesne. Napady drgawek trwają jeden dzień. Zastosowanie Bossiego.



Obrót na nóżki. Płód w stanie śmierci pozornej, przywrócony wkrótce do życia. Położnica i dziecko zdrowe.

PRZYPADEK V. C. L., I-pariens. Ciąża donoszona. Płód żywy. Białka w moczu bardzo dużo. C. v. 11 cm. Napady drgawek trwają trzy dni. Zastosowanie Bossiego. Kleszcze. Położnica i dziecko zdrowe.

Nabyte doświadczenie pozwala mi wyprowadzić następujące wnioski: *a)* Rozszerzadło Bossiego jest bardzo cennym przyrządem dla szybkiego rozszerzenia ujścia, ewentualnie kanału szyi macicznej. *b)* Łatwiej i dokładniej daje się wyjałowić, niż ręce (rozszerzanie ujścia palcami) lub wszelkiego rodzaju metreuryntery gumowe. *c)* Pęknięcia szyi macicznej zdarzają się rzadko, jeżeli postępowanie będzie niezbyt szybkie i pod stałą kontrolą palców.

Muszę dodać, że przypadki drgawek porodowych w miejscowości mojego pobytu są bardzo częste i ciężkie. Nie wchodzę w rozpatrzenie przyczyn eklampsji: sprawa ta, będąca ciągłym przedmiotem licznych badań klinicznych i pracownianych, nie jest dotąd ostatecznie wyjaśniona. Zaznaczę tylko, iż w ciągu kilkunastoletniej praktyki nie mogłem zauważyć, aby natężenie drgawek i długość ich trwania były w prostej zależności od ilości białka w moczu i widocznej sprawności nerek; przeciwnie, spostrzegalem bardzo ciężkie objawy przy minimalnych ilościach białka.

# Drgawki w przebiegu ciąży. Przedwczesne odklejenie się łożyska. Poród wymuszony.

podał TOMASZ FAGOŃSKI

Dnia 5 kwietnia r. b. byłem wezwany do Józefy Gołąbkowej, żony gospodarza rolnego we wsi Chabdzinie pod Jeziorną, z powodu nagłego wystąpienia drgawek i utraty przytomności. Do chwili mego przyjazdu było 10 napadów, z początku co pół godziny, potem mniej więcej co kwadrans. Dowiedziałem się od otoczenia, że chora ma lat 44, jest zamężna od lat 23, rodziła prawidłowo ośm razy, połogi wszystkie odbyła bez powikłań, dzieci żyje sześcioro; obecnie jest w ósmym miesiącu ciąży.

*Status praesens.* Kobieta średniego wzrostu, dobrze zbudowana, obrzęki na całym ciele, na twarzy sinica. Objawy rozpoczynającego się obrzęku płuc. Serce w granicach normalnych, tony czyste, tętno twarde i pełne, przyspieszone—108 na minutę. Dno macicy sięga do połowy odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, tonów serca dziecka nie słychać. Położenie czaszkowe pierwsze. Części płciowe zewnętrzne obrzękłe, dawne pęknięcie krocza, pochwa dość szeroka. Szyja maciczna przepuszcza zaledwie jeden palec i to z trudnością. Mocz w pęcherzu ilość nieznaczną, i chora wogóle oddawała go mało w przeciągu kilku ostatnich dni; mocz słabo kwaśny z ogromną ilością białka.

Wskazane w podobnych razach przyspieszenie porodu nie było na razie możliwe, ponieważ nie miałem z sobą ani kolpeurynteru, ani rozszerzadła Bossiego. Wstrzyknąłem pod skórę dwukrotnie po 0,01 morfiny, zaleciłem lód na głowę, upust krwi w postaci 20 ciętych baniek na plecy, zawijania w prześcieradła, brom po 0,6 co dwie godziny i za napój Vichy Célestins. Morfina po dwóch godzinach była jeszcze dwukrotnie powtórzona.

Dnia następnego stan chorej bez najmniejszej zmiany na lepsze. Napadów drgawek było już przeszło 30, chora wciąż nieprzytomna, sinica twarzy większa, rzęzenie w piersiach, mocz ani kropli, w prześcieradłach wcale się nie pocila. Do tych objawów przylączył się znaczny krwotok z części rodnych,—pod łożkiem widać dużą kałużę krwi. Ujście maciczne wewnętrzne przepuszcza dwa palce. Pęcherz płodowy cały. Z lewej strony nad ujściem macicy wyczuwa się brzeg przedwczesnie odklejonego łożyska.

Mając na względzie powyższe groźne objawy obrzęku płuc, uporeczywie i często powtarzające się drgawki, wreszcie obfity krwotok, postanowiłem poród ukończyć zapomocą t. zw. accouchement forcé. Na zwyczajnym wiejskim rozsuwanem łożku, w lekkim uspieniu chloroformowem, wstrzyknąwszy przedtem pod skórę 0,01 morfiny, wprowadziłem z wielką ostrożnością najprzód dwa, potem trzy palce, a w końcu całą stożkowato złożoną rękę, która po rozerwaniu pęcherza płodowego, zaraz za ujściem wewnętrznym macicy wyczuła główkę z prawej strony nad wchodem do miednicy, a z lewej — całkowicie odklejone łożysko. Posuwając rękę wyżej, nie udało się odrazu odnaleźć nóżki; ułożono chorą na lewym boku, lecz i w tem położeniu do nóżki dojsć nie było można; dopiero przy położeniu rodzącej na prawym boku ująwszy nóżkę, ściągnąłem ją do pochwy, a nalożywszy

pętlę, gdyż się nóżka z ręki wciąż wyslizgiwała, wykonałem obrót. Niezwłocznie potem, a to ze względu na ciężki stan chorej, wydobyłem dziecko nieżywe, z powininą dwukrotnie okręconą wokół szyjki. Łóżysko urodziło się przy lekkim naciśnięciu na dno macicy.

Sinica twarzy wkrótce po rozwiązaniu ustąpiła, położnica spokojnie zasnęła. Drgawki w przeciągu godziny, którą spędziłem następnie przy łożu chorej, nie powtórzyły się ani razu. Tętno 66, dobrego napełnienia. Odjeżdżając, zaleciłem spokój bezwzględny, lód na głowę, do wewnątrz brom i Vichy.

7 kwietnia 1904. Chora spała po operacji przeszło 12 godzin z rzędu. Po przebudzeniu się położnica uprzednio nieprzytomna poznała męża, poprosiła pić i żądała, żeby lodu z głowy nie zdejmować. Stan bezgorączkowy. Zalecono duże ilości mleka i środki dotychczas stosowane w dalszym ciągu.

8 kwietnia 1904. Chora czuje się znacznie lepiej. Spała bardzo dobrze, blisko osiem godzin z rzędu. Ilość moczu znacznie obfitsza, białka mniej. Obrzęki zmniejszają się. Przytomność zupełna. Chora nie pamięta, co z nią było. W dalszym ciągu stan bezgorączkowy. Tętno nieprzyspieszone.

9 kwietnia 1904. Chora czuje się dobrze. Wypróżnienie obfite po oleju rącznikowym. W moczu tylko ślady białka. Ciepłota i tętno prawidłowe. Odchody średnio obfite, nie cuchnące.

10 kwietnia 1904. St. idem. Dno macicy na cztery palce powyżej spojenia łonowego.

11 kwietnia 1904. Obrzęki prawie znikły. Stan bezgorączkowy w dalszym ciągu.

12 kwietnia 1904. Chora siada w łóżku, a nawet bez mojej wiedzy pozwoliła sobie na chwilę wstać.

13 kwietnia 1904. Chora odczuwa lekki szum w prawym uchu i skarży się na bóle w krzyżu o natężeniu nieznacznym. Obrzęki zupełnie znikły. Białka w moczu niema.

Po upływie dwóch dni położnicy pozwolono wstać.

Dnia 30 kwietnia 1904 widziałem pacjentkę zupełnie zdrową.

Opisane spostrzeżenie nie wiele różni się od zwykłych przypadków eklampsji, i jeżeli zasługuje na uwagę, to przedewszystkiem ze względu, iż zakończyło się pomyślnie pomimo takiej ilości napadów i wystąpienia na raz tylu groźnych objawów. Następnie, przypadek mój rzuca pewne światło na wartość upustów krwi w leczeniu drgawek porodowych. Upusty krwi w ostatnich czasach były, jak wiadomo, gorąco zachwalane, nie dawały wszakże tych wyników, jakich się po nich spodziewano. I w moim przypadku ani cięte bańki, ani obfity krwotok z powodu przedwczesnego odklejenia się łożyska, nie wywarły żadnego zgoła wpływu na przebieg sprawy chorobowej. Dopiero szybkie rozwiązanie rodzącej, w danym razie drogą porodu wymuszonego, dało wynik pomyślny.

## II. SPRAWOZDANIA

### WYBÓR OPERACYI PRZY MIĘŚNIAKACH.

**G. Winter.** — **Wissenschaftliche Grundlagen der konservativen Myomoperationen.** Podstawy naukowe zachowawczych operacyj mięśniaków. (*Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk.* Bd. 51, Heft 1.)

Praca autora opiera się nie tylko na własnych jego spostrzeżeniach, dokładnie we wszystkich kierunkach rozpatrzonych, ale także na wszystkich nowych statystykach z odnośnego piśmiennictwa. Dla uzasadnienia zachowawczych operacyj przy myomotomii kieruje się autor następującymi względami: *a)* jakie korzyści zapewnią kobiecie zachowanie macicy; *b)* czy dolegliwości chorej również dobrze znikają po zachowawczej operacji jak po doszczętnem usunięciu macicy; *c)* która operacja, zachowawcza czy doszczętna, daje lepsze pierwotne wyniki.

Co do *a)*: przy operacji zachowawczej miesiączkowanie trwa dalej, i w pojedynczych przypadkach możliwym jest zajście w ciążę. Najczęściej spotykamy ciążę po usunięciu mięśniaków podśluzowych i podotrzewnowych; nieprawdopodobnym jest zajście w ciążę po wyluszczeniu dużych, wielkości więcej niż głowy, mięśniaków podotrzewnowo-śródmiaższowych. Jeżeli narządy rodne są wogóle zdrowe, płód może być donoszony i lekko się rodzi.

Co do *b)*: operacja zachowawcza nie usuwa dolegliwości, na które chore się uskarżały, i tylko zaledwo czwarta część operowanych zadowolona jest z wyników zabiegu; zabezpiecza zaś z pewnością od t. zw. Ausfallerscheinungen, którym ulega 12% operowanych metodą doszczętną.

Co do *c)*: operacja zachowawcza w wielu przypadkach, po wyluszczeniu wszelkich widocznych i wyczuwalnych mięśniaków, nie zabezpiecza od wznowień. Niezbędny w takim razie zabieg doszczętny uważać należy za słabą stronę operacji zachowawczej.

Operacje zachowawcze, czy dokonane na drodze pochwowej, czy też brzusznej dają gorsze wyniki pierwotne, niż operacje doszczętne.

Autor radzi operować bezwarunkowo metodą zachowawczą: 1) mięśniaki podotrzewnowe na cienkich szypułach, jeżeli macica wolna jest od zarodków mięśniakowych; 2) mięśniaki podśluzowe rodzące się; mięśniaki tego rodzaju nawet tak duże, iż wypełniają macicę do wysokości pępka i wyżej, mogą być w kilku posiedzeniach usunięte. Wyjątek stanowią te rzadkie przypadki, w których macica, z powodu wielkości i zrostów, nie może być dostatecznie ku dołowi ściągnięta.

Bezwarunkowo doszczętną powinna być operacja: 1) przy mięśniakach mięsakowato-zwyrodniałych lub o zwyrodnieniu to podejrzanych; 2) przy mięśniakach zrakowaciałych.

Wskazania do wybrania sposobu zachowawczego lub doszczętnego operacji dają: 1) mięśniaki podotrzewnowe o podstawie szerokiej; 2) mięśniaki śródmiąższowe przy równomiernie powiększonej macicy; 3) wielkie podśluzowe mięśniaki, o szerokiej podstawie, przy zupełnie zamkniętej szyi macicznej; 4) liczne mięśniaki rozmaitej postaci i wielkości.

Ostatecznie autor stawia postulat, iż przy mięśniakach należy wogóle operować metodą doszczętną. Metoda zachowawcza powinna być zastosowywana w odpowiednich dla niej przypadkach, jeżeli chora życzy sobie koniecznie potomstwa i jeżeli wielką wagę przywiązuje do zachowania czyszczeń miesięcznych. R.

## ZWALCZANIE RAKA MACICY.

**Winter. — Der Erfolg der „Bekämpfung des Uteruskrebses“ in Ostpreussen.** Wyniki walki z rakiem macicy w Prusach Książęcych. (*Centralbl. f. Gyn.* 1904, Nr 14.)

Widząc we wczesnem operowaniu najskuteczniejszy środek leczenia raka, autor rozesłał do lekarzy cyrkularz, zalecający natychmiastowe badanie podejrzanych chorych oraz przesyłanie preparatów do badań drobnowidzowych; wydał odezwę do położnych, aby natychmiast kierowały chore do lekarzy; ogłosił wreszcie odezwę do publiczności, aby kobiety wczesnem zgłaszaniem się do lekarzy ratowały się od raka. Rezultat tych zarządzeń w porównaniu z rokiem poprzednim był następujący:

Z 84 chorych 45 zwróciło się do lekarza domowego; 5 lekarzy nie odrazu badało, ale mieli po temu zrozumiałe powody. Odsetka lekarzy, którzy nie podjęli badania, spadła z 14,2 na 11,0%. Badań drobnowidzowych w roku sprawozdawczym wykonano o 39 więcej, a tylko dwaj lekarze przez zaniedbanie tego badania stali się winni błędów rozpoznawczych. Z postępowania lekarzy autor jest wogóle zadowolony.

Co się tyczy położnych, poprzednio 54% leczyły błędnie; po wydaniu odezwy tylko 14%.

Leczenie znachorów w tych 84 przypadkach żadnej nie odegrało roli.

Najważniejsze w całej tej sprawie było zachowanie się publiczności. Autor zwrócił uwagę na dwie kwestye: 1) ile czasu upłynęło od zjawienia się pierwszych objawów raka do chwili stawienia się chorej u lekarza; 2) ile czasu chore zwlekały z zaproponowaną im operacją.

Liczby dały odpowiedź następującą. Przed rokiem sprawozdawczym zwlekało z poradą więcej niż 3 miesiące 42%, w roku spra-

wozdawczym tylko 10%. Jako przyczynę zwłoki chore podały: niezajomość objawów raka 30 razy, brak bólu 19, wstyd 4, obawę przed lekarzem 14, brak środków 2 razy. Dawniej 78% chorych poddawało się operacji w ciągu dwóch tygodni od chwili zadecydowania jej konieczności, w roku sprawozdawczym liczba ta wzrosła do 90%.

Pospiech w szukaniu porady wpłynął na ilość przypadków, nadających się do operacji; ta ilość z 62% podniosła się do 74%. Postęp jest znaczny, do celu wszakże jeszcze daleko!

[Z powyższego widać, jak gorąco Niemcy podjęli walkę z rakiem. U nas przed niedawnym czasem kol. Serkowski z Łodzi urządził „jednodniowy spis rakowatych“. Spis był fałszywy w swem założeniu, gdyż nawet bardziej wzięty operator mógł w tym właśnie dniu żadnego chorego na raka nie mieć. Dla kolegów, którzy sami nie operują, akcja Wintera z Królewca niech będzie zachętą, aby wszelkie przypadki raka natychmiast kierowali do operatorów. *Przyp. ref.*]

Z. MONSIORSKI.

## JAK ZAPOBIEGAĆ ZAPALENIU PĘCHERZA MOCZOWEGO?

**K. Baisch. — Erfolge in der prophylaktischen Bekämpfung der postoperativen Cystitis.** Wyniki zapobiegawczego zwalczania pooperacyjnego zapalenia pęcherza. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1904, Nr 12.)

Ogłaszając drugą seryę operacji usunięcia macicy rakowatej drogą cięcia brzuszego według metody własnej, Wertheim wskazał na częste zapalenia pęcherza, powstające w przebiegu okresu pooperacyjnego, oraz na konieczność nadzwyczaj starannego ich leczenia. W dyskusji nad powyższym przedmiotem na Zjeździe ginekologów w Giessen Rosthorn potwierdził fakty, dodając, że wspomniane zapalenia pęcherza prowadzą bardzo często do zajęcia miedniczek nerkowych i w następstwie do śmierci. O tem samem wspominał Zweifel na posiedzeniu lipskiego Tow. położniczego w 1902 roku. Krönig, sądząc, że dostateczna podpora dla ściany pęcherza zapobiegnie jego niedowładowi i zatrzymywaniu się moczu w pęcherzu, zaproponował zeszywać otrzewną pęcherzową nie z otrzewną jamy Douglasa, lecz z błoną śluzową pochwy; Krönig był zadowolony z tej modyfikacji operacji Wertheima, a i Wertheim zauważył, że niedowład pęcherza jest wówczas mniejszy. Również i sprawozdanie z kliniki Zweifla, dotyczące 59 przypadków, wykazuje, że modyfikacja Kröniga obniżyła częstość pooperacyjnych zapaleń pęcherza z 77% na 44%. Wszelako szczegółowe badania, podjęte z polecenia Wertheima, zmniejszyły wartość i tego zapobiegawczego środka.

Autor przedsięwziął w klinice Döderleina poszukiwania nad etyologią pooperacyjnego zapalenia pęcherza, które doprowadziły go

do skonstatowania dwu głównych przyczyn: 1) zaburzenia w innerwacyi wiodą do niedowładu pęcherza, 2) pozabawienie ściany pęcherza jej podpory naturalnej, jaką stanowi macica, prowadzi do zaburzeń w odżywianiu. W podobnych warunkach gronkowce i laseczniki okrężnicy (*bac. coli*), wprowadzone z cewki do pęcherza przy cewnikowaniu, łatwo się dalej rozwijają. Opierając się na tych faktach, autor w każdym przypadku przepłukiwał pęcherz płynem odkażającym natychmiast po założeniu cewnika, aby tym sposobem zniszczyć i usunąć bezzwłocznie wprowadzone zarazki. Wynik był następujący. Z 31 operowanych jedna mogła sama oddawać mocz, 5 umarło w ciągu pierwszych ośmiu dni (bez objawów zapalenia pęcherza). Z pozostałych 25-u jedna już przed operacją miała ciężkie zapalenie nerek i pomimo płukań nie uniknęła zapalenia pęcherza; dwie inne w ciągu drugiego tygodnia miały słabe objawy podrażnienia pęcherza; pozostałe 22 chore były cewnikowane do ośmnastego dnia, a mimo to nie miały żadnych powikłań ze strony pęcherza. Autor radzi przepłukiwać pęcherz nie tylko wtedy, gdy zachodzi konieczność cewnikowania, ale nawet i wówczas, gdy chore oddają mocz samodzielnie, lecz nie są w stanie dokładnie opróżnić pęcherza. Pozostający w pęcherzu mocz stanowi dobre podłoże dla rozwoju zarazków. Po innych operacjach ginekologicznych spostrzegamy również zatrzymanie moczu, lecz daje się ono zwalczyć zazwyczaj waniem gliceryny do pęcherza; przy Wertheimowskiej operacyi środek ten zawodzi zupełnie. Autor tedy poleca swój sposób postępowania i jako niezawodny i jako jedyny do zabezpieczenia się od następczych zapaleń pęcherza.

Z. MONSIORSKI.

## EZERYNA PRZY POOPERACYJNEM WZDĘCIU KISZEK.

**G. Arndt.** — **Das Eserin in der Behandlung der postoperativen Darmparalyse.** Leczenie pooperacyjnego porażenia kiszek ezeryną. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1904, Nr 9.)

Na mocy kilkoletniego doświadczenia autor zaleca ezerynę (alkaloid bobu kalabaryjskiego) w celu usunięcia porażenia kiszek (meteorismus), występującego po laparotomii. Ezeryna podnosi napięcie mięśni kiszkowych i, sprowadzając skurcz kiszek, zwiększa jej ruchy robaczkowe (perystaltykę). Według Bauera ezeryna działa na sploty, znajdujące się w ścianie kiszek, inni znowu (Curlo) twierdzą, że alkaloid ten działa na rdzeń. Autor nie zauważył ani razu szkodliwego wpływu na serce, przeciwnie ezeryna, w małych dawkach podawana, podnosi czynność mięśnia sercowego. Autor również nigdy nie spostrzegł zaburzeń w stanie ogólnym ani w układzie nerwów ośrodkowym żadnych objawów zatrucia (zawroty, drżenie, duszność, mdłość, śpiączka). Za przeciwwskazanie do użycia ezeryny Oppenheim uważa podniesienie się poziomu przepony; ponieważ mięśnie gładkie oskrzeli, zdaniem jego, głównie podlegają

działaniu tego środka, zmniejszenie zatem pojemności płuc mogłoby spowodować śmierć. Autor nie obserwował nigdy żadnych zaburzeń w oddychaniu ani napadów duszności, pomimo iż dokładnie kontrolował oddech we wszystkich przypadkach, gdzie wzdęcie brzucha było bardzo znaczne. Autor stale stosował eserinum salicylicum, zawsze świeżo przygotowane, w postaci wstrzykiwań podskórnych. Dawkę, wynoszącą 0,001, wszystkie bez wyjątku chore dobrze znosiły. Maksymalnej dawki dziennej autor nie jest w stanie określić, ponieważ nigdy więcej nie wstrzykiwał, jak 0,002 w ciągu doby. Jeżeli dawka ta nie dopisywała, był to dowód, że chora dotknięta jest ciężkim zapaleniem otrzewnej natury zakaźnej. Curlo określa maksymalną dawkę na 4—6 mg., a normalną na 2—3 mg. Autor dzieli się z czytelnikami spostrzeżeniem, że u niektórych chorych, operowanych w położeniu Trendelenburga, bardzo zbliżonym do pionowego, wzdęcie żołądka było większe, niż kiszek. Pomimo odejścia wiatrów i zapadnięcia się brzucha, żołądek pozostawał nadal wzdęty, tak iż kontury jego można było na brzuchu zapadniętym wyraźnie określić. Czy środek ten słabiej działa na gładkie mięśnie żołądka, autor nie jest w stanie rozstrzygnąć. Oprócz ezeryny autor stosował w tych razach przepłukiwania żołądka, które podnosiły napięcie mięśnia żołądkowego i usuwały wzdęcie żołądka. Wreszcie dla zachęty autor przytacza pięć przypadków, w których ezeryna wykazała skutki zbawienne.

M. WARSZAWSKI.

## RZEŻĄCZKA U KOBIET.

**G. Hardy.** — Rzeżączka u kobiety. Ciąża, okres połogowy i rzeżączka. (*Annal. de la Société méd. chir. de Liège*, 12, 1903 i *Deutsche medic. Zeitung*, 1904, № 18.)

Rzeżączka i zapłodnienie. Zapłodnienie u kobiet, cierpiących na ostrą lub przewlekłą rzeżączkę, bywa dość częste. Sprawy rzeżączkowej podległe są najczęściej zewnętrzne części płciowe i przewód szyi macicznej. Fritsch spostrzegał ciążę nawet przy ostrej rzeżączce u obojga małżonków. Daleko częstsze bywają przypadki zapłodnienia przy przewlekłej rzeżączce macicy, szczególnie przy umiejscowieniu jej w szyi. Po obustronnem nawet zapaleniu jajowodów może nastąpić później zapłodnienie i poród czasowy.

Rzeżączka i poronienie. Wpływ rzeżączki na poronienie bywa przez jednych autorów zaprzeczany, przez innych uznawany. Według Saengera właściwość rzeżączki wywoływania poronienia jest taka sama jak przymiotu. Mniemanie to jednak nie jest ściśle stwierdzone.

Częstość rzeżączki u ciężarnych. Pod tym względem autorowie wielce się różnią między sobą, dowodem czego różnica cyfr przez nich podawana, od 6 do 76%. Większość jednak utrzymuje, iż rzeżączka u kobiet ciężarnych spostrzega się w 20—25% przypadków.



Zakażenie pierwotne i wtórne (mieszane). Objawy w przypadkach czystej rzeączki są prawie zawsze o wiele lżejsze aniżeli w przypadkach, w których po rzeączce nastąpiło zakażenie wtórne. W przypadku pierwszego rodzaju rozwinął się między 17—30 dniem połogu, przy gorączce nieprzechodzącej jednak  $39,5^{\circ}$  C., wysięk wielkości jaja w jamie Douglasa, którego nakłucie dało czyste hodowle gonokoków. Za przykład zakażenia drugiego rodzaju służyć może przypadek następujący: czwartoródka, dotknięta przymiotem i rzeączką. W d. 12 kwietnia badanie pochwowe, 16 kwietnia prawidłowy poród. Od trzeciego dnia połogu gorączka — ciepota ciała waha się między  $38-41^{\circ}$ . Zejście śmiertelne piętnastego dnia. Badanie pośmiertne wykazało zapalenie pęłogowe wnętrza macicy, zakrzep zropiały w żyłach miednicy, ostre ropne zapalenie otrzewnej, zawały przerzutowe i t. d.

Zakażenie bezpośrednio przed porodem. Niekiedy zakażenie jest zupełnie świeże, powstałe w ostatnich dniach ciąży lub w pierwszych dniach połogu. Veit np. spostrzegał 5 przypadków rzeączki, nabytej tuż przed rozwiązaniem. W każdym z tych przypadków podczas połogu występowały niepokojące objawy otrzewnowe (pelvipерitonitis).

Częstość zachorzeń pęłogowych przy rzeączce. Z 68 połoźnic z rzeączką 7 (10%) miało gorączkę z objawami zachorzenia pęłogowego w pierwszych dniach po porodzie; w tym samym zaś okresie czasu zachorowało połoźnic nie zakażonych rzeączką  $8\frac{1}{2}\%$ .

Objawy wczesne. Kroenig zwrócił uwagę na nieszkodliwość rzeączkowego wypływu na rany krocza i sromu, zabliznianie się których pod wpływem tegoż nie wiele się opóźnia.

U połoźnic z rzeączką objawy mogą być nieznaczne. Tak np. u 19-letniej pierworódki, po prawidłowym porodzie, ósmego dnia ciepota ciała podniosła się do  $39,2^{\circ}$ ; gorączka trwała 2 dni. Wypisana z zakładu szesnastego dnia; żadnych zmian w przydatkach. O ile rzadko występują ropnie macicy w połogu, o tyle często rzeączka bywa ich przyczyną.

Od objawów wczesnych, występujących w pierwszych dniach połogu, i od objawów późniejszych, występujących często po upływie miesięcy, odróżnić należy jako pośrednie objawy zachorzeń przydatków, które rozwijają się zwykle między 3—7, a nawet 3—12 tygodniem po porodzie. Steinbüchel spostrzegał z pomiędzy 8 połoźnic z rzeączką rozwój u sześciu po 2—3 miesiącach zachorzenia przydatków.

Objawy późniejsze. Rzeączka wpływa szczególnie szkodliwie na sprawność narządów rodnych. Kroenig na 74 przypadki rzeączki pęłogowej nie spostrzegał ani jednego zejścia śmiertelnego, ale bardzo często choroby przydatków i tkanek je otaczających; pacjentki te pozostają chorowite i niepłodne. Przy zachorzeniach w połogu, mających wpływ na późniejszą niepłodność, w pierwszym rzędzie odgrywają rolę gonokoki, następnie paciorn

kowce, a dopiero w końcu drobnoustroje, wywołujące gnicie. Zazwyczaj kobiety chore na rzeżączkę zostają po pierwszym porodzie nieplodne.

Gościec rzeżączkowy w połogu. Oddawna niektórzy autorowie zwrócili uwagę na tożsamość t. zw. gościca połogowego z gościcem rzeżączkowym. W 1895 r. Bar ogłosił przypadek, gdzie po porodzie wystąpiły objawy gościcowe w stawach; w wypuszczonej zapomocą nakłucia zielonkawej ropie znalazł charakterystyczne gonokoki; hodowle pozostały jałowe. Podobne spostrzeżenia zrobili również inni autorowie. Co się tyczy częstości tej sprawy, to z 266 położnic, zakażonych rzeżączką, zachorowało podczas połogu na gościec 6 ( $2\frac{1}{4}\%$ ).

Zapalenie żył rzeżączkowe w połogu (phlebitis puerperalis gonorrhoeica). Singer znalazł w 34 przypadkach zapalenia żył połogowego w wydzielinach pochwoowych; w 12 przypadkach same gonokoki, w jednym przypadku gonokoki i gronkowce, w jednym przypadku gonokoki i paciorkowce, w trzech przypadkach paciorkowce i w trzech przypadkach gronkowce. Rzeżączka więc występowała jako moment przyczynowy w powyższych przypadkach w 34%.

Zapalenie rzeżączkowe odbytnicy w połogu (proctitis). Powstaje ono drogą zanieczyszczenia odbytu przez odchody połogowe. W jednym z takich przypadków występowały nadzwyczaj silne bóle, wymagające użycia morfiny i rozszerzenia zwieracza odbytu; leczenie trwało 4 miesiące.

Zapalenie rzeżączkowe sutki (mastitis gonorrhoeica). Bardzo ciekawy przypadek podaje Sargent. Pewna kobieta odbyła poród przed 20-tu dniami; okres połogowy przebyła prawidłowo i karmiła dziecko; zmarło ono wskutek kataru żołądka i kiszek. Przy podniesionej ciepłocie ciała do 39°, w dolnych częściach obydwóch sutek utworzyły się ropnie. Przy nacięciu ich wypływa żółta, bezwonna ropa, w której znaleziono gonokoki; te ostatnie po upływie trzech dni zniknęły. Przyczyną tego ropienia był odpływ rzeżączkowy z pochwy. Zdarzało się niekiedy, iż matka po oczyszczeniu części płciowych podawała pierś dziecięciu; mogła przytem z wielką łatwością, przez ucisk brodawki nieczystymi palcami, wszczepić zarazek rzeżączkowy w przewody mleczne.

Rzeżączka u małych dziewczynek. W przypadkach zapalenia rzeżączkowego sromu i pochwy (vulvovaginitis) wyjątkowo tylko przyczyną jest zgwałcenie. W jednym ze szpitali, po przyjęciu dwóch małych pacjentek z powyższem cierpieniem, piętnaście dziewczynek zostało zarażonych przedmiotami, używanemi do mycia, i rękami posługaczek. Inna epidemia tego cierpienia wywołana była użyciem termometru do odbytnicy. W Poznaniu 236 dziewczynek zarażonych zostało przez jednoczesne użycie kąpieli borowinowych. U wszystkich znaleziono gonokoki. Bardzo często zarażenie następuje przy użyciu wspólnych nocników i t. d.

Zapalenie rzeżączkowe sromu i pochwy u dziewczynek może spowodować te same powikłania, co u kobiet dorosłych: zapalenie

ajawodów, gościec, zapalenie rzeżączkowe otrzewnej. Tego ostatniego powikłania znanych jest 13 przypadków (z tych 6 śmiertelnych). Leczenie vulvovaginitis jest bardzo zmułne: przepłukiwania i obmywania roztworem nadmanganianu potasu ( $1/2 : 1000$ ), z początku spokój zupełny w łóżku. R.

**E. Pollak.** — *Die Gonorrhö der paraathralen Gänge des Weibes.* Rzeżączka kanalików przycewkowych (parauretralnych) u kobiet. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1904, Nr 9.)

Liczne badania wykazały, jaką rolę odgrywa w sprawie zakażenia rzeżączkowego cewka moczowa kobieca i twory homologiczne z gruczołami Cowpera (t. j. gruczoły Bartholina lub Duverneya), natomiast mało znajdujemy w literaturze wenereologicznej i ginekologicznej prac o zachowaniu się względem zarazy rzeżączkowej innej grupy gruczołów homologicznych z gruczołem krokowym (t. j. kanalików przycewkowych lub t. zw. gruczołów Skenego).

W czasach nowszych Chrobak opisał zapalenie ropne gruczołów Skenego. Gruczoły te na głębokość 2 cm. były wypełnione ropą. Matzenauer w sposób dobitny ocenia znaczenie tych gruczołów w kwestyi rzeżączki ukrytej: „ukryta przez dłuższy czas w zagłębieniach błony śluzowej sprawa chorobowa może przy sposobności wywołać zakażenie wtórne cewki, obostrzyć przycichłą lub rzekomo już wygasłą rzeżączkę.

W tym samym sensie odzywa się Bumm: „powyższe twory gruczołowe zwracają na siebie uwagę tem, że się w nich niekiedy gnieździ sprawa zapalna rzeżączkowa i przez to stają się źródłem nowych zakażeń.“

Na ostatnim kongresie w Cassel Falk otwarcie wyznał, że zakażenie gruczołów i zagłębień (lacunae) dokoła wylotu cewki (urethritis externa) stanowi u kobiet przyczynę zapalenia przewlekłego cewki; oprócz gruczołów Skenego tę samą rolę odgrywają zagłębienia, znajdujące się w błonie dziewiczej (lacunae hymenales).

Etesse zwraca uwagę na wielkie niebezpieczeństwo, grożące płodowi w okresie wyrzynania się ze strony kanalików przycewkowych, dotkniętych zakażeniem rzeżączkowym. Przeoczenie stanu zakaźnego tych przewodów gruczołowych może spowodować, że główka podczas wyrzynania się drogą mechaniczną wyciska z nich ropę, zawierającą dwuziarniaki rzeżączkowe, i łatwo może zakazić rodzący się płód. Aby zapobiedz tej ewentualności, radzi autor zniszczyć doszczętnie gruczoły Skenego.

Z powyższych kilku prac łatwo się przekonać, jak ważne znaczenie ma zakażenie rzeżączkowe kanalików przycewkowych. Skutkiem obrznięcia przewodu i zasklepienia się wylotu kanalików nagromadza się w nich wydzielina ropna, zawierająca gonokoki; otrzymujemy tedy t. zw. ropień przycewkowy. Następnie, częste nawroty u kobiet, które niedawno zostały wyleczone z rzeżączki

(co zostało stwierdzone badaniem bakteriologicznym wydzieliny), w braku innej przyczyny przypisać należy pierwiastkom zakaźnym, ukrytym w licznych zagłębieniach dokoła wylotu cewki.

Pollak zadał sobie pytanie, jak często ulegają zakażeniu kanałki przycewkowe, gdy w cewce wykazano obecność gonokoków. W tym celu autor zbadał 100 kobiet, u których niewątpliwie znaleziono gonokoki w wydzielinie z cewki. Jak widać z przedstawionej tabelki, autor doszedł do następujących wniosków: Kobiety, które się leczyły na inne choroby weneryczne, jednocześnie były dotknięte rzeżączką przewlekłą lub podostrą, gdyż w 25% przypadków znaleziono znaczną ilość gonokoków. W 45% wszystkich przypadków w treści kanałków przycewkowych wykazano obecność gonokoków. Z tych 45% sprawa rzeżączkowa 31 razy (= 68,88%) wykryta została w kanałkach przycewkowych tylko z jednej strony, a w pozostałych 14 przypadkach (= 38,11%) obie strony przyjmowały udział w sprawie zakaźnej. W kilku (9) przypadkach, pomimo obecności dużej ilości gonokoków w cewce, w gruczołach Skenego wcale ich nie znaleziono. W jednym przypadku stosunek był odwrotny: pomimo badania subtelnego w wydzielinie cewki nie znaleziono ani jednego gonokoka, a z zawartości lewego gruczoła Skenego otrzymano prawie czyste kultury gonokoków. Ten przypadek i kilka (5) innych usprawiedliwiają poglądy Matzenauera i Bumma, że przez leczenie racjonalne (protargolem) cewki i wycieranie zapobiegawcze szyi resp. jamy macicy można doprowadzić do zupełnego zniknięcia gonokoków, lecz bujające w głębi kanałków przycewkowych i okołocewkowych drobnoustroje mogą w warunkach pomysłnych każdej chwili wywołać obostwienie sprawy chorobowej. Na mocy powyższego autor żąda, *aby w przyszłości narówni z wydzieliną cewki badano zawartość gruczołów Skenego*. Na potwierdzenie swojego poglądu przytacza ciekawy przypadek kazuistyczny:

25-letnia pacjentka zgłosiła się do niego w dniu 16 września 1901 r. z objawami zastarzałej rzeżączki wstępującej (gon. ascendens). Znalazszy gonokoki w zawartości cewki, autor przepłukał pęcherz i cewkę 1% roztworem protargolu i jednocześnie zalecił środki w celu wessania guzów przydatków obustronnych. Po kilku miesiącach znowu zbadał chorą i prócz zrostów i zgrubienia przydatków nic ciekawego nie znalazł. Następne badanie zawartości cewki oraz wydzieliny śluzowej z szyi macicznej dało wynik ujemny. Stosunki płciowe z mężem odbywały się z zezwolenia lekarza, który leczył męża. W lecie 1902 roku autor wyciął pacjentce 3 torbiele pochwowe z tylnej ściany (największa z nich była wielkości orzecha laskowego). zbadał zawartość każdej torbieli oddzielnie pod względem bakteriologicznym i nie znalazł żadnych drobnoustrojów. W październiku tegoż roku zachorował na rzeżączkę (ostrą lub obostrzoną) mąż, który żadnych stosunków płciowych nie miał poza domem. Pacjentka zgłosiła się do autora, który tym razem znalazł w zawartości cewki moc gonokoków. Nie mogąc sobie zdać sprawy z etyologii tego nowego zakażenia,

zbadał pod względem bakteryologicznym zawartość obu gruczołów przycewkowych i znalazł w treści prawego kanału liczne gonokoki. Nie ulegało wątpliwości, że tym razem źródłem zakażenia były ukryte w gruczołach Skenego gonokoki. Przypadek ten w zupełności potwierdza poglądy cytowanych autorów.

M. WARSZAWSKI.

## PRZECIĘCIE KOŚCI ŁONOWEJ PODŁUG GIGLIEGO.

**Leonardo Gigli.** — **Lateralschnitt des Beckens.** Cięcia boczne miednicy. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1904, Nr 9.)

Przeglądając statystykę cięcia łonowego (symfizeotomii) za ostatnie dziesięciolecie, nie można wyjść z podziwienia, że przeważna część ran, powstałych po cięciu łonowym, goiła się per secundam i że rany z łatwością ulegały zakażeniu. Zdarzało się to nawet w klinikach najidealniej urządzonych, gdzie gojenie się ran największych per primam było poniekąd prawidłem. Odkąd zaczęto stosować cięcia boczne kości łonowej (autor wyliczył już 15 przypadków), wszystkie bez wyjątku przypadki, niezależnie od warunków i miejsca, miały zejście pomyślne: wszystkie się gładko zagoiły. Podczas operacji nie było żadnych powikłań; części miękkie szybko się goiły, w krótkim czasie blizna kostna ciężała, nie pozostawiała po operacji żadnych skutków ujemnych. Wszystkie chore, u których robiono cięcia boczne miednicy, opuszczały łóżko w ciągu czterech tygodni.

M. WARSZAWSKI.

## ZGORZEL KOŃCZYN W POŁOGU.

**E. Wormser.** — **Ueber puerperale Gangrän der Extremitäten.** Zgorzel kończyn podczas porodu. (*Wien. klin. Rundsch.* 1904, Nr 5, 6.)

Głównym momentem przyczynowym zgorzeli kończyn podczas porodu bywa zawsze zakażenie. Zazwyczaj spotyka się gnilne zapalenie wnętrza macicy porodowe (endometritis puerperalis septica). Stąd zakażenie rozszerza się dalej, już to na drodze naczyń chłonnych, już to krwionośnych; następuje zapalenie żył macicy (metrophlebitis), zapalenie żył udowych; występują objawy porodowego zakrzepu żylnego (thrombophlebitis) lub phlegmasiae albae dolentis. Innym razem zarodki zakaźne albo wdrażają wprost do krwiobiegu i powodują zapalenie wsierdźcia (endocarditis), które przebiegać może bez objawów, aż nagle powstanie zatoru (embolia) ujawnia niespostrzeżoną chorobę serca; albo też zarodki gnilne, a możliwie, iż tylko wytworzone przez nie toksyny osadzają się na błonie wewnętrznej (intima) tętnicy lub żyły, powodując pierwotny zakrzep w zajętem naczyniu. Autor podaje, że w 54-ch

spostrzeganych przezeń przypadkach, 20 razy zajęta była kończyna lewa, 20 razy prawa, 9 razy obie kończyny, a w 5 razach kończyna nie jest oznaczona. Najczęściej zgorzel dosięgała aż do goleni.

Objawy zgorzeli są różne stosownie do drogi, którą zakażenie wdraża przez wrota w przewodzie rodnym. Z objawów podmiotowych pierwsze miejsce zajmują nadzwyczaj silne bóle. W przypadkach zatkania tętnicy ważnym i charakterystycznym znakiem jest brak tętnienia poniżej zakrzepu a raczej zatoru. Prawie jednocześnie czucie bywa zmniejszone, jakkolwiek możliwość ruchu może być jeszcze zachowana. Bardzo wczesnie, często nawet przed zmianą w czuciu, następuje sinawe zabarwienie i obniżenie ciepłoty, tak iż z wszelkiem prawdopodobieństwem, mając przed sobą ten stek objawów, przepowiedzieć można wystąpienie zgorzeli. Zabarwienie staje się ciemniejszym, niebieskawem, następnie ciemnoniebieskiem, w końcu na częściach obwodowych zupełnie czarnem, a w częściach, więcej posiadających soków, wszelkie możliwe odcienienia jako też pęcherze naskórkowe tworzą obraz różnobarwny. Co się dotyczy powstania suchej lub wilgotnej zgorzeli, to zależy ono od tego, w jak prędkim czasie następuje zupełne wstrzymanie krążenia, i w jakim stopniu warunki zewnętrzne sprzyjają wysychaniu. W wielu przypadkach występują jednocześnie obie postacie zgorzeli; palce, pięta, jeden lub oba brzegi stopy ulegają wyschnięciu, stają się czarne i twarde jak kamień, gdy tymczasem powyżej na grzbiecie stopy, w okolicy stawu skokowego i goleni tworzą się wielkie pęcherze o mętnej, cuchnącej zawartości. Jak tylko wytworzyła się zgorzel, bóle, często poprzednio będące nie do wytrzymania, ustępują, ale ogólny stan nierzadko znacznie się pogarsza, albowiem do pierwotnej sprawy zakaźnej przyłącza się wessanie zmartwiałych cząstek; tętno i ciepłota podnoszą się i zejście śmiertelne może nastąpić, zanim wogóle dojdzie do ograniczenia (demarcatio) zgorzeli. Zdaje się, iż to bywa częściej przy zatkaniu tętnicy, aniżeli przy zatkaniu żyły. Gdy zaś następuje ograniczenie zgorzeli, to groźne objawy, w miarę wytwarzania się odgraniczającej linii, stopniowo znikają, gdyż widocznie ustrój, o ile to jest dlań jeszcze możliwe, broni się przed wchłanianiem produktów rozkładowych, pochodzących z części zmartwiałych. W każdym razie części te zmartwiałe zagrażają ciąglem niebezpieczeństwem ustrojowi i należy je jak najprędzej usunąć, kierując się ogólnymi zasadami chirurgii.

*Rokowanie* przy płożowej zgorzeli kończyn zależy przedewszystkiem od tego, o ile wczesnie może być dokonane odjęcie (amputacja) zajętej kończyny, jak to uwidocznia zebrana przez autora statystyka śmiertelności. Z pomiędzy 54 przypadków w 24 dokonane zostało odjęcie kończyny, 30 nie było operowanych. Z operowanych wyzdrowiało 18, zmarło 6; u wszystkich nieoperowanych nastąpiło zejście śmiertelne. Zawsze wszakże przy zgorzeli płożowej rokowanie jest bardzo poważne, albowiem  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  przypadków umiera.

Co się dotyczy *zapobiegania* (prophylaxis) zgorzeli, to polega ono na zachowywaniu przepisów aseptyki i antyseptyki przy porodzie; ale, o ile dotychczas nie udało się ustrzedz i zapobiedz jakimkolwiek zakażeniu pógogowemu, jakimkolwiek zapaleniu żył lub zapaleniu wsierdza w pógogu, o tyle nie można być pewnym, iż zgorzel nie wystąpi.

*Leczenie* jest prawie bezsilne w miarę występowania objawów zgorzeli. Podniecanie krwiobiegu wogóle, a szczególnie w zajętej kończynie środkami, wzmacniającymi działalność serca, i wysokiem ułożeniem kończyny — jest to wszystko, co można zrobić; środków pewnych, wpływających na sprawę gnilną, będącą pierwotną przyczyną zgorzeli, dotychczas nie posiadamy. R.

### OBOJNACTWO.

**Hector Clare Cameron.** — **Notes on a case of hermaphroditism.** Przypadek obojnectwa. (*The Brit. Gynaecol. Journal*, 1904, Feb., p. 347.)

27-letni inżynier, od lat trzech bezdzietnie żonaty, zgłosił się do autora z powodu bólów w prawem podbrzuszu. Pierwszego napadu bólów doznał w 13-tym roku życia i wtedy przez cały tydzień musiał przeleżeć w łózk, drugi napad wystąpił w 23 roku; napady stają się coraz częstsze, dotychczas było naogół 13—14. Bóle były zawsze umiejscowione w okolicy wyrostka robaczkowego. Bolesność tej okolicy trwała zwykle trzy do czterech dni. Gorączki nie było. Rozpoznanie było trudne, albowiem jedynym objawem, przemawiającym za zapaleniem wyrostka, był ból: nie było, ani wysięku ani stłumienia przy opukiwaniu. Bóle dochodziły do tego stopnia, że pacjent zmuszony był uciekać się stale do morfiny. W maju 1903 autor przystąpił do operacji, lecz nie znalazł w wyrostku robaczkowym, prócz nadzwyczajnej długości, żadnych zmian chorobowych; jednakże wyrostek usunął. W nocy po operacji chory nie mógł oddać moczu; asystent przy cewnikowaniu zauważył brak prawego jądra w mosznie i zawiadomił o tem Camerona. Wtedy dopiero przyszło autorowi na myśl, czy przyczyną bólów nie jest czasem kryptorchizm prawostronny. Chory wypisał się ze szpitala, lecz w listopadzie tegoż roku powrócił, oświadczając, że bóle są obecnie jeszcze silniejsze i że powtarzały się od maja prawidłowo co miesiąc, trwając po 48 godzin. Autor był osobiście świadkiem cierpień chorego i widział, jak pacjent wił się z bólu na łózk. Powziąwszy postanowienie, aby odszukać prawe jądro, autor dnia 16 grudnia dokonał cięcia brzuszego w linii prostej równoległej do prawego musculus abdominis rectus nazewnątrz mięśnia: wprowadziwszy rękę do jamy brzusznej wydobyl on ku wielkiemu zdziwieniu swemu okrągławe ciało — macicę z jednym jajowodem (prawym) i prawidłowo wyglądającym jajnikiem. Nie wiedząc, jakie są stosunki anatomiczne trzonu macicy do pochwy lub też do cewki męskiej, pozowił macicę nietkniętą, amputując jajowód i jajnik; ten ostatni wy-

każal pod drobnowidzem budowę prawidłową jajnika. Pacjent po tygodniu był zdrow, i bóle, jak się następnie pokazało, ustały ostatecznie. Macica miała długość normalną, lecz była bardzo wązka. Sutki były kobiece. W trakcie wywiadów okazało się, że podczas napadów bólów sutki zawsze nabrzmiwały i stawały się tak wrażliwe, że nawet ucisk kołdry dokuczał. Prącie (penis) było dobrze ukształtowane a nawet rozmiarów bardzo znacznych. Moszna po prawej stronie była próżna. Szew (raphe) wyraźny, po stronie lewej wyciętym jakby jądro, przyjądrze i powrózek nasienny. Miednica była prawidłowa. Ciało, wyciętym per rectum, autor uznał za gruczoł krokowy (prostata), położony jednak nadzwyczaj nisko, tuż powyżej sphincter ani. Głos był delikatny, lecz nie kobiecy. Erekcye były prawidłowe, i stosunek z żoną odbywał się prawidłowo ku zobopólnemu zadowoleniu. Przed ślubem bywały pollucye, lecz tylko rzadko. Cameron przypuszcza, że ciało, zawarte w lewej połowie moszny, nie jest jajnikiem zboczonym, ponieważ podczas bólów comiesięcznych nie nabrzmiwało jak np. sutki. Wobec danych dotychczasowego doświadczenia należałoby — zdaniem referenta — przypuszczać, że ciało to jest jajnikiem. Cameron jednak zdaje się być zdania odmiennego i upatruje w swoim przypadku klinicznie obojętne prawdziwe. Badanie drobnowidzowe (prof. Muir) wykazało, iż osnowa (stroma) wyciętego jajnika zawiera bardzo liczne komórki, tu i owdzie znaleziono pęcherzyki Graafa z dobrze zachowanymi jajeczkami. W jednym miejscu znaleziono nawet dawne ciało żółtawe (corpus luteum), sklerotyczne. Moszna, prącie i cewka były prawidłowe.

FR. NEUGEBAUER.

### III.

## TOWARZYSTWA LEKARSKIE

### SEKCJA GINEKOLOGICZNA WARSZAWSKA.

#### III. Posiedzenie dnia 25 czerwca 1904.

Przewodniczący: wiceprezes II kol. **Józef Jaworski**. Sekretarz: kol. **Cz. Staniewicz**. — Obecnych członków 15, gości 9.

I. Kol. **P. Hincz** (jako gość) przedstawia **łożysko niezwyklej wielkości**. Łożysko to pochodzi od 30-letniej po raz czwarty rodzącej, która poprzednie porody odbyła zupełnie prawidłowo. W ciągu ostatnich dni ciąży miała parokrotnie niewielkie krwawienie z części rodnych. Na kilka tygodni przed porodem były obrzęki kończyn dolnych, jednocześnie z tem ciężarna czuła się bardzo osłabiona; po upływie dwóch tygodni obrzęki znikły. Sprawa porodowa postępowała bardzo



powoli wskutek słabych bólów; dopiero pod koniec drugiej doby bóle się wzmogły, i wtedy rodząca zaczęła obficie krwawić. Kol. H. wykonał wymóżdżenie martwego płodu przy otwarciu na 3 palce. Łożysko odeszło samo w parę minut po wydobyciu płodu; kilka niewielkich kawałków, pozostałych w macicy, usunięto. Waga łożyska blisko 2000,0. Długość pępowiny niespełna 30 ctm. Tkanka łożyska niezwykle blada, miękka, krucha. O ile się zdaje, mamy w danym razie do czynienia z obrzękiem i wtórnym przerostem łożyska wskutek zaburzeń w krwiobiegu łożyskowym. Żadnej jednak ze zwykle przytaczanych przyczyn tych zaburzeń (choroby serca, naczyń krwionośnych, nerek u matki lub dziecka) w danym przypadku nie znaleziono. Pewne prawdopodobieństwo — zdaniem kol. H. — ma przypuszczenie, że przyczyną powyższych zmian w łożysku była jakaś ostra sprawa w sercu lub nerkach u matki (jak na to wskazują wywiady wyżej), lub też zbyt krótka pępowina, przez co nastąpiło rozciągnięcie, ewentualnie zwężenie światła naczyń pępowinowych.

Kol. P. HINCZ dodaje, iż krwawienie w danym przypadku zależało od przedwczesnego odklejenia się łożyska, co mogło być spowodowane przez znaczny ciężar łożyska.

Kol. J. JAWORSKI mówi, że przypadek powyższy zasługuje na bliższą uwagę, nasamprzód dla tego, iż widzimy tutaj niezwykle wielkość i ciężkość łożyska, jako takiego i w stosunku do wagi dziecka. Jest tutaj niestosunek wagi łożyska (2000 gr.) do wagi dziecka (1800 gr.). Powtórne etiologia przedwczesnego odklejenia się łożyska i następczego krwotoku w przypadku tym nasuwa pewne pytania. W rzędzie przyczyn, powodujących przedwczesne odklejanie się łożyska, podawane są między innymi zmiany w endometrium, warunkowane cierpieniami nerek, serca. W tym razie istniało, jak wskazują wywiady, prawidłowe przyklejenie łożyska, a zmian chorobowych ani w nerkach, ani w sercu nie udało się stwierdzić.

Podobny przypadek opisał niedawno Hirsch: u 28-letniej kobiety zdrowej, z powodu krwotoku w następstwie przedwczesnego odklejenia się łożyska, prawidłowo umiejscowionego, wykonano obrót, po którym rodząca zmarła. Zmian w nerkach i sercu nie odnaleziono, uprzednio natomiast stwierdzono wstrząs nerwowy i przemęczenie z powodu pielęgnowania obłożnie chorego w rodzinie. Oba te momenty autor uznał za ważne dla etiologii odklejenia się łożyska i krwotoku.

Kol. ST. CYKOWSKI zapytuje, czy nie było u chorej wskazówek na syfilis.

Kol. A. THIEME zaznacza, iż badanie drobnowidzowe powinno wyjaśnić istotę sprawy.

II. Kol. **Maryan Ryłko** przedstawia **włókniak wargi sromnej większej** lewej, usunięty u pierwiastki dziesiątego dnia po porodzie. Guz wielkości małej pięści był usadowiony na szypule grubości przeszło palca i długiej około 6 cm. Postać guza spłaszczona, zrazowata, z głębokimi bruzdami pomiędzy pojedynczemi zrazami. Obszerna odleżyna na dolnej powierzchni guza. W ciągu ostatnich miesięcy cięży guz szybko powiększał się.

III. Kol. **Czesław Stankiewicz** przedstawia i omawia treściwie dwa nowe preparaty farmaceutyczne:

a) **lactagol** — środek, pobudzający czynność wydzielniczą gruczołów mlecznych.

b) **thigenol** — preparat, zastępujący ichtyol i tyol.

IV. Kol. **Stefan Janczewski** w zastępstwie kol. Fr. Neugebaura przedstawia i omawia **przypadek kręgozmyku**. Rzecz ta będzie drukowana w *Ginekologii*.

Kol. M. ZWEIFBAUM wypowiada zdanie, iż nazwa *kręgozmyk* nie jest zupełnie odpowiednia, za właściwszą uważałby *kręgospad*.

V. Kol. **Bolesław Grzankowski** wygłosił odczyt o powikłaniu ciąży macicznej torbielą międzywzrostkową. Przypadek, spostrzegany na oddziale prelegenta w szpitalu Dzieciątka Jezus, dotyczył ciężarnej, będącej w czwartym miesiącu ciąży. Rozpoznanie torbieli jako podotrzewnowej ustalono dopiero podczas celiotomii, która pozostała tylko rozpoznawczą.

Ciężarna zniosła zabieg doskonale, jest dwa miesiące po operacji i obecnie oczekuje mniej więcej za dwa miesiące rozwiązania, przy którym pomoc operacyjna będzie niezbędna.

Prelegent omawia szczegółowo rozpoznanie różniczkowe. Przytacza cechy, odróżniające torbiel podotrzewnową od torbieli śródotrzewnowej uwięźniętej i od uwięźniętej macicy ciężarnej przy tyłozgięciu. Zatrzymując się na torbielach podotrzewnowych, bierze pod uwagę możliwe ich rodzaje: torbieli przyjajnikowej, torbieli skórzastej, torbieli bąblowcowej, przepukliny oponowej krzyżowej przedniej, wreszcie worka płodowego ciąży zamacicznej.

W postępowaniu leczniczym kol. G. odróżnia leczenie torbieli śródotrzewnowych (przeważnie jajnikowych) od podotrzewnowych, wklajających ciążę.

Powikłania ciąży torbielami śródotrzewnowymi są klinicznie przestudowane— w tych razach jest wskazana owaryotomia. Powikłania ciąży torbielami podotrzewnowymi są dopiero przedmiotem studyów w ostatnich latach, nie posiadają własnej statystyki operacyjnej, a wybór metody waha się głównie między cięciem cesarskim w końcu ciąży lub przy porodzie albo też metodą Fritscha, polegającą na opróżnieniu guza przez cięcie pochwowe i usunięciu przez to niezdrożności kanału rodnego w celu rozwiązania ciężarnej lub rodzącej.

Prelegent zastanawia się najprzód nad trudnościami, jakie spotykamy przy celiotomii z wyluszczeniem doszczętnem guza z pod otrzewnej wobec macicy ciężarnej lub przy exstirpatio cystis intraligamentaris in graviditate drogą pochwową; potem opisuje metodę Fritscha oraz cięcie cesarskie, stosowane w podobnych przypadkach. W braku właściwej statystyki dla operacji przy torbielach podotrzewnowych, prelegent przytacza dane ze statystyki Kerrona (o guzach wogóle w małej miednicy przy porodzie) i Franty (o torbielach bąblowcowych przy porodzie), którymi można do pewnego stopnia kierować się przy wyborze tej lub owej metody operacyjnej.

W końcu kol. G. podnosi kwestyę terminu wykonywania operacji metodą Fritscha.

(Odczyt kol. Grzankowskiego będzie w całości pomieszczony w jednym z następujących zeszytów *Ginekologii*.)

Kol. A. KARCZEWSKI. Rozważając postępowanie lekarskie w przypadkach ciąży, powikłanej guzami torbielowatymi, usadowionymi i umocowanymi w miednicy małej, należy, zdaniem mojem, uwzględnić okres ciąży, w którym chora zjawia się do lekarza. Okoliczność ta niesłusznie, jak mi się zdaje, została pominięta przez kol. Grzankowskiego.

Sądzę, że inaczej powinien zachować się lekarz wówczas, gdy ma do czynienia z chora, będącą w początkowych okresach ciąży, inaczej zaś, gdy ciąża jest już znacznie posunięta.

W przypadku omawianym należałoby przedewszystkiem postarać się o sztuczne przerwanie ciąży. Po upływie okresu połogowego usunięcie torbieli nie nastę-

czaloby żadnej zgoła trudności. W podobnych warunkach poświęcenie życia płodu na korzyść życia matki w myśl ogólnej zasady położniczej było zupełnie usprawiedliwione nie tylko ze względu na niebezpieczeństwo, zagrażające matce, lecz i z tego powodu, iż prawdopodobieństwo życia dziecka, jak tego dowodzą dane statystyczne, przytoczone przez kol. Grzankowskiego, jest bardzo problematyczne.

Rozumie się, że w przypadkach ciąży daleko posuniętej, postępowanie podobne byłoby zupełnie niewłaściwe. Tu nie pozostaje nic innego jak wyczekiwanie kresu ciąży i umożliwienie porodu przez nakłucie torbieli. Zdaje mi się, że najodpowiedniejszym czasem do wykonania podobnego nakłucia jest chwila rozpoczęcia się porodu, nie zaś termin „na kilka dni przed porodem“, zalecany przez kol. Grzankowskiego.

Kol. Cz. STANKIEWICZ. Podzielam zdanie kol. Karczewskiego, iż w danej sprawie należy rozróżniać wczesne okresy ciąży od okresów późniejszych. O ile guz zajmuje jamę miednicy małej, a więc przy porodzie może stanowić przeszkodę, powinniśmy postępować z nim, jak z nowotworem złośliwym. Innymi słowy, staje się rzeczą konieczną zabieg operacyjny, mający na celu doszczętne usunięcie guza. Zdaniem moim, jest tu zawsze najodpowiedniejsza droga cięcia brzuszego, gdyż jedynie daje możliwość dokładnego rozejrzenia się w warunkach topograficznych danego guza; droga pochwowa, a więc nakłucie i opróżnienie torbieli, będzie wyrazem naszej niedomogi chirurgicznej, nie jest doszczętna a kryje w sobie również niebezpieczeństwo (ropienie w torbieli, peritonitis).

Wychodząc z powyższego założenia, stanowisko swoje wobec guzów, wklajających ciążę, określiłbym w sposób następujący.

W pierwszych miesiącach ciąży głównym wskazaniem dla nas jest sam guz. *Guz ten należy usunąć na drodze brzusznej.* Jak wskazuje doświadczenie, tylko w niewielkiej liczbie przypadków zabieg operacyjny pociąga za sobą przerwanie ciąży.

Inaczej rzecz się przedstawia w drugiej połowie ciąży. Tu, zdaniem moim, najlepiej jest wyczekiwać końca ciąży ew. rozpoczęcia się porodu, aby w warunkach dla dziecka najlepszych wykonać *cięcie cesarskie.*

Czy usunąć guz jednocześnie, zależy to od danego przypadku. Torbiele jajnikowe śródotrzewnowe, nie spojenie z otoczeniem, mogą być usunięte na temże posiedzeniu, gdyż zabieg to łatwy i zaledwie o parę minut przedłużający operację. Przeciwnie, jeśli napotkamy liczne zrosty lub guz, usadowiony międzywiązowo, bezpieczniej jest poprzestać na cięciu cesarskim, odkładając operację guza na później, gdyż w danym przypadku zachodziłaby poważna wątpliwość, czy chora zniesie dwa duże zabiegi.

Po rozpoczęciu porodu nie należy zbyt długo zwlekać z przystąpieniem do operacji. Odnośna kazuistyka wskazuje, iż w pewnej liczbie spostrzeżeń następuje pęknięcie torbieli pod naciskiem części przodującej. W tym względzie pozwałam sobie podzielić się z Sz. Kolegami następującym spostrzeżeniem. W roku 1896 byłem wezwany do 30-letniej rodzącej, która poprzednie trzy porody odbyła prawidłowo. Znalazłem kobietę dobrze zbudowaną z objawami ostrego zapalenia otrzewnej. Ciepłota 38,5° C., tętno 160, drobne. Wody nie odeszły, bóle porodowe trwają od trzech dni, naogół słabe, dnia ubiegłego były silniejsze. Odgłos bębnowy z odcieniem metalicznym na całej przestrzeni jamy brzusznej, chębotanie wyraźne. Prawie cała jama miednicy małej zajęta przez guz nieruchomy, nie-

równomiernie miękki, chęłboczący. Część przodująca na jakieś 4 ctm. ponad spojeniem łonowem, bardzo trudno dostępna. Otwarcie na 4 palce. Położenie płodu twarżowe.

*Rozpoznanie.* Partus inchoatus. Cystis probabilliter dermoidalis *rupta*. Peritonitis universalis.

Wykonałem bez zwłoki cięcie cesarskie zachowawcze i owaryotomię. Po otwarciu jamy brzusznej wychodzą ze świstem cuchnące gazy, i wylewa się masa cuchnąca, biaława, dość gęsta—zawartość torbieli. Torbiel skórzasta (wewnątrz włosy i 2 zęby), wychodząca z jajnika prawego, na całej swej bocznej i dolnej powierzchni zróżnieta ze ścianami jamy Douglasa. Worek Mikulicza.

Po operacji tętno nie poprawiło się, i chora zmarła w ciągu następnej doby. Dziecko płci żeńskiej, dobrze rozwinięte, wydobyto żywe.

W danym przypadku mieliśmy więc pęknięcie torbieli jajnikowej skórzastej w przebiegu porodu.

Kol. J. JAWORSKI zwraca uwagę, iż kwestya operowania torbieli podczas ciąży posiada ogólniejsze znaczenie. W tych razach nie chodzi tylko o to, w jaki sposób operować, lecz i kiedy, w jakich przypadkach to czynić? Jest to przedmiotem rozpraw i dotychczas. Przed paru laty Fehling w pracy, pominiętej w odczycie, wyraził zapatrywanie, że nie powinno się usuwać torbieli jajnikowych w razie ciąży, i twierdził, że operacya wskazana bywa: przy skręceniu szypuły, w razie szybkiego wzrostu guza i przy wklonowaniu się w małej miednicy. Szczególniej należy się wstrzymywać od operacyi u pierwiastek i tam, gdzie przedewszystkiem ceni się życie dziecka. Zupełnie odmiennego zdania jest Pfannenstiel, według którego, w razie rozpoznania torbieli u ciężarnej, wypada natychmiast przystąpić do operacyi, ponieważ poród, a szczególniej połów, z powodu rozluźnienia się więzadeł usposabia do skręcenia szypuły. J ten pogląd ma pewną podstawę, odnośna bowiem ostatnia statystyka Graefego, oparta na 181 przypadku, wyraża śmiertelność matek po operacyi 2,3%, a przerwę ciąży wskutek operowania torbieli 22,5%, z drugiej jednak strony liczba ta nie jest zbyt wielka, gdyż i bez operacyi przerwa ciąży następuje w 17% wszystkich ciąży przy istnieniu torbieli jajnika. W końcu kol. J. podnosi ważność praktyczną ścisłych wskazań do operacyi, podanych przez prof. Fehlinga.

Kol. B. GRZANKOWSKI odpowiada koledze KARCZEWSKIEMU: Sztuczne poronienie w naszym przypadku było nie do wykonania. Przy macicy w czwartym miesiącu ciąży, uniesionej tak wysoko, że trzon jej sięgał do pępka, a ujście maciczne stało wysoko za spojeniem łonowem, przy zachowanej szyi macicznej i ujściu nie przepuszczającym końca palca, wobec torbieli, która wypełniała wejście do miednicy małej i jej górną część tak dalece, że pozostały kanał był drożny tylko dla 1½ palca—wszelkie rękoczyny byłyby niewykonalne.

W warunkach podobnych samoistne wydalenie płodu czteromiesięcznego i łożyska byłoby niemożliwe. Silne skurcze maciczne, dążące do usunięcia pręmcą jaja płodowego, naprzykład po sztucznem przekłuciu błon, mogłyby przez ucisk części przodującej na torbiel spowodować pęknięcie jej. Wszelkie próby sztucznego wydobycia jaja płodowego byłyby związane z uciskiem na torbiel czy to przy ściąganiu części pochwowej, czy też przy wyjmowaniu płodu i nasuwałyby obawę pęknięcia torbieli. Mówię tylko o próbach, bo wydobywanie płodu nawet z rozkawałeniem w tych warunkach uważam za niemożliwe, i tak się zapatrywali na to wszyscy koledzy, którzy badali chorą na oddziale.

Co się zaś tyczy stosowania sztucznego poronienia w przypadkach powikłania ciąży podotrzewnowej, to w zasadzie metoda ta mogła mieć zastosowanie. Wszak nie we wszystkich przypadkach ciąża będzie tak daleko posunięta, i nie wszędzie kanał rodny będzie tak ścieśniony, żeby była wykluczona możliwość wykonania sztucznego poronienia.

Istnieje wszelako inna przeszkoda do częstego stosowania tej metody, mianowicie trudność rozróżnienia torbieli podotrzewnowej od śródotrzewnowej. Nasz przypadek może służyć przykładem trudności w rozpoznaniu różniczkowym, które szczegółowo opowiedziałem w odczycie. Gdzie istnienie torbieli śródotrzewnowej nie jest wykluczone, tam nie wolno robić sztucznego poronienia, bo owaryotomia in graviditate daje bardzo pomyślne wyniki tak dla matki jak i dla płodu.

Koledze Cz. STANKIEWICZOWI: Cięcie cesarskie jest bezwzględnie tą metodą operacyjną, która przedewszystkiem przychodzi nam na myśl przy niedrożności kanału rodnego, i do której zachęcają wyrobiona aseptyka i technika, zapewniające w zwykłych przypadkach dobre zejście dla matki i dziecka.

Cięcie cesarskie w razie powikłania ciąży torbielami podotrzewnowymi jest robione w gorszych warunkach co do aseptyki, bo obfitsze krwawienie utrudnia utrzymywanie jamy otrzewnej w suchości, a możliwość otwarcia guza nasuwa obawy wylania się niepewnej zawartości do jamy otrzewnej, jest technicznie znacznie trudniejsze, bo operujący musi być przygotowany na wyluszczenie guza, a w danym razie nawet na wycięcie macicy. Zwiózczenie macicy (atonia) po cięciu cesarskiem przy guzie przymacicznym lub przy worku Mikulicza w jamie, pozostałej po guzie, może być tak częstym objawem, jak to zdarza się przy przepełnieniu pęcherza u zwyczajnej położnicy; gdy w tych przypadkach, opróżniając pęcherz, wstrzymujemy krwotok, — tam musimy uciekać się do wycięcia macicy.

Statystyka cięcia cesarskiego przy torbielach podotrzewnowych nie istnieje, statystyka zaś tej operacji przy guzach małej miednicy wogóle daje 20% (Kerron) do 100% (Franta) śmiertelności dla matek i przy dzisiejszym stanie naszej wiedzy klinicznej nie zachęca do operowania tą metodą. Zapewne, że w przypadku, gdzie matka pragnie mieć dziecko żywe, poświęcając się na wszelkie niebezpieczeństwo, gdzie ogólny stan zdrowia jej pozwala na podejmowanie operacji dłuższych i trudniejszych, gdzie wreszcie operujący posiada wszystkie warunki, pozwalające na przejście od cięcia cesarskiego do ewentualnie trudniejszych operacji (np. wyluszczenia guza, wycięcia macicy) — tam cięcie cesarskie może być robione, i decyzya co do tego musi być w każdym poszczególnym przypadku pozostawiona operującemu lekarzowi.

Koledze JAWORSKIEMU: Fehling w kwestyi owaryotomii in graviditate jest zdania, że wskazanie do operacji może być wyrobione tylko w każdym poszczególnym przypadku. Prace Fehlinga są stare. Wobec dzisiejszych statystyk operacji przy torbielach jajnikowych są wskazane bezwzględnie (Martin, Graefe, Orgler). Co się zaś tyczy torbieli podotrzewnowych w przebiegu ciąży, to przypadki podobne należą do tych białych kruków, które dopiero w ostatnich latach zostały zbadane naukowo i własnej statystyki operacyjnej nie posiadają. Pomijając kwestyę wyboru tej lub owej metody operacyjnej muszę zaznaczyć, że przy torbielach podotrzewnowych (za wyjątkiem torbieli przyjajnikowych na szypule, które można niekiedy klinicznie zrównać z jajnikowymi), — wskazanie do opera-

cyi jest bezwzględne. Stawiamy je na zasadzie niedrożności kanału rodowego, i tylko może być mowa o wyborze metody operacyjnej i terminie do wykonania operacyi.

Kol. A. KARCZEWSKI. Nie rozumiem dokładnie, dla czego kol. Grzankowski kładzie tak wielki nacisk na to, czy guz torbielowaty usadowiony jest zewnątrz-otrzewnowo, czy wewnątrzotrzewnowo. Dla mnie obojętną byłoby rzeczą położenie guza w stosunku do otrzewnej. Istotę sprawy stanowi fakt, że guz jest umocowany w miednicy małej i staje się przeto niebezpiecznym powikłaniem porodu. W omawianym przypadku umocowanie guza w miednicy małej było stwierdzone przed operacją, a zatem przedsięwzięcie t. zw. laparotomii próbnej w celu wyświeślenia stosunku guza do otrzewnej wydaje mi się niezupełnie uzasadnione.

Co się tyczy wogóle t. zw. laparotomii próbnej, to miano to zazwyczaj nadawane bywa zabiegowi a posteriori. Operator bowiem, decydując się na laparotomię—zabieg bynajmniej nieobojętny—ma przedewszystkiem na celu usunięcie guza, który, jak to słusznie zaznaczył kol. Stankiewicz, powinien być w danym razie traktowany jako nowotwór złośliwy. Nie wątpię, że kol. Grzankowski byłby usunął guz, gdyby nie stanęły temu na przeszkodzie nieprzewyżnione trudności techniczne. Ponieważ jednak ten rzekomo złośliwy guz okazał się „inoperabilis“, operacya nie przyniosła żadnej zgola korzyści chorej, nie wyświeśliła żadnej wątpliwości zasadniczej i nie ustaliła zasad dalszego postępowania, a zatem była poniekąd zbyteczna.

Wobec tego w przypadkach podobnych nie byłbym za laparotomią próbną, lecz raczej, jak to już wyżej zaznaczyłem, za sztucznem przerwaniem ciąży.

Kol. W. STANISZEWSKI wyjaśnia, iż w danym przypadku, który badał wspólnie z kol. Grzankowskim, część pochwowa była usadowiona tak wysoko, iż dochodziło się do niej z wielką trudnością. W tych warunkach i wobec wązkości kanału rodowego trudno było myśleć o dokonaniu poronienia sztucznego.

Kol. S. CYKOWSKI zaznacza, iż Sekcyja Ginekologiczna powinna być wysoce wdzięczna prelegentowi za jego odczyt, zawierający bogaty materiał do badań w odnośnym kierunku. Zapytuje prelegenta, czy cięcie powłok brzusznych boczne skośne nie byłoby w danym razie odpowiedniejsze, dając łatwiejszy dostęp do guza.

Kol. Cz. STANKIEWICZ. Szemat postępowania, który starałem się ustalić dla przypadków ciąży, powikłanych guzami miednicy małej, nie da się oczywiście zastosować do wszystkich bez wyjątku przypadków. Podobnież i w przypadku kol. Grzankowskiego postępowanie, obrane przezeń, mogło być najzupełniej właściwe. Chciałbym jedynie prosić o wyjaśnienie, dla czego mianowicie torbiel była tak mało dostępna, wszak po szerokiem otwarciu jamy brzusznej i wyważeniu macicy ciężarnej nazewnątrz, dostęp do miednicy małej—jakby się zdawało—powinien być wystarczający.

Kol. GRZANKOWSKI. Nie zgadzam się ze zdaniem kol. Karczewskiego, że przy leczeniu powikłań ciąży torbielami powinniśmy liczyć się jedynie tylko z ruchomością torbieli i postępować zawsze jednakowo, skoro torbiel nie dała się odprowadzić do miednicy wielkiej. W leczeniu ogromną różnicę stanowi dla nas, czy mamy do czynienia z torbielą śródotrzewnową uwiecznioną w małej miednicy, czy też z torbielą podotrzewnową. Wobec tego, że przy ciąży skręcenie szypuły bywa trzykroć częściej niż zwykle, obrzęk torbieli może być objawem częstszym, niepozwalającym na łatwe wyprowadzenie guza z małej mie-

dnicy do wielkiej. Pomijając nawet obrzęk guza, sama ciężarna macica, sterząca tuż nad wejściem do małej miednicy, może być przeszkodą w tym razie. Przy owaryotomii wydobyć macię nazewnątrz powłok brzusznych może już utworzyć drogę dla guza, gdzie zaś mamy do czynienia z obrzękiem torbieli—tam opróżnienie zapomocą trójgrana pozwoli ją zmniejszoną łatwo usunąć. Nawet w przypadkach zrostów otrzewnowych, możemy zazwyczaj dość łatwo odluszczyć torbiel od otrzewnej ściennej i guz wydobyć.

Inaczej rzecz się przedstawia przy guzach podotrzewnowych. Tam (z wyjątkiem torbieli przyjajnikowych z długimi szypułami, które niekiedy, jak mówiłem, klinicznie można zrównać z torbielami jajnikowymi) niema mowy o odprowadzeniu guza, a operacja wyluszczenia go in situ z pod otrzewnej przy macicy ciężarnej natrafia na te trudności, które wyżej wskazałem i które czynią operację długą, technicznie trudną, dając zejście bez porównania gorsze, aniżeli owaryotomia zwyczajna in graviditate.

Celiotomia in graviditate przy torbieli śródtrzewnowej uwięźniętej jest obecnie wskazana bezwzględnie, a przy torbieli podotrzewnowej z dzisiejszego stanowiska nauki tylko w razach wyjątkowych. W tych przypadkach współzawodniczy cięcie cesarskie z metodą Fritscha opróżnienia torbieli przez cięcie pochwowe. Dlatego też rozróżnienie torbieli podotrzewnowej od śródtrzewnowej uwięźniętej jest w celach leczniczych bardzo ważne, jakkolwiek bardzo trudne. Owe trudności usprawiedliwiają nas, gdy dopiero celiotomia wyjaśnia, z jakim guzem mamy do czynienia, i gdy operacja pozostaje tylko zabiegiem rozpoznawczym.

Taka celiotomia badawcza, pozwalając na rozróżnienie torbieli śródtrzewnowej od podotrzewnowej, poucza nas nieraz, jak np. w przypadku naszym, jakie metody lecznicze w przyszłości możemy zastosować i na jakie trudności przy każdej z nich musimy być przygotowani. Gdybyśmy np. chcieli w naszym przypadku stosować metodę Fritscha, to ta pewność, że robiąc cięcie pochwowe opróżnimy guz podotrzewnowy a nie otwieramy jamy otrzewnej (co byłoby przy torbieli śródtrzewnowej uwięźniętej), byłoby jedną z danych na rzecz lepszego rokowania dla matki.

Wybór terminu operacji metodą Fritscha nie jest bez znaczenia. Odwlekanie jej do chwili rozpoczęcia się bólów porodowych, jak radzi kol. Karczewski, nie uważam za rzecz bezpieczną. Skurcze maciczne porodowe przychodzą tak bezwiednie, że wskutek nacisku części przodującej płodu na torbiel mogłoby nastąpić pierwiej pęknięcie torbieli, aniżeli zostanie zawezwany lekarz. Przypadek kol. Stankiewicza jest pouczający. Radziłbym wykonanie operacji bezpośrednio przed rozpoczęciem porodu. Gdyby operator nie chciał zwłoki co do porodu, z obawy np. ropienia w jamie guza, to uważałbym za rzecz możliwą sztuczne przyspieszenie porodu (np. przez przekłucie błon)—bezpośrednio po wykonaniu operacji Fritscha.

Koledze CYKOWSKIEMU: Cięcie skośne boczne powłok brzusznych przy celiotomii in graviditate zapewne nie udostępni guza. Przy takim cięciu wydobyta macica ciężarna jeszcze więcej stałaby prawdopodobnie na zawadzie przy rękoczynach w głębi jamy brzusznej, aniżeli przy cięciu w smudze białej. Nie wiem, czy ta rzecz była kiedykolwiek klinicznie stwierdzona.

Koledze Cz. STANKIEWICZOWI: Na pytanie, dlaczego w naszym przypadku po otworzeniu jamy brzusznej i wydobyć macię ciężarnej był bardzo utrudnio-

ny dostęp do guza, zwracam uwagę na niemożliwość przedłużenia cięcia powłok brzusznych ku dołowi wskutek pęcherza, umiesionego na pięć palców nad spojeniem. Wydobyta macica ciężarna sięgała do wysokości pępka, a ręka, wprowadzona przez pozostały otwór w rozciętych powłokach, wyczuwała górne sklepienie guza pod wzgórkiem krzyżowym (promontorium).

Kol. J. Jaworski czyni uwagę, że w dyskusyi nie może się dopatrzeć, aby zaprzeczano, jak twierdzi kol. Grzankowski, prawa robienia t. zw. próbnej laparotomii, tylko z przemówień (kol. Karczewskiego) wypływa, że właściwie odnośnie celu żadna laparotomia, gdy do niej przystępujemy, nie jest próbna, a stać się może taką i nieraz istotnie bywa dopiero po wykonaniu.

V. Kol. L. Bryndza=Nacki przedstawił włókniaki macicy **podsurowicze**, jeden wielkości pięści, trzy inne małych rozmiarów. Przypadek ten, operowany przez kol. Thiemego, o tyle zasługuje na uwagę, iż włókniak, zajmujący jamę Douglasa i wychodzący z tylnej ściany trzonu macicy, wzięto przy badaniu za guz, nie mający ścisłego związku z macicą, a to dla tego, iż inny włókniak, usadowiony na przedniej ścianie, rozpoznano jako trzon macicy. Pacjentka nie rodziła ani razu. Krwotoków nie było, a pobudką do poddania się operacji były bóle w dolnej części brzucha.

VI. Kol. L. Bryndza=Nacki przedstawił **rozszerzadło Knappa**, wykonane w fabryce wiedeńskiej Nowakowskiego. Rozszerzadło Knappa ma tę zaletę, iż rozszerza równomiernie we wszystkich kierunkach, gdy przyrząd Bossiego lub Frommera działa w cztery resp. w ośm stron.

Na tem posiedzenie ukończono.

#### Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH.

**Richelot. O złośliwym zwyrodnieniu kikuta po wycięciu niecałkowitem macicy (hystér. subtotale): uwagi co do myomektomii.** (Société de chirurgie de Paris, 28. X. 1903.) Autor znalazł w piśmiennictwie 10 spostrzeżeń rakowatego zwyrodnienia kikuta macicznego po wycięciu macicy nadpochwowem z powodu włókniaków, a w praktyce własnej miał trzy przypadki tego rodzaju. Opierając się na powyższych danych, R. zarzuca zupełnie niecałkowite wycięcie macicy przy włókniakach. Zalety tej operacji nie okupują ujemnych następstw. R. zachwala całkowite wyluszczenie macicy, która to operacja wymaga nie wiele więcej czasu. Rokowanie co do wyzdrowienia przy wycięciu niecałkowitem nie jest lepsze, jak przy wyluszczeniu zupełnem. Co do obawy przed zakażeniem od strony pochwy, są to—zdaniem autora—wspomnienia przeszłości. Wycięcie macicy niecałkowite może być zachowane jedynie dla przypadków wyjątkowych, gdzie zabieg doszczętny natrafia na zbyt wielkie trudności techniczne. Postępowanie przy włókniakach macicy powinno być zawsze możliwie doszczętne, a to z powodu możliwości zwyrodnienia mięsakowatego;



widujemy również przy włókniakach endometritis glandularis hypertrophica, adenoma benignum, z których może z czasem powstać nabłoniak złośliwy.

W dyskusji POIRIER i SECOND występują stanowczo przeciw wnioskowi Richelota, twierdząc, że osobiście nigdy nie spostrzegali złośliwego zwyrodnienia kikuta macicznego po amputacji uteri myomatosisi, że rokowanie quoad vitam jest lepsze przy wycięciu niecałkowitem, niż przy wyluszczeniu doszczętnem. Zdaniem mówców, włókniki macicy, jak dowodzą tego obserwacje kliniczne, należą do nowotworów dobrotliwych.

(*Revue de Gynéc. et de Chir. abd.* 1904, str. 105.)

FR. NEUGEBAUER.



**Bazy** (Société de chirurgie, 8. V. 1904) przytacza przypadek utworzenia się kalafiorowatej narośli rakowatej w sklepieniu pochwy po upływie sześciu lat od chwili *całkowitego wycięcia macicy* z powodu włókniaków. Przypadek powyższy dowodzi, że nawet całkowite wycięcie macicy w przypadkach włókniaków nie zabezpiecza bynajmniej przewodu rodniego od raka. Zdanie Richelota, że pomiędzy włókniakami a rakiem istnieje ścisły związek, nie wydaje się Bazyemu słusznym. Według niego istnieje tylko przypadkowość w spostrzeżeniach, gdzie rak występował na części pochwowej po wycięciu macicy nadpochwowem.

(*Presse méd.* 1904, N. 47.)

S.



**Lucas-Championnière.** Torbiel jajnikowa w przepuklinie smugi białej po uprzednim cięciu brzuszem. (Société de chirurgie de Paris, 18. XI. 1903.) Torbiel jajnikowa wypełniała przepuklinę, powstałą w następstwie laparotomii. Autor, po wypuszczeniu z torbieli około 6 litrów płynu, wyciął jej ściany na znacznej przestrzeni, a nie będąc w stanie dokonać operacji doszczętniej, zastosował t. zw. marsupializację.

Pozzi przypomina sobie, iż usunął przed laty osadzony na szypule włóknik maciczny, który całkowicie rozwinął się w przepuklinie brzusznej.

(*Rev. de Gyn. et de Chir. abd.* 1904, N. 1, str. 112.)

FR. NEUGEBAUER.



**Niezwykły przypadek przy kolpoperineorafii.** Keiffer w belgijskim Soc. de gyn. et. d'obstétrique (17. II. 1904) przedstawił spostrzeżenie następujące: Po ukończeniu kolporafii przedniej wraz

z kolpoperincorafią u 45-letniej chorej zauważono krwawienie z cewki i z zeszytej rany przedniej ściany pochwy. Zdjęto kilka szwów, wygarnięto masę skrzepów, i zauważono krwawienie obfite en nappe z tkanki okołopochwowej. Ponieważ nie było widać żadnego światła naczynia, zastosowano energiczną tamponację. Gdy chora obudziła się z uspienia chloroformowego, zauważono utrudnienie mowy, porażenie połowiczne lewostronne i jakby stałą tendencją ciała do wypadania z łóżka. K. przypuszcza, że podczas narkozy nastąpił zator mózgowy (embolia). Trudne jednak pozostało wytlómaczenie niezwyklego krwawienia z cewki (resp. pęcherza) i tkanki okołopęcherzowej. Zator mózgowy musiał widocznie wywołać zaburzenia w układzie naczynioruchowym. Chora po 8 dniach zmarła wskutek tegoż zatoru. Rany pooperacyjne zagoiły się dobrze.

FR. NEUGEBAUER.



**N. Raw. O wartości surowicy przeciw paciorkowcowej przy leczeniu posocznicy połogowej.** (Liverpool Medical Institution, 4. II. 1904). Autor, opierając się na 61 spostrzeganych przypadkach, twierdzi, że t. z. gorączka połogowa tak pod względem powstania jak i objawów nie różni się zupełnie od innych spraw zakaźnych, i że stan połogowy w tym razie nie stanowi jakiejś szczególnej odrębności. Znalezione w leczonych przezeń przypadkach drobnoustroje dzielą się następująco: streptococcus pyogenes w 27 przypadkach, staphylococcus aureus w 6 przypadkach, zakażenie mieszane w 13, bacillus coli communis w 11 i bacillus diphteriae w 1 przypadku; w trzech przypadkach badanie na drobnoustroje dało wynik ujemny. Autor uważa surowicę przeciw paciorkowcową za nadzwyczaj skuteczną; przed zastosowaniem jej jednak koniecznem jest mieć pewny dowód zakażenia paciorkowcami. Jak można najwcześniej należy zastrzykiwać surowicę w ilości 20 ctm.<sup>3</sup> 2—3 razy dziennie i to w przeciągu kilku dni. Objawów pobocznych szkodliwych przy użyciu pewnego preparatu nigdy nie spostrzegał. Z powyższych 61 chorych zmarło 29, t. j. 48%. Z pomiędzy tych chorych 37 leczonych było surowicą, i z nich zmarło 13, t. j. 36%; reszta, t. j. 24 chore nie były leczone surowicą, i z tych zmarło 16 czyli 60%. Wprawdzie pomiędzy temi ostatniemi znajdowało się wiele już przy przyjęciu w takim okresie choroby, iż wszelkie leczenie odrazu wydawało się bezowocnem.

GEMMEL nie ma zaufania do leczenia surowicą, albowiem nie jest możliwe upewnić się, czy drobnoustroje, które zwalczać chcemy, rzeczywiście znajdują się we krwi.

BRIGGS używał często surowicy, ma jednak pewne wątpliwości co do jej skutecznego działania.

L. MORGAN sądzi, że w każdym przypadku posocznicy należałoby zastosować surowicę, nie okazuje się bowiem szkodliwą, a z drugiej strony u wielu chorych działa niewątpliwie korzystnie.

GRÜNBAUM mniema, iż w każdym przypadku posocznicy połogowej należy zastosować leczenie surowicą przeciwpaciorkowcową bez względu na to, czy znaleziono lub nie znaleziono paciorkowców. Nowe sposoby wytwarzania surowicy pozwalają spodziewać się, iż działanie jej będzie skuteczniejsze niż dotychczas.

(*Münch. med. Woch.* 1904, N. 14, str. 637).

J. ROSENTHAL.



**Reverdin. Przypadek łożyskożerstwa.** W paryskim Towarzystwie położniczem R. omawiał przypadek, ujawniający anomalię wsteczną, atawistyczną.

Wkrótce po porodzie położnica zażądała pokazania łożyska, odgryzła kawałek i chciwie zjadła. Zapytywana nazajutrz o powody, oświadczyła, iż uczuła w sobie niezwalczony popęd, którego objaśnić nie potrafi. Histeryczką nie była.

Jak wiadomo, placentofagia jest zjawiskiem u kotów prawidłowym: kocica pożera zawsze łożysko wraz z błonami—o czem sprawozdawca przekonał się osobiście.

(*La Quinzaine Thérapeutique*, 25 mars 1904)

FR. NEUGEBAUER



**Bröse. Obrót u pierwiastki z miednicą płaską i zastosowanie nowego rękoczynu w przypadkach trudnego obrotu.** (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, 22. I. 1904). B. opiera swe wnioski na dziesięciu przypadkach. Conj. diag. wynosiła od 10<sup>1</sup>/<sub>4</sub>- 11 cm. Z dzieci zmarło 2; matki wszystkie odbyły poróg prawidłowy. Ukończenia porodu wymagał albo stan matki, albo niebezpieczeństwo dla płodu.

Za główne przeszkody w dokonaniu obrotu u pierwiastek z miednicą płaską B. uważa wraz z Winterem:

- 1) opór pochwy i krocza
- 2) niezupełne rozwarście ujścia macicy
- 3) nadzwyczaj mocne ściągnięcie się macicy naokoło płodu.

W celu pokonania pierwszej przeszkody B. zaleca głębokie nacięcie pochwy i krocza; cięcie to prowadzi się zwykle z prawej strony w dolnej części pochwy przez błonę dziewiczą, skórę, zwieracz sromu i mięsień poprzeczny krocza w kierunku ku guzowi kulszowemu. Po rozwiązaniu B. zeszywa ranę katgutem.

W przypadkach z niedostatecznym rozwarciem ujścia B. pod kontrolą palca wykonywa nacięcia szyi (4—6) zapomocą zgiętych nozyczek, lecz nigdy—wbrew Dührssenowi—nacięcia owe nie powinny dochodzić do sklepień.

Silny skurecz macicy występuje zazwyczaj wówczas, kiedy wody już dawno odeszły, i pokonać się daje jedynie zapomocą głębokiego uspienia.

W dwóch przypadkach B. nie udało się dokonać obrotu metodą ogólnie znaną. W obu przypadkach istniało znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka macicy. Gdy B. ciągnął za nóżkę, główka zamiast wstępować do jamy macicy—za pierścień skurczowy, opierała się w zagłębieniu ściany dolnego odcinka i szyi macicznej, tak iż zbyt silne pociąganie za nóżkę mogło łatwo wywołać pęknięcie macicy. Wtedy B. zastosował z dobrym wynikiem nigdzie dotąd nieopisany zabieg. Uchwyciwszy nóżkę sprowadzoną w pętlę, ręką wolną dostał się ostrożnie do główki (mając zwróconą ku niej dłoń, powierzchnia zaś ręki grzbietowa ściśle przylegała do ściany szyi i dolnego odcinka) i, pomagając sobie jednocześnie przez pociąganie nóżki ręką zewnętrzną, powoli przepchnął główkę po za pierścień skurczowy.

HENKEL zamiast nacięć w celu rozszerzenia pochwy zaleca kolpeurynter.

FLAISCHLEN w przypadkach, z jakimi miał do czynienia Bröse, jest zwolennikiem stosowania wysokich kleszczy, a to ze względu, iż 1) tam, gdzie pierścień skurczowy znajduje się bardzo wysoko, nawet biegłemu akuszerowi trudno uniknąć pęknięcia macicy; 2) pęknięcia szyi po kleszczach nigdy nie bywają tak niebezpieczne, jak po obrocie.

KOBLANCK zamiast nowego rękoćzynu B. radzi sprowadzać drugą nóżkę (sposób Hofmeiera-Fritscha); tegoż zdania jest SANITER.

BOKELMANN przychyliła się do zdania Flaischlenu, twierdząc, iż nigdy po nieudanych kleszczach nie uciekał się do obrotu, przeciwnie, kiedy obrót zawodził, częstokroć wydobywał płód żywy zapomocą kleszczy.

MÜLLERHEIM, podnosząc co do niektórych przypadków zalety rękoćzynu B., twierdzi, iż w razie jeżeli wody dawno odeszły, pierścień skurczowy wyraźny, a główka mocno przyściśnięta do miednicy (a tembardziej — jeżeli już w wejściu) należy oddać pierwszeństwo kleszczom.

OLSHAUSEN, wyrażając się z uznaniem dla rękoczynu B., powiada jednak, iż za najlepszy środek do ukończenia trudnego obrotu uważa sprowadzenie drugiej nóżki.

Odpowiedzi Brösego:

HENKLOWI: Na kolpeuryzę nie było czasu, we wszystkich bowiem przypadkach stan ciężarnej lub dziecka wymagał szybkiego ukończenia porodu.

FLAISCHLENOWI, BOKELMANNOWI i OLSHAUSENOWI: Sam, będąc zwolennikiem kleszczy wysokich, w przypadkach przytoczonych miał do czynienia albo ze zbyt ruchomą główką, w pewnej zaś liczbie próbował nawet kleszczy, lecz pomimo znacznego wysiłku nie udało mu się sprowadzić główki do próżni miednicy.

Co do sprowadzania drugiej nóżki, to B. jest zdania, iż jego zabieg, polegający na wprowadzeniu poza pierścień skurczu zaledwie końców palców, łatwiej wykonać się daje i jest mniej niebezpieczny, aniżeli wprowadzanie ręki prawie do dna macicy w celu uchwycenia drugiej nóżki.

(Centr. f. Gynäk. 1904, N. 12.)

A. MAŁKOWSKI.

## V.

### WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

#### WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

Na czele № 13 *Głosu Lekarzy* znajdujemy następującą odezwę Towarzystwa Samopomocy Lekarzy do wszystkich kolegów.

„Od wielu lat wytworzyła się w naszym społeczeństwie nie właściwa moda płacenia honoraryów lekarskich w sposób, nie praktykowany w żadnym innym zawodzie a nawet w innych krajach wobec lekarzy już dawno zaniechany. Z małemi bardzo wyjątkami pacjent, płacący za poradę, stara się wręczyć honorarium niepostrzeżenie, zostawiając je ukradkiem lub wsuwając nieznacznie w rękę przy pożegnaniu, jak gdyby uiszczenie go było czemś ubliżającym lub rodzajem napiwku, a nie zapłatą, należącą się słusznie za pracę, zarobioną uczciwie.

Takie płacenie honorarium w „sekrete“ ubliża w wysokim stopniu powadze lekarza, a nadto daje nieraz niesumiennemu pacjentowi sposobność do wyzysku.

Wobec tego, na żądanie bardzo wielu lekarzy, Wydział Towarzystwa Samopomocy zwraca się do ogółu Kolegów z usilną prośbą, *aby pobieraniu w ten sposób honoraryów z całą stanowczością przeciwdziałali.*

Zalecając umieszczenie odezwy tej na widocznym miejscu w poczekalniach lekarzy, dołączamy w tym celu drugi egzemplarz na osobnej karcie."

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

Generalny sekretarz: *dr. Langie*

Prezes *dr. H. Jordan*

Jest to pierwszy głos zbiorowy, potępiający niewłaściwy i ubliżający lekarzom a ogólnie, niestety, przyjęty sposób wypłacania należności za poradę. Pisma polityczne, informujące szerokie koła czytającej publiczności, zaznaczyły już treść odezwy Towarzystwa Samopomocy lekarzy: spodziewać się można, iż sprawa powyższa rychło będzie załatwiona ku zobopólnemu zadowoleniu lekarzy i pacjentów.

Czytamy w N. 25 *Gazety Lekarskiej*: „Rzadki dowód bezstronności złożyła w ostatnim N-rze Redakcyja czasopisma *Ginekologia*, pomieszczając w felietonie ostrą wycieczkę przeciwko reklamom domów zdrowia, gabinetów lekarskich i poliklinik, nie kępując się bynajmniej ani treścią swych własnych ogłoszeń, ani nawet wymienionemi na okładce tytułami swych redaktorów, nie wspólnego z naukową ich działalnością nie mającemi.“

Przyjmujemy z wdzięcznością uznanie Szanownej Redakcyi *Gazety Lekarskiej*, musimy jednak zaznaczyć, iż felieton nasz został mylnie zrozumiany: dotyczył on wyłącznie reklamy w pismach brukowych, nie zaś ogłoszeń w pismach lekarskich. Informowanie ogółu kolegów o istniejących w kraju zakładach leczniczych wobec konkurencyi zagranicznej, zwłaszcza niemieckiej, uważamy za najprostszy obowiązek lekarza polskiego. Co zaś do tytułów, wymienionych na okładce *Ginekologii*, wzorowaliśmy się w tym względzie na prasie francuskiej i chcieliśmy tylko zaznaczyć instytucye, z których będą wychodziły nasze przyczynki naukowe.

Praktyczny kurs położnictwa w 24 wykładach wygłoszony zostanie w Lugdunie przez dr. Vorona, szefa kliniki położniczej, i dr. Gonneta, jego zastępcy. Kurs trwać będzie od 26 września do 23 października r. b. Zapisywać się można listownie, wnosząc czesne w kwocie 40 fr. Dodatkowy kurs położnictwa rozpoczęty zostanie dnia 1 sierpnia, o ile zapisze się nań 20 kandydatów. Kurs ten trwać będzie również 4 tygodnie. (*Presse méd.* N. 51.)

#### TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Rada Uniwersytetu Tomskiego wystąpiła z podaniem do władzy o pozwolenie założenia przy Uniwersytecie Towarzystwa położniczo-ginekologicznego.

(*R. Wracz.* N. 23.)

#### DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

Współpracownik naszego pisma kol. Adolf Wątorok ze Lwowa obmyślił nowy typ sterylizatora przenośnego i pomysł swój opatentował. Sterylizatory dr. Wątoroka, wykonane w kraju i zalecające się dobrocią obok cen względnie niskich, powinnyby wyprzeć tak rozpowszechnioną u nas tandetę niemiecką.

W berlińskim Charité otwarto nowy gmach kliniki chirurgicznej, wzniesiony pod kierunkiem prof. Koeniga.

Nowy Instytut fizyologiczny został otwarty w Wiedniu d. 29 kwietnia. Gmach Instytutu kosztował 500 000 koron; odznacza się zewnętrzną prostotą, a natomiast wyróżnia się nader zasobnym urządzeniem wewnętrznym. (*Przegl. Lek.*)

W Warszawie zostało otwarte Inhalatorium dla chorób dróg oddechowych. Kierownictwo nowego zakładu objął kol. Jan Moczulski.

Według statystyki miejskiego fizykatu lwowskiego w stolicy Galicji mieszka 319 lekarzy, z których praktykuje 300, a z tych 21 poświęca się położnictwu. (*Przegl. Lek.* N. 26.)

W celu zapobieżenia znacznej śmiertelności noworodków przemysłowcy Blin & Blin w Elboeuf ogłosili stufrankową nagrodę dla każdej matki-pracownicy, która by piersią karmiła swe dziecko; jednocześnie wydali cenne wskazówki, dotyczące się karmienia noworodków.

Na projektowanej w r. 1905 wystawie międzynarodowej w Leodyum dział lekarski będzie uwzględniony w zakresie bardzo obszernym. Komitet wystawy dokłada wszelkich starań, by dać dokładny obraz obecnego stanu medycyny i wszelkich nauk t. zw. pomocniczych. Przedmioty, wystawione w celach czysto naukowych, otrzymają pomieszczenie bezpłatne. (*Presse méd.* N. 49.)

Pod tytułem „Nowe obyczaje lekarskie“ paryska *Gazette médicale* w N. 27 omawia fakt ukazania się w jednym z dzienników lekarskich francuskich następującego ogłoszenia: „Lekarz X. odstąpi corocznie przez przeciąg dwóch miesięcy (lipiec i sierpień) klientelę swą wiejską, niezbyt uciążliwą wzamian za podobną klientelę w Paryżu, nawet na przedmieściach.“ *Gazette médicale* dodaje od siebie, że myśl to znakomita zarówno dla lekarzy prowincjonalnych, jak dla lekarzy miejskich, jedni bowiem mogą korzystać z powietrza, dla drugich stają się dostępne wszelkie źródła wiedzy. Cóżby jednak powiedzieli pacyenci na taką zamianę?

Jak donosi *Przegląd Dentystyczny*, do szkoły dentystycznej w Warszawie zapisało się na I-szy semestr r. b. przeszło 100 słuchaczy, nie wszyscy jednak z powodu braku miejsca mogli być przyjęci. W tymże czasie wstąpiło na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego zaledwie 72 studentów.

*Kuryer Warszawski* z d. 17-go czerwca 1904 r. donosi, że: „adwokat lwowski dr. Ungar złożył rządowi imieniem konsorecyum ofertę na kupno lub dzierżawę Krynicy.“

W Montpellier zakończył życie najstarszy z lekarzy francuskich dr. M. David, który przyszedł na świat w r. 1801, a w dzień śmierci liczył 103  $\frac{1}{2}$  lat. Do ostatniej chwili życia zachowywał całą pełnię władz umysłowych. (*Przegl. Lek.* N. 26.)

Słynny chirurg paryski dr. Doyen stawia kandydaturę swą na deputowanego w czternastym okręgu paryskim. Dr. Doyen występuje w swym programie jako socjalista republikanin niezależny. (*Gaz. méd. de Paris*, 1904, N. 25.)

Opuścił prasę zeszyt III (Tomu V) *Przeglądu Chirurgicznego*, wychodzącego w Warszawie pod redakcją kolegów: S. Groszlika, A. Karczewskiego i W. Krajewskiego. Okazały i ozdobiony 4 tablicami rysunków i 2 rycinami

mi w tekście zeszyt bieżący zawiera prace L. Karwackiego („Serodyagnostyka spraw zakaźnych“), prof. A. Rosnera („Appendicitis w położnictwie i ginekologii“) i W. Garszyńskiego („Przyczynek do operacyjnego leczenia biodra szpotawego“).

Praca kol. Fr. Neugebaura p. t. „Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojactwa z praktyki własnej“ została, za zezwoleniem autora, przetłumaczona na język włoski i zamieszczona w czasopiśmie prof. Lombrosa: *Archivio di Psichiatria, Medicina legale ed Antropologia criminale*. Praca zaś p. t. „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie“ została przetłumaczona na języki: angielski (w *Interstate Medical Journal*, wychodzącym w St.-Louis, i w *Brit. gyn. Journal*) i francuski (*La Gynécologie*).

*Lettres d'une opérée*, par. L. Marbeau, Paris, 1904. Pod powyższym tytułem ukazał się romans, napisany przez kobietę w czasie pobytu w jednym z oddziałów ginekologicznych paryskich. Pacjentka, operowana z powodu torbieni jajnikowej, podaje w formie listów do swego ukochanego szczegółowy opis urządzeń i życia szpitalnego, a sądzić można, iż rzecz dzieje się w klinice Pozziego. Z „Listów operowanej“ więcej gorąca wdzięczność dla operatorów, entuzjazm dla chirurgii, przeświadczenie o wysokiej wartości współczesnej sztuki lekarskiej.

(*Gaz. méd. de Paris*, N. 27.)

#### WIADOMOŚCI OSOBOWE.

Dzikiem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. wybrany został prof. Henryk *Jordan*.

Prof. *Hegar* ustąpił ze stanowiska profesora położnictwa we Fryburgu. Redakcją *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie* objął po nim prof. *Zweifel* z Lipska.

Studenci uniwersytetu w Würzburgu urządzili pochód uroczysty na cześć prof. *Hofmeiera*, który odmówił przyjęcia katedry położnictwa i ginekologii w Halli (po prof. *Bummie*).

Kol. *Gustaw Chodakowski* po trzymiesięcznym pobycie w Czycie (Syberya Wschodnia), dokąd był powołany jako lekarz rezerwy, powrócił do Warszawy.

Z liczby współpracowników *Ginekologii* został powołany na Daleki Wschód kol. *Czesław Czerwiński* z Lublina. Życzymy mu szczęśliwego powrotu.

Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został prof. fizjologii dr. *Napoleon Cybulski*.

Dr. *Bogdanik* podjął się referatów z prac chirurgicznych polskich w *Zentralblatt f. Chirurgie* i prosi o nadsyłanie odbitek pod adresem: Kraków, Wielopole 5.

Kol. *Julian Majkowski*, prezes Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego, obchodził w dniu 1 lipca jubileusz 25-letniej praktyki zdrojowej w Busku. Szanownemu jubilatowi składamy z tego powodu najserdeczniejsze życzenia.

W Pradze Czeskiej odbyła się jubileuszowa uroczystość złożenia życzeń szanownemu prof. chemii *Horbaczewskiemu*, z pochodzenia rusinowi, w 50-tą rocznicę urodzin.



Grono kolegów, przyjaciół i czcicieli ś. p. prof. *R. Trzebickiego* z prymaryuszem dr. Bogdanikiem na czele postanowiło uczcić pamięć zgasłego przez zawieszenie portretu w pawilonie chirurgicznym krakowskiego szpitala Ś-go Łazarza.  
(*Przeł. Lek. N. 25.*)

## MIANOWANI:

Prof. Ernest *Bumm* z Halli objął katedrę położnictwa i ginekologii w Berlinie (po prof. Gusserowie).

Katedrę po Hegarze we Fryburgu objął *Pfannenstiel* z Giessen.

Prof. *Kroenig* z Jeny objął katedrę położnictwa i ginekologii w Erlangen (po prof. Veicie).

Docent prywatny ginekologii dr. *Schroeder* w Bonn otrzymał tytuł profesora.

Docent dr. *Burkhardt* mianowany dyrektorem szkoły położnych w Würzburgu na miejsce ustępującego prof. Nieberdinga.

Docentami (agrégés) położnictwa mianowani: *Brindeau* (Paryż), *Bué* (Lille), *Commandeur* (Lugdun), *Ch. Guérin* (Montpellier), *Fruhinsholz* (Nancy), *Thoyer* (Tuluza).

Dr. R. *Albenzio*—docentem ginekologii i położnictwa w Neapolu.

Dr. *Bukojemski*—docentem położnictwa i ginekologii w Odesie.

Dr. Richard *Freund*—docentem ginekologii w Monachium.

Habilitowali się z ginekologii;

Dr. Paul *Kroemer* w Giessen.

Dr. *Franz* w Berlinie.

Dr. *Baisch* w Tybindze.

Habilitowali się z ginekologii i położnictwa:

Dr. Siegfried *Hammerschlag* w Królewcu.

Dr. Wilhelm *Zangemeister* w Królewcu.

Dr. M. *Henkel* w Berlinie.

Doktorka Józefa *Joteykówna* mianowaną została zastępcą prezesa Towarzystwa neurologicznego w Brukselli.—Pierwszą to kobietę w Europie spotyka podobne odznaczenie.

Dr. *Roux* został mianowany kierownikiem Instytutu Pasteura, a zastępcą dyrektora został dr. *Miecznikow*.

## ZMARLI:

Dr. Peter G. *de Saussure*, profesor położnictwa i ginekologii w Medical College of the State of South Carolina, w wieku lat 46.

Dr. M. T. *Brennan*, były profesor ginekologii w Laval University, lat 42.

Dr. J. *Duff*, profesor ginekologii i położnictwa w Pittsburgu, Pensylwania

Antonio *de Martino*, profesor ginekologii i położnictwa, zmarł w Neapolu w wieku lat 85.

Dr. Leon *Nencki*, współwłaściciel *Gazety Lekarskiej* i kierownik pracowni rozbiorowej szpitali warszawskich, w wieku lat 55.

Dr. Władysław *Niemitowicz*, profesor chemii lekarskiej w Uniwersytecie lwowskim, zmarł 15 b. m. we Lwowie, lat 41.

Dr. Gilles de la Tourette, słynny neurolog i profesor wydziału lekarskiego w Paryżu.

Dr. Stefan Marey, znakomity fizyolog, profesor nauk przyrodniczych w Collège de France, członek Akademii nauk i Akademii Lekarskiej w Paryżu, lat 74.

## V.

# SKRZYŃKA DO LISTÓW

## QUOUSQUE TANDEM?

W różnobarwnym kalejdoskopie praktyki lekarskiej przesuwa ją się przed oczyma smutne obrazy rzeczywistości, z pośród których na pierwsze miejsce wysuwa się sprawa pomocy położniczej na wsi. Tutaj higiena, która wkracza dzisiaj w każdą niemal dziedzinę życia zbiorowego i pojedynczego, radząc, dając wskazówki, przetwarzając zastarzałe poglądy i pojęcia, jednym słowem wznosząc olbrzymi gmach dobrobytu społeczeństwa i jednostki, tu — powtarzam — widzimy pogwałcenie jej na każdym kroku. Kto nie patrzył na bladą wskutek utraty krwi rodzicielkę-chłopkę z wynicowaną nazewną przez babkę macicą; kto nie widział matki wiejskiej w obłędzie gorączki połogowej z suchą wargą i żarem w oczach; kto nie widział rodzącej z wypadniętą od trzech dni rączką martwego już płodu, strasznie wycieńzonej, zbolalej, wzywającej pomocy głosem słabym, ledwie dosłyszalnym, — ten gotów z uśmiechem niedowierzania posądzić mię o zbytnią przesadę w obrazowaniu istotnego stanu rzeczy. Tymczasem schodzą ze świata matki i dzieci, jako ofiary ciemnoty wiejskiej, braku kultury, oświaty, czystości i świadomych zasad higieniczno-profilaktycznych położnych wiejskich; giną po części w kwiecie wieku, bo pierwiastki, mniej doświadczone lub wrażliwsze na zakażenie.

Babka wiejska nie uznaje wyższości ani położnej, ani doktora, i z całym spokojem istoty ciemnej, nie pojmującej moralnej odpowiedzialności, oczekuje, zwleka: „da Pan Bóg, samo się urodzi, nie trza posyłać po doktora i t. d.“ — tymczasem kościwą swą dłonią, która z mydłem i wodą ciepłą nigdy się nie bratała, wprost nieraz od kopania kartofli bada chorą, czy prędko poród nastąpi, a że rączkę zamiast nóżki wyciągnie, lub brud i drobnoustroje do

pochwy zanieś — toż ona o tem nie wie, słowem i czynem zaprzeczając najelementarniejszym zasadom antyseptyki.

Pomijając porody patologiczne, które stanowią na prowincyi resp. na wsi lwiał część praktyki położniczej lekarzy (wypadnięcie rączki, położenie poprzeczne mocno zaniedbane i t. d.), gdzie spóźniona pomoc przyprawia o śmierć dziecko, a często i matkę, — porody normalne są też wielce niebezpieczne, bo i tu śmierć obfite zbiera żniwo wskutek braku czystości pod każdym względem.

Wszystko, co otacza biedną położnicę, jest brudne, a więc ludzie, pościel, bielizna, przytem chora nie wykąpana, ręce dozorującej ją babki pokryte skorupą brudu, — i dziwić się tutaj, że gorączka płożowa jest na porządku dziennym.

Zwrócę jeszcze uwagę na nieuczynność sąsiedzka, którą stwierdziłem w pewnej wsi, gdzie przez dwa dni mąż rodzącej nie mógł wyblagać koni ani od włościan gospodarzy, ani też od pana dziedzica (sic!) Odmawiano mu temi słowy: „szkapy się zmarnują na taką drogę“. Smutne! Kiedyż wreszcie zrzucimy z siebie pył obojętności i przystąpimy do wytrwałej pracy?

Toć obradowano nad tem na Zjeździe higienicznym, i cóż z tego za wyniki?

Najskuteczniejszą walką ze złem byłoby wedle mnie rozsyłanie po całym kraju prelegentów, którzy językiem zrozumiałym unacznią ludowi niebezpieczeństwo, nauczą kobiety elementarnej czystości położniczej, płomiennem słowem przekonywań usuną niechlujstwo i wniosą do chat promień oświaty i postępu. A więc do dzieła! Początkowe usiłowania wskażą nam środki, jakich imać się dalej należy do skutecznej pracy w obranym kierunku.

Na pierwszym planie postawiłbym opracowanie i wydanie dla ludu popularnego odczytu, szerzącego zasady higieny w okresie ciąży, porodu i płożu.

Żywię przekonanie, że wydanie podobnego odczytu byłoby bodźcem do prędszego wprowadzenia w życie idei „odczytów koczowniczych“.

Nizej podpisany podejmuje się chętnie stanąć w szeregach „prelegentów wyjazdowych“ w powiecie płożkim. Czyż biernie patrzeć mamy na obecny stan rzeczy?

Quousque tandem?!

*Dr. Mieczysław Themerson.*

Płock, w czerwcu 1904.

## VI. Zapiski lecznicze

**Thigenolum.** Prace Neumanna, Flataua (z Norymbergi), Merkla i Jacqueta zwróciły uwagę na zalety tigenolu w terapii ginekologicznej.

Tigenol przedstawia gęstawy płyn, barwy ciemno-brunatnej, prawie bez zapachu, rozpuszczalny w wodzie, słabym wyskoku i glicerynie. Zawiera 10% siarki czyli o 2% więcej, niż ichtyol. Plami bieliznę, lecz plamy po tigenolu łatwo zmywają się czystą wodą.

Tigenol znalazł obszerne zastosowanie w przypadkach, gdzie dotąd zalecano ichtyol i tyol. Do tamponów używane są roztwory w glicerynie: w Niemczech od 10—25 na 100, we Francji mocniejsze (30 — 35 na 100 w przypadkach ostrawych, 40 — 45 na 100 w przypadkach przewlekłych). Tigenol zwiększa w znacznym stopniu własności osmotyczne gliceryny: po tamponach tigenolowych wydzielają się z części rodnych obfite ilości płynu wodnistego; dzięki utracie płynu przez tkanki, szybkiej dekongestyi i wogóle ułatwionemu krążeniu krwi i chłonki (limfy) stany zapalne prędko przechodzą, a ich produkty podlegają wessaniu.

Działanie tigenolu jest nie tylko pobudzające wchłanianie produktów zapalnych, lecz jednocześnie znieczulające. Bóle, zależne od spraw zapalnych w narządach rodnych, szybko ustępują pod wpływem tigenolu. Tigenol posiada pozatem własności antyseptyczne i stosowano go z korzyścią przy zakażeniu gonokokowem. Zdaniem Neumanna, tigenol przy rzeżączce zasługuje na miano środka zapobiegawczego: z pośród 10 przypadków rzeżączki cewki i pochwy, leczonej tigenolem, ani w jednym sprawa gonokokowa nie przeszła na macicę.

Wybitną własnością tigenolu jest wreszcie zdolność przyspieszenia wytwarzania się naskórka (l'action kératoplastique). U pacjentek Nigoula (Paryż) znikaly w przeciągu miesiąca obszerne nadżerki (erozye) maciczne wyłącznie pod wpływem stosowania tigenolu.

Prócz tamponów tigenolowych można przepisywać galki pochwowe (globuli), zawierające 0,3 tigenolu.

(La Presse méd. Nr 46, 1904.)

Redaktor i Wyd.: Dr. Czesław Stankiewicz. Druk G. Paprockiego, Smolna.

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Июня 1904 г.

## Dr. Zygmunt Wąsowicz

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



## Zakład TEOFIŁA PETZA w Warszawie

Chmielna 12.

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

## Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewicza

Warszawa, Złota 3.

**Urządzenie ściśle aseptyczne.** Sterylizacya pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny. — **Pracownia** chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka (couveuse). — **Pokoje** wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis). — **Przyjmowane są:** chore **ginekologiczne** (wszystkie metody lecznicze prócz 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 operacye 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. Informacye na miejscu i listownie.

Telefonu № 1846.

## KRONIKA LEKARSKA

Dwutygodnik, poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich.

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

W r. b. wszyscy 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, —

wprost Danilowiczowskiej.

## SKŁAD WYROBÓW GUMOWYCH, CHIRURGICZNYCH i środków opatrunkowych

POLECA

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

Telefonu № 984.

### „ZDROWIE“

#### ORGAN WARSZ. TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,

1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępu i higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia zbiorowe. 3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i oddziałów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez p. G. Tolwińskiego.

6) Bibliografię. 7) Wiadomości bieżące, przegląd prasy, korespondencje.

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

Zeszyt 6/7 zawiera narady nad higieną prowincyi.

„ 8 jest poświęcony higienie miast.

„ 9 „ „ produktom spożywczym.

Zeszyt 10 jest poświęcony higienie szkolnej.

„ 11 „ „ gruźlicy i jej zapobieganiu.

Cena pojedynczego zeszytu 50 kop.

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

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

Członkowie 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. Tolwiński**, 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) Kazyistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestyie zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi 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 rozbiorowych. Płynny 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 przedewszystkiem w Polsce, sprawy społeczne lekarskie i zawodu lekarskiego. — Cena rub. 4 rocznie, z przesyłką rub. 5.

Redakcyja i administracyja w WARSZAWIE,  
NOWO-SENATORSKA 6.

**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. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

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

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

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

**BIBLIOTEKA LEKARSKA**

Warszawa, Orła Nr. 5. Cena bez przesyłki rb. 8 rocznie, z przes. rb. 10. Rocznie wychodzi 110—120 ark. druku.

Wyszedł z druku

**Prof. Runge. PODRĘCZNIK POŁOŻNICTWA.**

Część I. Fiziologia ciąży, porodu i położu. Operacye akuszerskie tłum. M. Warszawski. Cena rb. 2 kop. 40. Część II, obejmująca Patologię ciąży, porodu i położu, wydzie w połowie r. b.

Prócz tego wyszły:

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

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

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

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

Przedpłatę można wnosić w ratach półrocznych.

Studenci medycyny, 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.**