

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

REDAKTOR: CZESŁAW STANKIEWICZ
Właściciel Prywatnego Zakładu Ginekologicznego w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY:
(WARSZAWA)

TEODOR BORYSSOWICZ

współwłaściciel Warsz. Zakładu Ginekologicznego.

GUSTAW CHODAKOWSKI

właściciel Prywatnego Domu Zdrowia.

ZYGMUNT MONSIORSKI

lekarz ambulatoryjum chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

FRANCISZEK NEUGEBAUER

ordynator oddziału ginek. Sitala Ewangelickiego.

TOMASZ REUTT

ordynator oddziału ginek. Szpit. Praskiego

JAKÓB ROSENTHAL

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

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

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

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

WSZYSTKIE ARTYKUŁY SĄ PŁATNE.

Première année. Octobre 1904. № 9.

GINEKOLOGIA

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE
GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

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

I Jahrgang. Oktober 1904. № 9.

GINEKOLOGIA

PÖLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GY-
NÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

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

Październik, 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-Nacki (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), Dr. A. Czyżewicz junior (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 Wątor (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemański (Petersburg).



Cukier mleczny

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

Skład w Aptece K. WENDY

W WARSZAWIE.

APTEKA K. WENDY
w Warszawie

Posiada na składzie:

SUROWICE przeciwbloniczą	SUROWICE przeciwgronkowcową
SUROWICE przeciwpacjorkowcową	SUROWICE przeciwzęzcową
i inne	

SZPRYCE do SUROWIC.

JABŁOŃSKI

WYCIĄG IGLIWIĄ SOSNOWEGO

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

Wyrobu Apteki

E. Kuszakowskiego

w Jabłonce pod Warszawą

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH
APTEKACH I SKŁADACH APTECZ

ŻAДАĆ WSZĘDZIE JABŁOŃSKIEGO
EKSTRAKTU SOSNOWEGO



JULIA Szoberowa

w WARSZAWIE, ŻÓRAWIA 7

Poleca pasy brzuszne: dziane, fiszbinowe i elastyczne, pasy miesięczne z poduszkami, gorsety higieniczne i zwyczajne, napierśniki, szelki do prostego trzymania się i t. p.

Specjalnie Sale Operacyjne

i t. p. ubikacje

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

G. KOECK, Chmielna 20 w Warszawie.

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu

pod redakcją

Dr. Heliodora Święcickiego

Treść „Nowin“ obejmuje następujące działy:

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

B. Dział sprawozdawczy.

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

Przedpłata wynosi z przesyłką pocztową: Rocznie w Niemczech marek 16, w Austrii koron 18, w Królu 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 Sp. 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 ekspedycja abonentom wprost pod opaską.

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

DOM ZDROWIA

D-ra Gustawa Chodakowskiego

w Warszawie, Długa Nr 8.

Przyjmuje na stały pobyt z chorobami kobiecemi, chirurgicznymi, wewnętrznymi, oraz osoby spodziewające się słabości — za opłatą dzienną. 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 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. przesyłka kop. 40. Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.
- 3) Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna, przez d-ra Z. DMOCHOWSKIEGO. Cz. I. Klatka Piersiowa. Cena rb. 3, na papierze kredowym rb. 4, przesyłka kop 50.

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

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, jako też spodziewające się słabości.

Opłata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5.

STERYLIZOWANA Watę, Gazę hydr. i jodoformową, Katgut jodowy i ligatury, Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwór soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyczne zamknięcia do irygatorów i t. d. poleca

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA
D-ra BORZYMOWSKIEGO.
Warszawa, Ziota 36.

Wyprawki potogowe po 70 kop. (szczęotka, serwetki do kroczka, tasiemka, bandaż, tampony, gaza)



Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RODZĄCYCH

Boduena Nr 5, telefonu Nr 3083.

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

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

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

TREŚĆ.

I. PRACE ORYGINALNE.	
Docent Fr. Koźmiński, Lwów. Stół operacyjny (z 4 rysunkami).	479
St. Cykowski, Warszawa. Przyczynek do leczenia eklampsyi (z 2 tablicami).	489
II. SPRAWOZDANIA.	
Duret et Besson. Wyniki operacyjne przy raku macicy. — A. Rosner. Hernia abdominalis uteri gravidi (z 2 rysunkami). — Schmorl i Geigel. Gruźlica łożyska ludzkiego. — A. Capaldi. Badania nad zakażeniem macicy, spowodowanem przez zaparcie stolca. — M. Walther. Zasady leczenia surowicą zakażenia płożowego paciorkowcowego. — Mario Carrara. Żeńskie obojnactwo wrzekome.	507
III. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.	
Towarzystwo Ginekologiczne Lwowskie.	515
Sekcja Ginekologiczna Warszawska.	522
IV. DZIAŁ POLEMICZNY.	
Kilka słów z powodu artykułu kol. Borzymowskiego: „O izolacji pęcherza od wpływu moczu zapomocą cewnikowania obydwóch moczowodów”, podał Fr. NEUGEBAUER.	531
V. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.	534
VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.	
William R. Pryor (z portretem), przez S.	537
VII. ZAPISKI LECZNICZE.	
Katgut jodowy. — Heroina w ginekologii. — Ergotina styptica Egger. — Weronalizm.	539
VIII. OGŁOSZENIA.	

akc. 142-52-101



SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.
Table opératoire (avec 4 dessins),
par M. Fr. Kościński (de
Lwów).
Contribution au traitement de l'éclampsie,
par M. S. Cykowski (de
Varsovie).
- II. ANALYSES.
Duret et Besson, A. Rosner, Schmorl
et Geigel, A. Capaldi, M. Walt-
hard, Mario Carrara.
- III. SOCIÉTÉS MÉDICALES.
Société gynécologique de Lwów.
Section gynécologique de Varsovie.
- IV. POLÉMIQUE.
Quelques mots à propos de l'article
du Dr. Borzymowski: „Sur l'isola-
tion de la vessie par cathéteri-
sation permanente de deux ure-
tères”, par M. Fr. de Neuge-
bauer (de Varsovie).
- V. NOUVELLES.
- VI. NÉCROLOGIE.
William R. Pryor.
- VII. NOTES THÉRAPEUTIQUES.
- VIII. ANNONCES.

INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.
Operationstisch (mit 4 Abbildungen),
von Fr. Kościński (Lemberg).
Beitrag zur Behandlung der Eclampsie,
von S. Cykowski (War-
schau).
- II. REFERATE.
Duret u. Besson, A. Rosner, Schmorl
u. Geigel, A. Capaldi, M. Walt-
hard, Mario Carrara.
- III. AERZTLICHE GESELLSCHAFTEN.
Lemberger gynaekologische Gesell-
schaft.
Warschauer gynaekologische Sektion.
- IV. POLEMIK.
Einige Worte zum Dr. Borzymowski's
Aufsatz: „Ueber die permanente
Harnleiterkatheterisation behufs
Entlastung der Blase vom Harn-
zufluss”, von Fr. v. Neuge-
bauer (Warschau).
- V. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- VI. NEKROLOGIE.
William R. Pryor.
- VII. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
- VIII. ANNONCEN.

I.

PRACE ORYGINALNE

Stół operacyjny

podał

Dr. FRANCISZEK KOŚMINSKI

docent Uniwersytetu lwowskiego

Od lat kilkunastu wszyscy operatorzy, a zwłaszcza ci, którzy podejmują rękoczynny na narządach, znajdujących się w miednicy, słusznie zwracają uwagę na odpowiednie ułożenie osoby operowanej w czasie zabiegu, a to w celu uzyskania jak najlepszego dostępu i jasności pola operacyjnego. Zabieg sam może być wtedy wykonany niewątpliwie dokładniej, ostrożniej, a nadewszystko w znacznie krótszym czasie, liczba zaś osób współdziałających potrzebna jest mniejsza. Najwięcej nauczyliśmy się cenić takie ułożenie osoby operowanej, w którym miednica znajduje się znacznie wyżej niżeli klatka piersiowa i głowa.

Jak z dotyczącego opisu wynika, już w roku 1878 W. A. Freund, wykonywając całkowite wycięcie macicy od strony jamy brzusznej, układał operowaną w ten sposób, że miednica była wyżej położona aniżeli górna część tułowia, König zaś w swoim podręczniku chirurgii, wydany w roku 1885, wyraźnie zaznaczył, że najpewniej można uniknąć wypadnięcia jelit po otwarciu jamy brzusznej przez uniesienie miednicy ku górze. Ogół operatorów zapoznał się jednak z tem ułożeniem znacznie później, a mianowicie dopiero w roku 1890, gdy Trendelenburg przedstawił w Berlinie stół operacyjny, odpowiednio zbudowany, i zwrócił uwagę na korzyści, które przedstawia nadanie osobie operowanej położenia pochylego głową na dół a miednicą ku górze, przy wykonywaniu zabiegów na narządach, znajdujących się w miednicy; od tego czasu ułożenie to znane jest powszechnie jako *ułożenie Trendelenburga*. Zalety tego ułożenia przy wykonywaniu różnych zabiegów są ogólnie znane i należycie zostały

ocenione. Nie we wszystkich jednak przypadkach ułożenie pochyłe można uważać za najodpowiedniejsze. Jedną z ujemnych stron tego ułożenia jest okoliczność, że niejako najwyżej położoną okolicą otwartej jamy brzusznej jest zatoka Douglasa, skutkiem tego z pola operacyjnego spływać może wszystko ku dalszym częściom jamy brzusznej. Dla operatora zaś przy zabiegu dłużej trwającym pozycja, jaką przybrać musi, jest często zgoła niewygodna, gdyż, stojąc z boku operowanej, zwracać się musi ustawicznie ku górze i operować rękami stale uniesionymi dość znacznie w górę.

Zastąpić niejako ułożenie Trendelenburga usiłował Fritsch zapomocą podanego przez siebie *kozła*, na którym powinna spoczywać miednica okolicą kości krzyżowej i ogonowej, podczas gdy górna część tułowia i kończyny dolne operowanej opierają się na poziomo ustawionym stole. W ten sposób zostaje tylko sama miednica uniesiona w górę, przyczem nachylenie jej w znacznym stopniu się zwiększa. Przy takim ułożeniu okolica zatoki Douglasa pozostaje w zakresie pola operacyjnego miejscem najniższym, a ręce operatora mniej się męczą, gdyż swobodniej mogą się poruszać. Natomiast nie tak pewnie i dokładnie usuwają się jelita z pola operacyjnego, jak przy ułożeniu Trendelenburga, miednica w całości mniej dobrze bywa oświetlona, a nadto po dłużej trwających zabiegach operowane żalą się wskutek ucisku na bóle w okolicy kości krzyżowej i ogonowej. Sam Fritsch po pięciu latach zarzucił używanie kozła i uznał wyższość ułożenia Trendelenburga. Sprawiedliwość jednak każe przyznać, iż często bardzo uniesienie samej miednicy i zwiększenie nachylenia tejże w czasie zabiegu może być bardzo pożądane jako czynnik ułatwiający.

Péan posługiwał się często zupełnie podobnym ułożeniem osoby operowanej, jakie znane jest w położnictwie pod nazwą *położenia Walcherowskiego*. A więc głowa i tułów są ułożone poziomo, kończyny zaś dolne ustawione znacznie niżej. Nachylenie miednicy skutkiem takiego ułożenia znacznie się powiększa, a narządy, znajdujące się w miednicy, stają się dostępniejsze.

Również i Fritsch uznaje zalety takiego ułożenia, a gorącym zwolennikiem jego jest A. Martin, chętnie operujący na czworobocznym stole, na którym układa osobę operowaną w ten sposób, że okolica kości ogonowej spoczywa na krawędzi, podczas gdy obie kończyny dolne zwisają wolno na zewnątrz stołu, operator

zaś siedzi pomiędzy udami operowanej. Przy takim jednak ułożeniu napięcie mięśni brzusznych niewątpliwie się zwiększa,—okoliczność, która może zabieg utrudniać, zwłaszcza przy jędrnych powłokach.

W celu zniesienia znaczniejszego napięcia mięśni brzusznych radzi Landau układać osobę operowaną wprost przeciwnie, mianowicie tak, aby kończyny dolne, a przede wszystkim kolana, ustawione były znacznie wyżej niż tułów.

Ułożenie pochyłe w kierunku przeciwnym, niż podał Trendelenburg, polecił stosować Ihle, zwłaszcza w celu uzyskania lepszego dostępu do narządów, umiejscowionych w górnej części jamy brzusznej. Najwyżej ułożoną częścią ciała w takim razie jest głowa, a najniżej—miednica osoby operowanej.

Znaczna liczba operatorów przed zupełnym zamknięciem jamy otrzewnowej, już po skończonym właściwym zabiegu, radzi zawsze ułożyć osobę operowaną w położeniu poziomem, bez względu na rodzaj ułożenia poprzedniego. Niektórzy operatorowie zwracają dalej uwagę, aby przy odpowiednim ułożeniu osoby operowanej można było, w razie potrzeby, mieć dostateczny dostęp do części rodnych zewnętrznych i pochwy w przypadkach dokonywania zabiegów w miednicy u kobiet.

W różnych przypadkach zatem mogą różne ułożenia osoby operowanej okazać się korzystne.

W celu nadania odpowiedniego ułożenia osobie operowanej podano cały szereg rozmaicie zbudowanych stołów operacyjnych; niewielka jednak liczba ich odpowiada w zupełności swemu zadaniu, i podczas gdy jedne, a tych jest większość, uwzględniają przede wszystkim ułożenie Trendelenburga, inne np. są zbudowane dla uniesienia tylko samej miednicy i t. d.

Dobry stół operacyjny powinien być tak zbudowany, by można go ustawiać dla wszystkich potrzebnych ułożeń, zamiana zaś jednego ułożenia na drugie powinna się dać wykonać względnie łatwo i w krótkim stosunkowo czasie. Takich stołów operacyjnych podano, jak dotąd, nie wiele. Do nich zaliczyć należy w pierwszym rzędzie stół Doyen-Mathieugo, a dalej stół pomysłu Fenger Justa i A. Madsena. Stoły te są budowy bardzo złożonej, wielkich rozmiarów, a przede wszystkim kosztowne i z tego względu tylko dla nie wielu operatorów dostępne.

Odpowiednio do różnych ułożeń, jakie w czasie zabiegów, wykonywanych w zakresie jamy brzusznej, nadać możemy różnym

częściom ciała osoby operowanej, stół operacyjny powinien posiadać i niejako składać się z trzech nierównych części, któreby można ustawiać w różnym względem siebie nachyleniu. Z tych części najdłuższa przeznaczona być musi na umieszczenie głowy i większej części tułowia, na części środkowej, najmniejszej powinna spoczywać tylko sama miednica, część trzecia zaś służyć ma za podstawę dla obu kończyn dolnych. Te bowiem trzy części ciała osoby operowanej muszą względem siebie przybierać różne nachylenia w miarę zmiany ułożenia. Stosunki powyższe w budowie stołu uwzględnił najwięcej Rumpf, dość wyraźnie są one zaznaczone i w stole Stasa. Inni autorowie, którzy podali stoły operacyjne różnej budowy, nie uwzględniają ściśle tego podziału ciała osoby operowanej na trzy części, i chociaż niektóre stoły posiadają nawet trzy różne nastawie się dające płaszczyzny, to płaszczyzna środkowa stołu przeznaczona jest zwykle nie tylko dla umieszczenia samej miednicy, lecz zarazem albo i dla większej części tułowia, co bywa rzadziej, albo też dla umieszczenia miednicy i obu kończyn dolnych aż do kolan.

Postanowiłem zatem zbudować stół operacyjny, któryby nie był zbyt zawilej budowy, dawał się ustawiać dla wszystkich żądanych ułożeń, a zmiana jednego ułożenia osoby operowanej na drugie mogła się na nim wykonywać względnie szybko i dokładnie. Zdaje się, że w części przynajmniej zdołałem cel zamierzony osiągnąć, i dlatego załączam opis stołu, z którego budową można bardzo łatwo się zapoznać już przez samo porównanie obok zamieszczonych rysunków.

Podstawę stołu stanowi mocny stojak w kształcie podwójnego kozła, spoczywający na czterech nogach, silnie ze sobą u dołu związanych; stojak ten jest zbudowany podobnie jak w stole Stasa. Przednie nogi opatrzone są kółkami w celu łatwiejszego przesuwania stołu. Na samym szczycie kozła znajduje się poprzecznie umieszczona mocna oś, wiążąca obie połowy w górze i służąca za stały punkt umocowania całego stołu.

Dwie części stołu, a mianowicie rama R i płyta B, są bezpośrednio umocowane do tej osi, i obie te części stołu dają się na niej nastawiać niezależnie zupełnie od siebie, w różnych dowolnych nachyleniach względem poziomu. Ramę (R) można nastawiać w dowolnym nachyleniu, począwszy od poziomu ukośnie ku dołowi aż do nachylenia pod kątem 45-ciu stopni, zapomocą obrotów koła K_1 , umocowanego na ruchomej osi pomiędzy tylnie-

mi nogami podstawy. Obroty koła wprowadzają w ruch pionowy mocną śrubę stojącą, na której oparta jest rama w połowie swej długości, i zależnie od szybkości obrotów koła można powoli lub prędzej zmieniać dowolnie nachylenie ramy a zarazem płyty stołu, na niej umieszczonej.

Rama wraz z umieszczoną na niej większą płytą A stanowi jedną, ze względu na swoje ruchy niezależne od dalszych części, niejako osobną część stołu i służyć ma do umieszczenia względnie oparcia głowy i tułowia aż do wysokości ostatnich kręgów lędźwiowych. Płyta A, umieszczona na ramie R, może być rów-



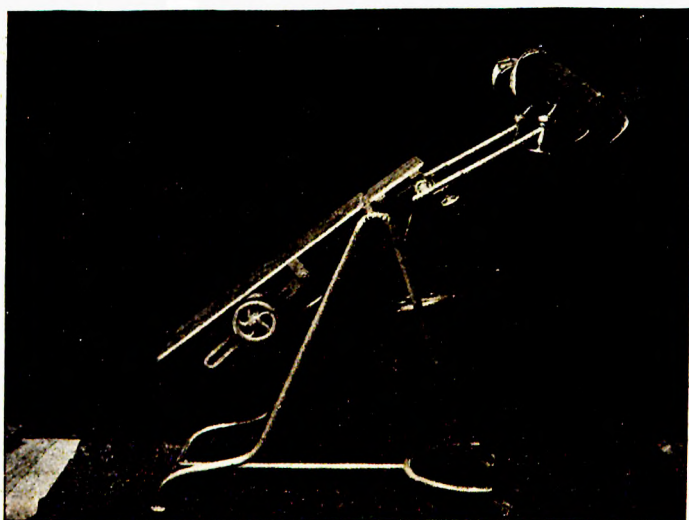
Rys. 1.

Ustawienie stołu dla ułożenia poziomego.

niez nastawiana osobno, niezależnie od samej ramy, zapomocą urządzenia złączonych dźwigni, które dają możność przytrzymania płyty w każdej wysokości nad ramą przez zaciśnięcie śruby i zamknięcie kółkiem K. Wskutek tego przy poziomo np. ustawionej ramie R możemy nadawać płycie A rozmaite ustawienia ku górze, począwszy od poziomego prawie do pionowego. A zatem płytę A możemy nastawiać zapomocą jednego mechanizmu, począwszy od poziomu ukośnie ku dołowi aż do nachylenia pod kątem 45-ciu stopni, a zapomocą drugiego urządzenia—od poziomu ku górze prawie pionowo, przyczem można używać niezależnie

od siebie albo tylko jednego, lub też posługiwać się łącznie obydwoma mechanizmami.

Drugą, środkową a najmniejszą co do rozmiarów część stołu stanowi płyta B. Jest ona również umocowana z jednej strony do osi, na szczycie kozła umieszczonej, około której jako stałego punktu oparcia daje się nastawiać w różnym nachyleniu za pomocą obrotów koła K_2 , umocowanego pomiędzy przednimi nogami podstawy. Mechanizm, służący do nastawiania płyty B, jest zupełnie taki sam, jak mechanizm, poruszający ramę R.



Rys. 2.

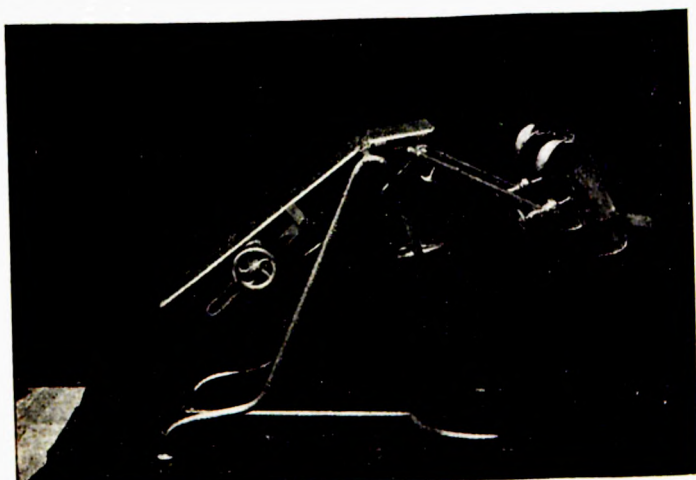
Ustawienie stołu dla ułożenia Trendelenburga.

Przez użycie śruby stojącej do nastawiania płyt możliwe jest wykonywać najmniejsze nawet zmiany w nachyleniu obu płyt względem siebie, a więc można dokładnie niejako dawkowość nachylenia w każdym poszczególnym przypadku i w każdej chwili w czasie wykonywania zabiegu.

Ruchy płyty B mogą być dość znaczne: i tak, licząc od poziomu w kierunku ku górze, można ją nastawić aż do nachylenia pod kątem 60 stopni, w kierunku zaś przeciwnym, to jest ku dołowi, aż do nachylenia pod kątem 30 stopni. Część ta środkowa

wa stołu służyć ma na umieszczanie względnie za podstawę tylko dla samej miednicy osoby operowanej, a okolica ostatniego kręgu lędźwiowego znajdować się będzie powyżej osi, służącej za stały punkt umocowania całego stołu.

Trzecią część stołu stanowią utrzymywacze kończyn dolnych, oddzielne dla jednej i drugiej strony. Są one przytwierdzone do wolnego brzegu płyty B, każdorazowe zatem ruchy tej płyty udzielają się pośrednio i tej części stołu. Dla usunięcia mogących z tego powodu powstać niedogodności postanowiłem uzyskać możliwie jak największą ruchomość utrzymywaczy nóg, aby w ten



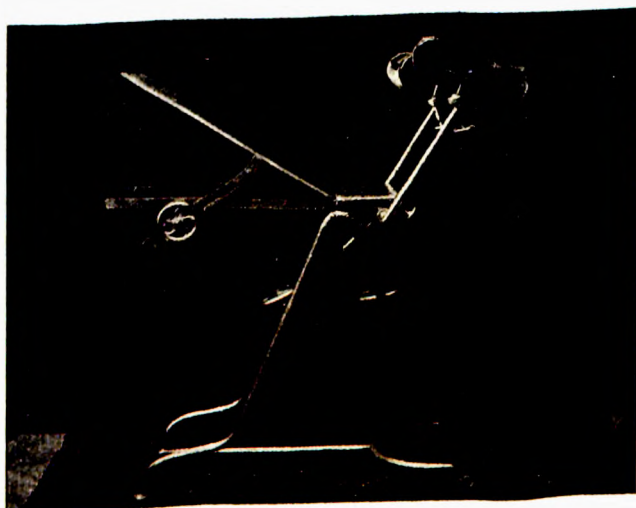
Rys. 3.

Ustawienie stołu dla ułożenia jak na koźle Fritscha.

sposób ułatwić wszelkie możliwe ustawienia kończyn dolnych. W tym celu najodpowiedniejsze wydało mi się zastosowanie do utrzymywaczy systemu stawów orzeszkowych czyli panewkowych, z których jedno odpowiadałoby niejako umiejscowieniem obu stawom biodrowym, a drugie stawom kolanowym.

Po obu zatem stronach płyty B od spodu umieściłem dwa stawy orzeszkowe, zwrócone panewkami wprost na zewnątrz, a właściwie na boki. Pod kątem prostym do główki, obracającej się w panewce, umocowany został kawałek mocnej rury metalowej długości około 10 cm. Przez rurę tę, która stanowi niejako

pochwę, przechodzi dający się przesuwac drażek metalowy odpowiedniej grubości, a który można ustalić w rurze po wysunięciu go na żadaną długość zapomocą śruby. Na jednym końcu tego drażka przesuwalnego znajduje się drugi staw panewkowy, odpowiadający umiejscowieniem stawom kolanowym. Główka tego stawu jest zapomocą szyjki połączone z głęboką, podwójnie zagiętą rynienką metalową, służącą na wygodne umieszczenie okolicy podkolanowej uda i całego podudzia osoby operowanej. Ta druga część utrzymywaczów jest wykonana na wzór utrzymywaczy, które podał Goepel, a które firma Knoke i Dressler dołącza do



Rys. 4.

Ustawienie stołu dla ułożenia przy zabiegach, wykonywanych od strony pochwy.

poprawionego stołu Stelznera. Różnica polega na odmiennej budowie metalowej rynienki, na ukośnem ustawieniu stawu panewkowego względem drażka i dłuższej szyi, łączącej główkę stawu z rynienką, przez co ruchomość tej części stała się jeszcze większa. Zamykanie i otwieranie tych stawów odbywa się zapomocą obrotu kółkiem, umieszczonem tuż pod stawem. Stawy zaś panewkowe, umocowane pod płytą B, dają się zamykać i otwierać przez wykonanie ruchu ku przodowi i ku tyłowi dźwignią krótką jedno-ramienną X, która również jest umieszczona pod płytą B i stano-

wi prawdziwy klucz stawu. Ponieważ stawy panewkowe, umieszczone pod płytą B, pozwalają na wykonanie całkowitego obrotu około osi poziomej, a równocześnie na dość znaczne ruchy w kierunku abdukcji i addukcji kończyn dolnych, przeto granica ruchów utrzymywaczy, w ten sposób zbudowanych, jest znacznie większa, aniżeli to odpowiada ruchomości prawidłowego stawu biodrowego, a więc czynią one zadość najdalej idącym wymaganiom. Również i ruchy, jakie wykonać możemy oddzielnie rynienką metalową, osadzoną na dalszym stawie panewkowym, są znacznie rozleglejsze aniżeli te, które wykonać dozwala prawidłowy staw kolanowy. Długość utrzymywaczy regulować można przez przesuwanie drążka w pochwie, przymocowanej do stawu, znajdującego się pod płytą B; przez zwracanie zaś tego drążka wzdłuż osi podłużnej można rozmaicie nastawiać powierzchnie rynienek metalowych, które są właściwymi utrzymywaczami. Raz umieszczone kończyny dolne na tych utrzymywaczach i odpowiednio ustalone np. zapomocą opaski do rynienek pozostają na nich przez cały czas operacji.

Wszelkie możliwe zmiany w ułożeniu osoby operowanej mogą się podczas tego odbywać bez przeszkody, gdyż po otwarciu obu stawów panewkowych jednej strony, to jest umieszczonego pod płytą B i dźwigającego rynienkę metalową, wszelkie ruchy kończyny dolnej w niczem nie mogą być ograniczone. Ustalenie nadanego już ułożenia kończyny odbywa się szybko przez zamknięcie obu tych stawów panewkowych, a więc zapomocą dwóch poruszeń ręki w przeciagu kilku sekund.

Wysokość stołu wynosi 92 cm. i dla operatorów wzrostu średniego jest zupełnie wystarczająca. Przy różnych ułożeniach stołu okolica pola operacyjnego stosunkowo niewielkie co do wysokości wykonywa ruchy, a to z powodu, że część, znajdująca się pomiędzy płytą A i płytą B, pozostaje zawsze na jednej wysokości. Płyta A jest długa 72 cm, szerokość jej wynosi 52 cm.; płyta B jest również 52 cm. szeroka, a tylko 18 cm. długa. Cały stół sporządzony z żelaza kutego, o płytach niklowanych, został wykonany przez fabrykę narzędzi i przyrządów chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego we Lwowie.

Dla uniknięcia możliwego ześlizgiwania się osoby operowanej przy użyciu ułożenia Trendelenburga dają się na płycie A umieścić jedne ze znanych utrzymywaczy barków, które można po płycie przesuwać i w dowolnej wysokości ustalać.

Przy użyciu położenia Péana i Ihlego należy w celu ustalenia i przytrzymania tułowia założyć pod obie pachy odpowiednie pętle i umocować je do tylnego brzegu ramy R, poczem do poruszania tej części stołu, t. j. płyty A, należy używać wyłącznie tylko obrotów koła K. W ten sposób zbudowany stół nadaje się nie tylko do wszystkich powyżej wymienionych ułożeń osoby operowanej i stopniowania ich, lecz służyć może również do ułożenia przy zabiegach, wykonywanych od strony pochwy, i do ułożenia, jakie dawniej było wyłącznie używane przy operacjach kamieni moczowych. Sądzę dalej, że doskonale można na stole tym ułożyć osobę operowaną w ten sposób, jak tego wymaga Ott, gdy narządy, znajdujące się w miednicy i jamie brzusznej, oświetla bezpośrednio zapomocą lampki, wprowadzanej do jamy otrzewnej po otwarciu tejże od strony pochwy. W takim razie należy ustawić płytę B poziomo lub nieco tylko ukośnie ku górze, utrzymywacze nóg będą ustawione pod kątem prostym do płyty B, płytę zaś A należy obniżyć aż do nachylenia pod kątem 35° , a nawet 45° , przyczem należy koniecznie użyć utrzymywaczy barków, które będą miały za zadanie podtrzymać cały ciężar tułowia. W takim ułożeniu jelita usuną się zupełnie z obrębu miednicy, a dostęp do pola operacyjnego od strony pochwy w niczem nie będzie utrudniony.

Praktycznie został ten stół operacyjny wypróbowany w klinice ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego, gdzie od roku jest w użyciu.

Przy wykonywaniu na nim różnych zabiegów przekonać się było można, że sprawność stołu pod każdym względem nie pozostawia nic do życzenia: operator ma zawsze możliwość nastawienia sobie pola operacyjnego w każdym poszczególnym przypadku w sposób, jaki uważa za najodpowiedniejszy, dostęp zaś do części rodnych zewnętrznych jest w każdym nadanem ułożeniu nie tylko możliwy, ale względnie wygodny. Wobec cięższych zabiegów, podczas których potrzeba więcej aniżeli jednego asystenta do pomocy, najwygodniej jest, jak doświadczenie pouczyło, polecić drugiemu asystentowi umieścić się pomiędzy udami operowanej, a względnie pomiędzy utrzymywaczami kończyn dolnych.

Przyczynek do leczenia eklampsyi

podał

Dr. ST. CYKOWSKI

b. ordynator etatowy Instytutu Położniczego w Warszawie.

Śmiertelność matek wskutek eklampsyi podczas porodu i po porodzie w warszawskim Instytucie Położniczym aż do ostatnich prawie lat była nader wysoka: w szczęśliwych latach dochodziła do 40%, w latach gorszych do 60% a nawet więcej. Postępowanie lekarskie w odnośnych przypadkach polegało zawsze na podawaniu podskórnie znacznych ilości morfiny, na stosowaniu chloralu per anum, zawijaniu chorych w koce i rozwiązaniu przy odpowiednich warunkach.

Tak przerażająca odsetka śmiertelności w omawianem cierpieniu zniewoliła mię w ostatnich latach do zmiany w postępowaniu.

Wychodząc z zasady, iż zmuszeni jesteśmy patrzeć na eklampsyę jako na swoiste samozatrucie organizmu, i stosując konsekwentnie odpowiednie, znane zresztą zabiegi, otrzymałem znacznie niższą odsetkę śmiertelności. Z wynikami tego postępowania i pewnymi moimi wnioskami pragnę się z Szanownymi kolegami podzielić.

Materyał dowodowy stanowią 23 przypadki, spostrzegane przeze mnie w roku 1902, 1903 i części 1904 w Instytucie Położniczym.

Z liczby 23 chorych — 21 było pierwiastek i tylko 2 wieloródki; najmłodsza chora miała lat 15, najstarsza lat 33; inne szczególne dane o każdej chorej umieściłem w odpowiedniej tablicy. Z 23 chorych pozostało przy życiu 20, zmarło 3.

Dla dania odpowiedzi, na czem polegało postępowanie lekarskie w omawianych przypadkach, muszę oświadczyć, iż wszystkie 23 chore podzieliłem na dwie kategorie: do kategorii I-ej, stanowiącej prawie $\frac{1}{5}$ wszystkich przypadków a wynoszącej 18 spostrzeżeń, zaliczam chore, które przybyły do kliniki bez otwarcia macicy lub z otwarciem minimalnem, a więc na 1 — $1\frac{1}{2}$ palca.

Do tejże kategorii zaliczam jeszcze jedną chorą, oznaczoną w tablicy № 10, która przybyła z otwarciem zupełnem, a o której będzie jeszcze mowa na innem miejscu. Do kategorii II-ej należą pozostałe 4 chore; z tych 3 przybyły do kliniki z otwarciem zupełnem lub prawie zupełnem, jedna zaś z otwarciem mniejszem, lecz z niewielką ilością napadów, o wybitnie mniej groźnym przebiegu cierpienia.

W żadnym z omawianych 23 przypadków ani razu nie stosowano narkotyków, a więc morfiny, chloralu. Z chwilą przybycia chorej z dopiero co rozpoczętym porodem przy otwarciu na 1 — 1½ palca, a niekiedy sub graviditate, wobec zjawiającego się ponownie choćby jednego napadu drgawek i wobec napiętego tętna chorej, przystępowałem do upustu krwi. W tym celu po uprzednim odseparowaniu venae medianae lub niekiedy jednej z żył na grzbiecie ręki, jeżeli odnaleźć v. medianam było trudno, przecinałem żyłę ukośnie, ująwszy ją w pincetkę; ilość upuszczanej krwi wahała się między 200,0—500,0; średnio upuszczano około 2 szklanek czyli około 400,0 krwi; na przeciętą żyłę stosowałem zwykły opatrunek uciskający.

Zaraz po ukończeniu upustu krwi wlewałem podskórnie duże ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a więc od 800,0—1000,0 od razu; po ukończeniu wlewania soli chorą zawijano w kocę, zaś na głowę kładziono worek z lodem. W kocach pozostawiano chorą tak długo, dopóki nie otrzymano dogodnych warunków do możliwie wczesnego rozwiązania. Czas, przez który chore pozostawały w kocach, aż do chwili rozwiązania był naturalnie różny: od kilku do kilkunastu, bo np. aż do 19 godzin; wreszcie w dwu przypadkach równał się kilku dobom, jak to wskazuje tablica. Zupełnie odmiennie przedstawia się wspomniany już przypadek, oznaczony № 10, gdzie cały okres bytności chorej w klinice aż do rozwiązania wynosił zaledwie pół godziny.

Przez cały czas pozostawiania chorych w kocach, zmienianych co kilka godzin (4—6), powtarzano od czasu do czasu wlewania roztworu fizyologicznego soli pod skórę, w ilości 400,0—600,0 pro dosi. Wszystkie chore były stale nieprzytomne, z wyjątkiem tych dwu, które pozostawały w klinice przed rozwiązaniem całe doby, a u których przytomność wróciła jeszcze przed rozwiązaniem. Zalecano zwracać baczną uwagę na to, czy chora zbyt długo się nie rzuca lub nie kręci,—niepokój ten jest wyrazem wzmagających się

bólów porodowych: w takich razach koczki odwijano i przystępowano do badania wewnętrznego resp. do operacyi.

Następujący przypadek dowodzi, że przestroga ta nie jest zbyt bezużyteczna: mianowicie po usunięciu koców znaleziono wśród bioder urodzoną główkę płodu, aczkolwiek chorą—pierwiastkę zawinięto w koczki przy bardzo małym otwarciu i nie zdążono przetrzymać nawet kilku godzin.

Jak wiemy, powstanie bólów porodowych przy eklampsyi nie każe zbyt długo na siebie czekać. Doświadczenie poucza nas, iż macicę sub eclampsia, przy rozpoczętej już akcyi porodowej, znajdujemy prawie stale w skurczu: to też nie dziwnego, że już w ciągu kilku resp. kilkunastu godzin otrzymywaliśmy mniej więcej odpowiednie warunki do tych lub innych zabiegów operacyjnych. Jasną również jest rzeczą, iż wobec stalego prawie skurczu macicy znajdowano część przodującą przeważnie ustaloną we wchodzie lub w próżni miednicy małej. Potwierdza to i statystyka zabiegów operacyjnych: na 19 przypadków zastosowano kleszcze sześć razy, wyciskanie płodu sposobem Kristellera 3 razy, i tylko w 2 przypadkach można było dokonać obrotu na nóżki. Wreszcie w 3 przypadkach stosowano extractionem foetus, a w 5-ciu chore urodziły same. Co się tyczy wielkości otwarcia macicy—do użycia instrumentu Bossiego nie byłem ani razu zmuszony; natomiast już przy otwarciu na trzy palce z całą swobodą nakładałem kleszcze na główkę we wchodzie lub tylko mocno do wchodu miednicy małej przysuniętą i ani razu nie miałem pęknięcia szyi, sięgającego wyżej niż do sklepienia: były to więc pęknięcia portionis vaginalis, które spotykamy i przy normalnym porodzie.

Śmiertelność dzieci była prawie przeciętna, w podręcznikach podawana, zresztą śmiertelność ta niezbyt zmniejsza się przy bardziej pospiesznym, lecz więcej na przemoc niż na naśladowaniu aktu fizyologicznego opartem rozwiązaniu chorej, będąc zależną od podstawowego cierpienia matki. W przytoczonych 19 przypadkach otrzymano 8 płodów żywych i 12 martwych (w tem raz bliźnięta). Z liczby 8 płodów żywych tylko 2 urodziły się samodzielnie, a więc 6 zapomocą operacyi; w 12 przypadkach urodzenia się dzieci nieżywych 3 urodziło się samodzielnie, w tem jeden płód macerowany; 9 wydobyto drogą operacyjną.

Dodać jeszcze muszę, iż u wszystkich prawie chorych ilość wypuszczanego moczu była bardzo mała, niekiedy tylko kilka kropel, nierzadko ani kropli; w moczu stale znajdowano białko.

T A B L I C A

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej	Który raz rodzi?	Wiek chorej	Data przybycia do kliniki. Stan ogólny. Położenie płodu. Otwarcie macicy.	MIOSĆ NAPRĄDÓW		Po wenesekcyi, a przed porodem
				W domu	W klinice przed wenesekcyą	
1902 Przypadek I. W. W.	Pierwszy	23	26. VII. o g. 10 wiecz. Cięża 9-ciomiesięczna. Chora nieprzytomną; obrzęk kończyn dolnych. Płód żywy; położenie czaszkowe I-sze. Otwarcie macicy na jeden palec.	3	5. VIII. 11 naprądków. 5. VIII. o g. 10 ¹ / ₂ wieczorem—wenesekcyą.	26. VIII. o g. 12 w nocy. Urodziła <i>sama</i> . Pochwa i kroczce—całe.
Przypadek II. O. R.	Pierwszy	15	1. VIII. o g. 11 wiecz. Cięża donoszona. C. 36,6 ⁴ , tętno—70; oddechów—18. Płód żywy; położenie czaszkowe I-sze. Otwarcie macicy na jeden palec.	1	5. VIII. o g. 11 wieczorem, <i>Kraszcz</i> przy otwarciu na 3 palce; główka we wchodzie. Zeszycie pochwy i kroczka.	Początek bólów 7. X. o g. 1 w nocy. 8. X. o g. 12 w nocy odleszły wody, o g. 1 w nocy płód wyciśnięto sposobem <i>Kristellera</i> . Zeszycie pochwy i kroczka.
1903 Przypadek IV. F. E.	Pierwszy	18	7. X. o g. 11 rano. Cięża donoszona. C. 37 ⁰ , tętno—68; oddechów—16. Znaczący obrzęk sromu. Płód żywy; położenie czaszkowe I-sze. Otwarcie macicy na jeden palec.	8	Początek bólów 2. III. o g. 12 w południe. 3. III. o g. 1 w nocy odleszły wody, o g. 1 ¹ / ₂ w nocy płód wyciśnięto sposobem <i>Kristellera</i> . Pochwa i kroczce całe.	24. III. o g. 3 ¹ / ₂ w nocy. Płód wyciśnięto sposobem <i>Kristellera</i> . Pochwa i kroczce—całe.
Przypadek V. T. A.	Pierwszy	—	23. III. o g. 8 m. 15 rano. Cięża donoszona. C. 38,3 ⁰ , tętno—88; oddechów—36. Położenie płodu czaszkowe I-sze; płód żywy.	15	17	4. IV. o g. 11 ¹ / ₂ rano. Dokonano przy otwarciu na 3 palce <i>obrętu</i> na nóżki <i>tey-dobycia płodu</i> . Zeszycie pochwy i kroczka.
Przypadek VI. M. M.	Pierwszy	24	4. IV. o g. 3 w nocy. Cięża donoszona. C. 37,4 ⁰ , tętno—80; oddechów—24. Położenie płodu czaszkowe I-sze; płód żywy. Otwarcie macicy na jeden palec.	7	13	4. IV. o g. 11 ¹ / ₂ rano. Dokonano przy otwarciu na 3 palce <i>obrętu</i> na nóżki <i>tey-dobycia płodu</i> . Zeszycie pochwy i kroczka.

*) Extractio foetus w tym i innych przypadkach było wykonywane dopiero po urodzeniu się pośladków siłami natury.

P I E R W S Z A.

Ilość napadów po porodzie	Plód	PRZEBIEG POŁOGU	Po ilu dniach pobytu wypisano chorą	Ilość wy-puszczonej krwi
1. Pierwszego dnia.	M. Żywy	C. dnia trzeciego—38°C; odchody pŃłogowe cuchnące; pozatem — przebieg prawidłowy.	Po 8 dniach.	300,0.
7. Pierwszego dnia.	Ż. Żywy	C. dnia pierwszego i drugiego—38°C; odchody prawidłowe; w pochwie i na kroczu — rynchłozrost.	Po 14 dniach.	300,0.
18. Pierwszego dnia.	M. Żywy	Prawidłowy. W miejscu zeszyca — rynchłozrost.	Po 18 dniach.	200,0.
33. Pierwszego i drugiego dnia 32 napady, trzeciego 1 napad.	Ż. Żywy	C. aż do dnia dwudziestego siódmego — 38°C, 39°C, 40°C. Odchody cuchnące; odleżyny na poślądkach. Psychoza.	Po 30 dniach (na drodze do wyzdrowienia).	200,0.
2. Pierwszego dnia.	M. Martwy	Prawidłowy.	Po 11 dniach.	300,0.
	Ż. Martwy	C. dnia trzeciego i czwartego—38°C; pozatem przebieg prawidłowy. W miejscu zeszyca — rynchłozrost.	Po 6 dniach.	300,0.

P I E R W S Z A. (C. D.)

Ilość napadów po porodzie	Plód	PRZEBIEG POŁOGU	Po ilu dniach pobytu wypisano chorą	Ilość wy-puszczonej krwi
24. Pierwszego dnia 4, drugiego — 20.	Ż. Martwy.	C. od dnia szóstego do dwudziestego siódmego — 38°C—39°C. Odchody cuchnące; w miejscu zeszy-cia — ropienie. Krwioplucie.	Po 44 dniach.	450,0.
40. Pierwszego i drugie-go dnia.	M. Żywy.	C. aż do piątego dnia — 38°C—39°C; pozatem przebieg prawidłowy.	Po 18 dniach.	400,0.
21. Pierwszego dnia 10, drugiego dnia 11.	M. Żywy.	Prawidłowy.	Po 23 dniach.	400,0.
—	Ż. Żywy.	C. pierwszego dnia — 38°C; drugiego — 39°C. Sinica, rzeżenia.	† 9.VI. o g. 8 wieczorem. Sekcy-a wykazała: nephritis pa-renchymato-sa, pneumonia ead. sinistra.	350,0.
17. Pierwszego dnia 15, drugiego dnia 2.	M. Martwy.	C. od pierwszego do trzeciego dnia — 38°C; pozatem przebieg prawidłowy. Na miejscu zeszy-cia — ropienie.	Po 13 dniach.	300,0, 200,0.
8. Pierwszego dnia.	M. Żywy.	C. pierwszego dnia — 39°C. Dalszy przebieg prawidłowy. Rychłozrost.	Po 14 dniach.	400,0.
	M. Macerowany	Prawidłowy.	Po 7 dniach.	400,0.

T A B L I C A

Rok, liczba porządkowa, imię i nazwisko chorej	Który raz rodzi? Wiek chorej	Data przybycia do kliniki. Stan ogólny. Położenie płodu. Otwarcie macicy.	ILOŚĆ NAPADÓW		P O R Ó D
			W domu	W klinice przed wenesekcją Po wenesekcji, a przed porodem	
1903 Przypadek XIV. T. L.	Pierwszy 20	14. IX. o g. 5 po południu. C. 39,8 ^o , tętno—130; oddechów — 36. Położenie obu płodów czaszkowe. Otwarcie macicy na jeden palec.	6	O g. 10 wieczorem wenesekcją.	Bliźnięta. 14. IX. około g. 11 wieczorem nałożono <i>kleszcze</i> na główkę pierwszego płodu przy otwarciu na 3 $\frac{1}{2}$ palca; drugi płód również wydobyto za pomocą <i>kleszczy</i> . Pochwa i krocze—całe.
Przypadek XV. G. Sr.	Drugi 22	13. X. o g. 12 w południe. Cięża donoszona. Położenie płodu czaszkowe. Otwarcie macicy na jeden palec.	3	4. O g. 2 po południu wenesekcją.	Początek bólów 14. X. o g. 2 w nocy. 14. X. o g. 5 w nocy odeszły wody, poczem zaraz urodziła <i>sama</i> . Pochwa i krocze—całe.
Przypadek XVI. M. W.	Pierwszy —	13. XI. o g. 10 wieczorem. Chora nieprzytomna. Ogromna sinica twarzy. Położenie płodu czaszkowe. Otwarcie macicy niema.	—	5. O g. 2 w nocy wenesekcją.	14. XI. o g. 12 w południe przy otwarciu macicy na 1 $\frac{1}{2}$ palca dokonano <i>obrotu na nóżki i wydobycia płodu</i> . Wody odeszły podczas operacji.
Przypadek XVII. F. H.	Pierwszy 24	17. XI. o g. 9 wieczorem. Cięża donoszona. Położenie płodu pośladkowe. Otwarcie macicy na 1 $\frac{1}{2}$ palca.	2	—	17. XI o g. 12 w nocy dokonano <i>wydobycia płodu</i> za nóżki. Pochwa i krocze—całe.
Przypadek XVIII. K. J.	Pierwszy 24	19. XI. o g. 4 w nocy. C. 37,2 ^o , tętno — 72; oddechów 22. Położenie płodu czaszkowe 1-sze, płód żywy. Otwarcie macicy na jeden palec.	3	10. O g. 11 $\frac{1}{2}$ rano wenesekcją.	19. XI. o g. 12 w południe nałożono <i>kleszcze</i> na główkę w próżni miednicy. Pochwa i krocze — całe.
Przypadek XIX. Z. L.	Pierwszy 24	11. XII. o g. 12 w południe. C. 38,7 ^o , tętno—140; oddechów — 46. Położenie płodu czaszkowe 2-gie; płód żywy. Otwarcie macicy na 1 $\frac{1}{2}$ palca.	21	—	Początek bólów 11. XII. o g. 8 rano. 12. XII. o g. 2 $\frac{1}{2}$ w nocy urodziła <i>sama</i> . Pochwa i krocze—całe.

PIERWSZA. (C. D.)

Ilość napadów po porodzie	Plód	PRZEBIEG POŁOGU	Po ilu dniach pobytu wypisano chorą	Ilość wypuszczonej krwi
	Ż. Ż. Martwe: I i II.	C. pierwszego dnia—38,9°C; drugiego—39°C. Sinica, rzeżenia.	† 16. IX. o g. 11 1/2 rano.	500,0.
21. Pierwszego i drugiego dnia.	Ż. Martwy.	C. od piątego dnia do szesnastego—38°C, —39°C, —40°C. Odchody cuchnące.	Po 18 dniach.	200,0.
	M. Macerowany.		† 14. XI. podczas operacji. Sekcyja nie wykazała żadnych uszkodzeń, resp. pęknięcia macicy.	500,0.
19. Pierwszego dnia.	M. Martwy.	C. pierwszego dnia—38,8°C; piątego—38,3°C; szóstego—39,3°C; siódmego i ósmego dnia—39,5°C. Odchody nie cuchnące. Zapalenie płuc prawostronne.	Przeniesiona na oddział wewnętrzny po dniach 8.	400,0.
7. Pierwszego dnia.	Ż. Martwy.	Prawidłowy.	Po 8 dniach.	450,0.
	Ż. Martwy.	Prawidłowy.	Po 10 dniach.	400,0.

Postępowanie po rozwiązaniu było następujące: w obawie przeoczenia atonii macicy nie zawijano chorej w koce przynajmniej w ciągu pierwszej doby (zresztą znajdowano macicę zawsze dobrze skurezoną); natomiast od dnia drugiego po porodzie chorą znowu układano w koce aż do czasu odzyskania przytomności, co zwykle następowało ku początkowi doby trzeciej. Kocę zmieniano co sześć godzin. Przez cały okres poporodowy, dopóki tętno chorej było przyspieszone i drobne, stosowano nadal wlewanie fizjol. rozczyau soli; dopóki chora była w kocach, wstrzykiwano rozczyzn soli pod skórę w ilości do 1000,0 pro die; z chwilą odzyskania przytomności i usunięcia koców, podawano sól per anum, co dwie godziny szklankę rozczynu, jeszcze zwykle w ciągu dni kilku, a to zależnie od stanu tętna. Pożywienie chorych stanowiło przeważnie mleko; pozatem postępowanie w ogólnych zarysach było zwykle. Unikano tylko w razie rozkładających się in vagina odchodów przemywań sublimatowych w obawie łatwiejszego zatrucia chorej, natomiast zalecano przepłukiwania pochwo-we słabym roztworem kalii hypermanganici. Zaznaczyć muszę, iż w jednym przypadków (№ 11) upust krwi stosowano i po rozwiązaniu, wobec znacznie jeszcze napiętego tętna i nieustannych napadów drgawek.

Przejdziemy do rozpatrzenia II-ej kategorii chorych: tutaj należą, jak już wiemy, 3 przypadki, w których chore przybyły do kliniki z zupełnem lub prawie zupełnem otwarciem i jeszcze jeden przypadek, w którym chora przybyła wprawdzie z otwarciem małym, lecz ilość napadów była bardzo niewielka, a stan ogólny chorej wydawał się względnie niezły.

Otóż we wszystkich tych przypadkach upustu krwi nie stosowałem: w ostatnim dlatego, iż tętno wyraźnie napięte nie było, u trzech zaś pierwszych chorych wobec zupełnego otwarcia zaraz przystąpiono do rozwiązania; w dwu przypadkach zastosowano kleszcze, w jednym wyciskanie sposobem Kristellera. W danych przypadkach już po rozwiązaniu chorej i wyciśnięciu odklejonego łożyska nie starano się zbytnio o utrzymanie stałego skurezu macicy, przeciwnie nie zapobiegano nieco większemu odpływowi krwi, a wszystko to w tym celu, by sztuczny upust krwi zastąpić naturalnym. Pozatem postępowanie i z tą kategorią chorych podczas porodu i położu było zupełnie takie, jak w kategorii I-ej. Wyniki postępowania odnośnie do chorych i płodów tej kategorii przedstawia tablica II.

Ważne jest w omawianej sprawie pytanie: jaki był przebieg cierpienia od chwili przybycia chorej do kliniki aż do chwili zastosowania upustu krwi, następnie od czasu wenesekcyi do rozwiązania chorej i wreszcie od rozwiązania do odzyskania przytomności. Odnośne spostrzeżenia wydają mi się charakterystyczne, aczkolwiek nie we wszystkich przypadkach z jednakową dokładnością mogły być przeprowadzone. Jak widać z załączonej tablicy upust krwi prawie wcale nie wpływał na zmniejszenie ilości samych napadów drgawek: ilość tych ostatnich przed upustem stosunkowo do czasu nie była większa od ilości napadów po upuście krwi; natomiast podkreślić chciałbym, iż w niektórych razach ilość napadów po upuście stosunkowo była nawet większa. Muszę wydatnie, iż i czas trwania poszczególnych napadów wogóle nie był krótszy. To też na zapytanie, jakie sprawiał wrażenie ogólny stan chorych od chwili zastosowania upustu krwi, wlewań soli i t. d. aż do rozwiązania, jedyną tylko mogę dać odpowiedź, iż z wyjątkiem trzech przypadków śmiertelnych stan chorych *nie pogarszał się*, a o to tylko nam chodzić może, i okoliczność tę uważam właśnie za dodatni wynik stosowanej w tych razach metody postępowania lekarskiego. Tętno chorych nie stawało się słabsze, nie zjawiały się rżenia, istniejące już zaś nie powiększały się, nie występowała groźna sinica twarzy, aczkolwiek niektóre chore przebywały w klinice do chwili prawie fizyologicznego rozwiązania nawet po 17, 19 godzin.

Również charakterystycznie przedstawia się przebieg cierpienia od chwili rozwiązania chorej. I tutaj otrzymane wyniki mogą mieć niemałe znaczenie tem bardziej, iż ilość napadów drgawek w tym okresie była zapisywana z całą skrupulatnością we wszystkich przypadkach. Jak widzimy z tablicy, z liczby 20 chorych (bo o 3 przypadkach śmiertelnych pomówimy osobno) tylko u 5 nie powtarzały się napady drgawek po rozwiązaniu, natomiast w 15 przypadkach, a więc w $\frac{3}{4}$, napady nie ustawały jeszcze podczas pierwszych dni połogu. Tutaj same cyfry mówią za siebie: w pewnych razach ilość napadów po porodzie dochodziła do 24, 32, a nawet 40! Należy zwrócić uwagę na okoliczność, iż największa ilość napadów drgawek po porodzie przypada na chore, które jednakże przy życiu zostały. A więc, jak widzimy, rozwiązanie, stanowiące jedno z ważnych ogniw w całym szeregu zabiegów leczniczych przy eklampsyi, nie zawsze prowadziło do przerwania napadów czy też do szybkiej poprawy ogólnego stanu chorej.

T A B L I C A

ILOSĆ NAPADÓW		W domu	W klinice	W klinice przed wene sekcyją	Po wene sekcyj, a przed porodem
Przyrpadek K. A. XX	Pierwszy	19	6	8	8. III. o g. 10 m. 45 rano. Cięża donoszona. C. 37,70; tętno—140; oddechów—28; Chora nieprzytomna. Położenie płodu czaszkowe II-giej; płód żywy. Otwarcie macicy zupełne.
Przyrpadek S. M. XXI	Pierwszy	20			30. III. o g. 11 1/2 wiecz. Położenie płodu czaszkowe. Otwarcie macicy zupełne.
Przyrpadek G. T. XXIII	Pierwszy	19	1	6	2. VI. o g. 5 wieczorem. C. 38,50; tętno—120; oddechów—36. Chora nieprzytomna. Położenie płodu czaszkowe. Otwarcie macicy na cztery palce.
Przyrpadek G. T. XXIII	Szesty	33	2	1	3. VII. o g. 1 po południu. Położenie płodu czaszkowe. Otwarcie macicy na 1 1/2 palca.
1903					8. III. o g. 1 po południu nę. Położono <i>kliszcz</i> przy zupełnem otwarciu macicy na główkę w wychodzie. <i>Zeszy- cie</i> kroczna i wargi węguskiej prawej. Płód wyciśnięto <i>sposobem Kristellera</i> . Pochwa i kroczce—całe.
					Początek bólów 2. VI. o g. 10 rano. 2. VI. o g. 8 1/2 wiecz. ezorem nadozono <i>kliszcz</i> przy otwarciu macicy na cztery palce na główkę w próżni miednicy. <i>Zeszy- cie</i> kroczna.
					3. VII. o g. 2 po południu przy otwarciu macicy na 2 palce dokonano <i>obrotu na nożki i wydobycia płodu</i> . Pochwa i kroczce — całe.

P O R Ó D

D R U G A.

Ilość napadów po porodzie	Płód	PRZEBIEG POŁOGU	Po ilu dniach pobytu wypisano chorą	Ilość wypuszczonej krwi
—	M. Martwy.	C. dnia pierwszego, czwartego i piątego — do 38,2°C. Odchody cuchnące. Zropienie szwów.	Po 10 dniach.	—
2. Pierwszego dnia.	M. Żywy.	Prawidłowy.	Po 5 dniach.	—
4.	M. Żywy.	C. ósmego dnia — 39°C. Odchody prawidłowe. W miejscu zeszycia — rychłozrost.	Po 13 dniach.	—
—	Ż. Martwy.	C. prawidłowa; odchody cuchnące. Obrzmienie sromu.	Po 14 dniach.	—

Co do przebiegu cierpienia po rozwiązaniu podnieść muszę głównie to, że wyniki opisywanego sposobu postępowania lekarskiego i tu były takie, iż pomimo wielkiej niekiedy ilości napadów drgawek ogólny stan chorych również nie pogarszał się; w kilku przypadkach, jak już wiemy, napady drgawek zupełnie ustały, we wszystkich zaś stopniowo poprawiało się tętno, znikaly rżenia, i zwykle na drugi lub trzeci dzień chore odzyskiwały przytomność.

Muszę wspomnieć o ilości oddawanego po porodzie moczu. W przeciwieństwie do minimalnej ilości moczu, oddawanego przed rozwiązaniem, ilość moczu po porodzie bywała stosunkowo wprost olbrzymia; wypuszczano niekiedy kilkakrotnie po 400,0 moczu, najczęściej jednak chore oddawały mocz pod siebie. Co do ilości białka w moczu badania wykazały, iż gdy początkowo ilość białka dosięgała $4\frac{1}{2}\%$, spadała potem do 2% , 1% i wreszcie $\frac{1}{2}\%$; raz tylko znaleziono początkowo 8% białka.

Jeszcze w sprawie przebiegu cierpienia, i to głównie po rozwiązaniu, chciałbym zwrócić uwagę Sz. kolegów na przypadek, oznaczony № 6. Był to przypadek bardzo ciężki: chora przybyła z otwarciem zaledwie na palec, w domu miała 7 napadów drgawek, w klinice do chwili rozwiązania jeszcze 18 napadów; chora była cały czas nieprzytomna, rżenia były bardzo znaczne, sinica twarzy wybitna. Zastosowano wszystko, co tylko w ciągu $8\frac{1}{2}$ godzin zastosować można było, wreszcie dokonano obrotu na nóżki. Wynik całego szeregu zabiegów w danym razie był wprost zdumiewający: w parę zaledwie godzin po porodzie sinica twarzy zupełnie ustąpiła, obfite rżenia znikły, i chora, którą uważano za straconą, wypisała się do domu po kilku dniach. Podobnych przypadków z tak szybką poprawą nie wiele da się spotkać.

Z kolei wypadnie słów kilka pomówić o tych trzech przypadkach, które zakończyły się śmiercią. W pierwszym z nich zastosowano u chorej, która przybyła do kliniki tylko na pół godziny przed rozwiązaniem, literalnie wszystko, co tylko się dało; niemniej przeto stan chorej ani na chwilę się nie polepszył, ani jeden z groźnych objawów nie ustąpił. Zachodzi pytanie, czy niepomyślny rezultat w danym przypadku przeczy doniosłości stosowania omawianego szeregu zabiegów? Sądzę, iż stanowczo—nie, i to z powodu, że cały ten szereg zabiegów był stosowany—naturalnie nie z winy kliniki—zapóźno: zatruty organizm, nie party od chwili pierwszych napadów niczem z zewnątrz w walce

z zatruciem, musiał uledez. Spóźniona pomoc nie mogła już wzmocnić sił samoobrony organizmu.

Drugi przypadek, zakończony śmiercią, oznaczony № 14, przedstawia się więcej zagadkowo: chora przybyła z otwarciem małym, ilość napadów drgawek zbyt wielka nie była; cały szereg zabiegów leczniczych pospołu z wczesnem rozwiązaniem nie uratowały chorej. Ta chora jest jedyną z liczby 23, gdzie był poród bliźniaczy i gdzie łożysko było stosunkowo duże. Tutaj prosto nasuwa się myśl znana, czy wobec wzmózonych biochemicznych spraw w łożysku, wobec zwiększonej ilości mogących powstać tam toksyn—nie mamy w danym razie do czynienia z wybitnie cięższym zatruciem? A jeśli tak, to moglibyśmy wyprowadzić stąd wniosek, iż w przypadkach eklampsyi przy ciąży mnogiej czujność nasza powinna być zdwojona: być może, iż gdyby w danym przypadku nieco wczesniej, nie wyczekując kilku godzin, przystąpiono do ostatecznego zabiegu czyli do rozwiązania chorej, po uprzedniem zastosowaniu innych omawianych środków i tutaj możeby udało się chorą uratować.

Podkreślić chciałbym okoliczność, iż obydwie opisane chore dostarczono do kliniki z ciepłotą znacznie podniesioną, do 39,4 i 39,8°. Tak wysokiej ciepłoty nie spotykałem w żadnym przypadku, gdzie chore wyzdrowiały.

Trzeci przypadek, zakończony śmiercią a oznaczony № 16, również może nasunąć wnioski praktyczne. Stan chorej od samego początku porodu był nader ciężki: nieprzytomność, olbrzymie obrzęki kończyn dolnych, wybitna sinica twarzy — przekonywały o tem dostatecznie. Od chwili zastosowania upustu krwi (500,0) chora miała 21 napadów drgawek. Wobec ciężkiego stanu przy otwarciu zaledwie na 1½ palca, przystąpiono do wykonania sub narcosi obrotu złożonego. Niestety po podaniu kilku krope chloroformu chora nagle przestała oddychać bez zjawienia się napadu drgawek; operacyi dokonano na trupie.

Ani pęknięcia macicy, ani głębszego pęknięcia szyi nie znaleziono; to też zdaje się nie podlegać wątpliwości, iż w danym przypadku śmierć była bezpośredniem następstwem uspienia chloroformowego.

Omawiany przypadek od samego początku miał przebieg bardzo ciężki, niemniej aż do wzięcia chorej na stół operacyjny nie przedstawiał nadzwyczajnych odstępstw od spostrzeganych obrazów klinicznych, i dopiero chloroform, wobec ciężko upośle-

dzonej w danym razie działalności serca, odrazu sprawę rozstrzygnął. Dany przypadek pozwala nam wyciągnąć pewne wnioski, z którymi liczyć się wypadnie, jeśli nie chcemy spotkać się z zarzutem spowodowania śmierci chorej przez naszą nieostrożność.

Tak się przedstawia cały mój materiał kazuistyczny, z którego chcę teraz wyprowadzić odpowiednie wnioski i wypowiedzieć pewne myśli. A więc:

1) Każdy przypadek eklampsyi uważać należy za cierpienie bardzo ciężkie: niema przypadków lekkich, ponieważ pozornie lekko przebiegający przypadek skończyć się może śmiercią. Na dowód powyższego mogę przytoczyć przypadek, nie objęty podadą kazuistyką, a spostrzegany przeze mnie również w Instytucie Położniczym, w którym to przypadku, wobec zaledwie kilku napadów drgawek i zadawalającego stanu ogólnego, nie stosowano żadnych zabiegów leczniczych, tymczasem chora wśród pozornie wybornego przebiegu cierpienia nagle podczas napadu drgawek zadusiła się. Od tej pory przestałem dzielić przypadki eklampsyi na ciężkie i lekkie.

2) Każdy przypadek eklampsyi, jako przypadek ciężkiego cierpienia, musi być od pierwszej chwili leczony; nie mówię już o potrzebie racjonalnego zapobiegania powstaniu cierpienia, jeśli to wogóle jest możliwe.

3) Jak dotąd nie posiadamy żadnego radykalnego środka czy zabiegu, będącego w stanie eklampsyę przerwać lub przebieg jej uczynić mniej ciężkim, a więc mniej niebezpiecznym; nawet względnie wczesne rozwiązanie nie zawsze do celu prowadzi. To też na dotknięty tem cierpieniem organizm musimy *od chwili pierwszych przejawów choroby działać systematycznie całym szeregiem zabiegów, ich kombinacyą.*

Cały ten szereg zabiegów, stosowanych racjonalnie a mających na celu przede wszystkim uwolnienie zatrutej krwi chociaż z części substancyj trujących, podnosi siłę samoobrony organizmu w walce z zatruciem, stanowiąc ciągłą pomoc z zewnątrz. W tych warunkach organizm może, jak się przekonywamy, skutecznie walczyć z zatruciem pomimo nieznikania groźnych przejawów cierpienia, a walczyć może dlatego, iż ogólny stan organizmu nie pogarsza się,—to właśnie stanowi kwintesencyę dodatniego wpływu opisanej metody postępowania. Ze spokojem możemy wycze-

kiwać czas pewien na wytworzenie się warunków nieszkodliwego bo możliwie do fizjologicznego zbliżonego rozwiązania chorej.

4) Aczkolwiek podany szereg zabiegów składa się z upustu krwi, wlewania fizjolog. roztworu soli kuchennej, zawijania chorych w koce, możliwie wczesnego rozwiązania i t. d., to jednak dominujące, bo najwięcej celowe znaczenie ma obok wstrzykiwania rozczynu soli upust krwi; wszędzie też od niego zacząć powinniśmy leczenie. W tych tylko przypadkach, kiedy możemy w sposób nieszkodliwy chorą zaraz rozwiązać, zastępujemy sztuczny upust krwi naturalnym.

5) W przypadkach z olbrzymią sinicą twarzy, obrzękiem płuc, wobec masy rzężeń, kiedy więc mamy wybitnie upośledzoną działalność serca, rozwiązanie chorej powinno być dokonane możliwie bez uśpienia chloroformowego, w obawie nagłej śmierci chorej przy wdychaniu pierwszych kropeł chloroformu, jak to się przytrafiło w jednym z moich przypadków. Istotnie: nałożenie kleszczy, wymóżdzenie, wydobicie płodu za nóżki—zabiegi, trwające niekiedy bardzo krótko, niekoniecznie wymagają uśpienia; pewna trudność pozostaje tylko przy wykonaniu obrotu; jednakże gdyby się okazało, że wobec dogodnych wogóle warunków do wykonania obrotu brak uśpienia nieco nam przeszkadza, a to wskutek odruchowego kurczenia się macicy po wprowadzeniu do niej ręki, nie zawahałbym się raczej dokonać perforacji płodu i to tembardziej, iż w tych wyjątkowo ciężkich przypadkach prawie niepodobna liczyć na zachowanie życia płodu, natomiast uniknąć można niewątpliwie wielkiego niebezpieczeństwa dla matki.

6) Obok dopiero co wymienionych za najcięższe uważam dalej przypadki, gdzie znajdujemy ciepotę znacznie podwyższoną, np. do 39° C. Jak już wiemy z przytoczonej kazuistyki, wszystkie przypadki tego rodzaju zakończyły się śmiercią. Również za bardzo ciężkie uważać powinniśmy przypadki, gdzie mamy do czynienia z ciążą mnogą. W obu tych razach postępowanie nasze powinno być tem energiczniejsze, szczególnież co do rozwiązania chorej: to ostatnie powinno być wykonane możliwie jak najwcześniej, bez wyczekiwania niekiedy kilkunastu godzin, na co pozwolić sobie możemy w przypadkach przeciętnych.

7) Każda hipoteza jest dobra, o ile objaśnia większy szereg faktów; to też dodatni rezultat stosowania upustu krwi, wlewania roztworu soli przy eklampsyi utrwała mię w przekonaniu

niu, że eklampsya—to istotnie tylko swoiste samozatrucie. A jeśli tak, to sędzę, że już krok tylko pozostaje do twierdzenia, iż stosowanie morfiny, chloralu względnie chloroformu, czyli dodawanie zatrutemu organizmowi nowego świeżego jadu nie wytrzy, muje krytyki; podobnie jak dotąd obywałem się bez morfiny i chloralu, tak i nadal mam zamiar postępować w ten sam sposób.

Na zakończenie chcę jeszcze dodać słów kilka. Wszystkie trzy podane przeze mnie przypadki śmiertelne policzyłem dla ścisłości na karb stosowanej metody postępowania lekarskiego; niemniej przeto sędzę, iż nie będzie przesadą twierdzenie, że tak pierwszy przypadek, gdzie nie mogło być mowy o właściwem leczeniu, jak i trzeci, gdzie, zdaje się, nie może podlegać wątpliwości, iż chora zmarła wskutek działania chloroformu, zaledwie z wielkiem zastrzeżeniem mogą być brane w rachubę w sprawie rozstrzygania o użyteczności omawianej metody postępowania przy eklampsyi. A jeśli tak, to wynik ujemny wspomnianego sposobu stwierdzilibyśmy niewątpliwie, bez zastrzeżeń, zaledwie w jednym przypadku. Lecz nawet uważając za ujemne wszystkie trzy przypadki, otrzymamy odsetkę, jeśli wogóle można mówić o odsetce na podstawie 23 przypadków, zaledwie 13%. Tutaj logika cyfr mówi sama za siebie: przejście od 60 czy chociażby 40% do 13% śmiertelności stanowi bądź co bądź pewien krok naprzód.

II.

SPRAWOZDANIA

WYNIKI OPERACYJNE PRZY RAKU MACICY.

Duret et Besson.—**Résultats opératoires immédiats et éloignés des interventions totales dans le traitement du cancer utérin.** Bezpośrednie oraz dalsze skutki zabiegów radykalnych w leczeniu raka macicy. (*Revue de gynécol. et de chir. abdom.* 1904, № 3, str. 395).

Opierając się wyłącznie na statystyce szpitalnej z oddziału prof. Dureta w Lille, autorzy stwierdzają na wstępie olbrzymią ilość przypadków raka, nienadających się do operowania: ze 173 przypadków, obserwowanych w ciągu lat 12 (od 1891 do 1903),— aż 104 należały do tej kategorii. Z pozostałych 69 operowano przez pochwę 46, a przez cięcie brzuszne 23; z pierwszych 46 zmarło 6; śmiertelność wyniosła 15%; z pozostałych 23 zmarło 10; śmiertelność 43,4%. Co się tyczy rezultatów operowania raka macicy przez pochwę, różni autorowie podają różne cyfry śmiertelności, które wahają się od 7 do 17% (wyjątek stanowi Ott z 1,6% śmiertelności). Pozzi, łącząc rezultaty różnych operatorów, podaje cyfrę śmiertelności na 12% (kongres w Rzymie 1902). Zupełnie inne cyfry śmiertelności otrzymujemy po operacji wycięcia raka przez cięcie brzuszne: Freund, twórca tej operacji miał aż 71% śmiertelności, dzięki czemu sama operacja ochrzczona została mianem „grande opération meurtrière”. Dzisiaj ta cyfra spadła do 30%—34%.—Zwolennicy tej operacji sądzili, że zamiast działać na ślepo i przez to niedokładnie przy operowaniu przez pochwę, lepiej mieć i sporo miejsca i możność usuwania chorych tkanek i gruczołów przy operowaniu drogą laparotomii. Teoretycznie było to zachęcające, ale obserwacje nie potwierdziły tego założenia. Zaraz w pierwszym roku po wycięciu raka drogą laparotomii umiera 88%, podczas gdy śmiertelność z nawrotów po operacjach przez pochwę wynosi w pierwszym roku tylko 38%. Dzisiaj tacy wybitni chirurdzy jak Jonnesco, Pozzi, Richelot przyznają, że operowanie raka macicy drogą laparotomii zawiodło oczekiwania. Tłomaczy się to obfitością naczyń limfatycznych w miednicy, która to obfitość czyni złudnemi nasze zamiary usunięcia wszystkiego, co chore; tłomaczy się dalej i tem, że nieraz gruczoł duży może być powiększony tylko przez sprawę zapalną, wówczas gdy gruczoł, zajęty przez raka, słabemu tylko uległ powiększeniu; tłomaczy się wreszcie i rozsiewaniem raka podczas

operacyi, o ile oprócz wycinania macicy należało usuwać i sąsiednie chore tkanki. Mamy więc przed sobą zawsze taką alternatywę: albo rozszerzenie raka przez naczynia i gruczoły limfatyczne już nastąpiło, a wtedy wszystkie spustoszenia w małej miednicy podczas operacyi są zbyteczne; albo też sprawa jest jeszcze ograniczona, a wówczas wystarczy operacya przez pochwę. Ostatecznie więc w przypadkach świeżych operowanie przez pochwę zupełnie wystarczy; operacya drogą laparotomii jest wskazana wtedy, gdy pochwa jest b. wązka, szyja macicy zniszczona lub zbyt wysoko uniesiona, sklepienia pochwowę już zajęte, a stan ogólny zadowalający.

Wnioski autorów są następujące:

Śmiertelność przy operowaniu raka macicy przez laparotomię jest 2—3 razy wyższa od śmiertelności przy operowaniu przez pochwę.

Po upływie dwóch lat pozostaje przy życiu po operacyi raka około 38%; z tych znaczna większość po operowaniu przez pochwę.

O ile rak jest bardzo rozrośnięty, a stan ogólny chorej dobry, wskazana jest laparotomia; jeżeli zaś rak rozrośnięty, a stan ogólny zły, to operować nie należy, a trzeba leczyć środkami paliatywnymi.

Z. MONSIORSKI.

PRZEPUKLINA BRZUSZNA MACICY CIĘŻARNEJ.

A. Rosner. — **Hernia abdominalis uteri gravidi.** (*Przeгляд Lekarski*, 1904, № 42).

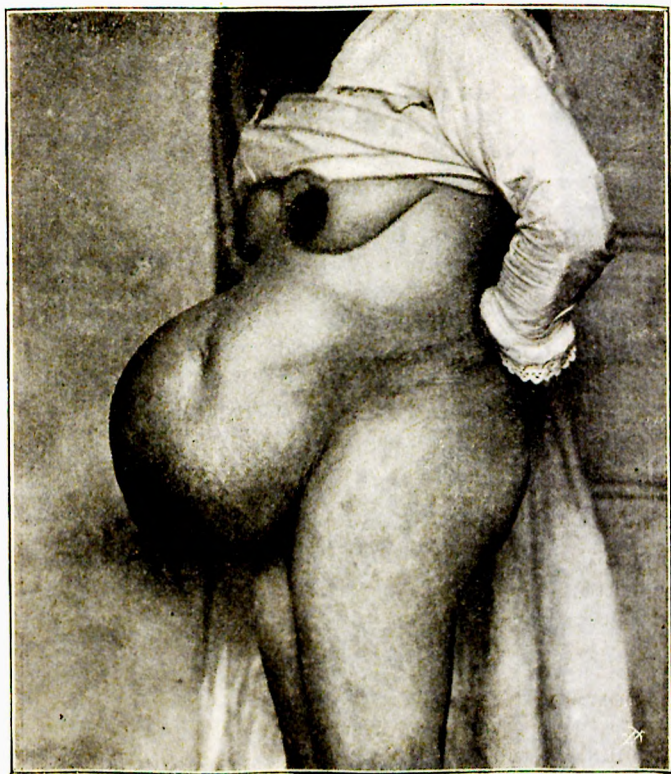
Autor opisuje przypadek *samoistnego* powstania przepukliny brzusznej, której treścią była macica ciężarna.

Spotykane dość często przepukliny brzuszne, zawierające macicę ciężarną, niesłusznie są tak mianowane, będąc w rzeczy samej wysokim stopniem t. zw. brzucha obwisłego (*venter pro-pendens*), powstałego przez rozstęp mięśni prostych. Prawdziwe przepukliny brzuszne bywają umiejscowione z boku w okolicy pępka, w muskulaturze mięśnia prostego, albo też na boku między mięśniami prostym i skośnym.

Koniecznym warunkiem powstania prawdziwych przepuklin brzusznych, zawierających macicę ciężarną, muszą być dość szerokie wrota, żeby mogły przepuścić macicę bądź co bądź znacznie powiększoną, gdyż w przeciwieństwie do *hernia inguinalis uteri gravidi*, w której ciąża może nastąpić już po uwięzieniu macicy, przy *hernia abdominalis uteri gravidi* do worka przepuklinowego dostaje się macica ciężarna i to nie w pierwszych miesiącach ciąży, ponieważ wrota zazwyczaj leżą wysoko ponad miednicą.

Hernia inguinalis uteri gravidi jest rzadkością. Autor naliczył w piśmiennictwie zaledwie 9 odnośnych przypadków; przepuklina brzuszna macicy ciężarnej jest zjawiskiem wyjątkowym — dotąd nie notowano ani jednego przypadku, któryby był podobny do przypadku autora.

Przypadek ten przedstawia się jak następuje. Chora zjawiała się po poradę w początkach VII miesiąca księżycowego ciąży (V-iej), skarżąc się na napadowe bóle w dolnej części brzucha,

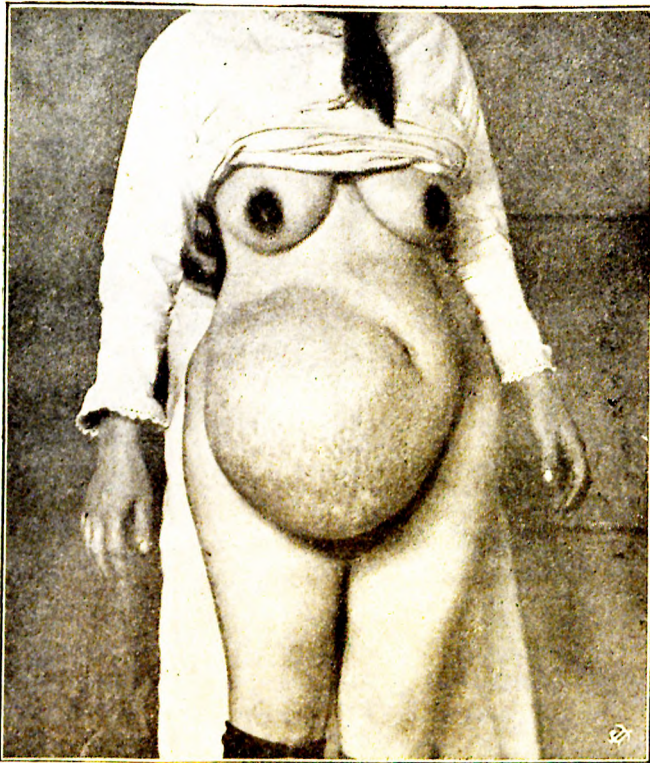


Rys. 1.

które wystąpiły przed dwoma miesiącami, kiedy zaczęła się powiększać istniejąca od dwóch lat przepuklina brzuszna. Przy badaniu autor znalazł na prawo od linii pośrodkowej i nieco pod pępkiem guz znacznie większy od główki donoszonego płodu. Skóra ponad guzem napięta, lśniąca. Pępek b. znacznie przesunięty na lewo. Lewa strona brzucha płaska. Łatwo można było wyczuć, że guz był ciężarną macicą (wyczuwały się przydatki maciczne, części płodu). W głębi na ścianie brzucha autor wy-

macał wrota przepuklinowe szerokości dłoni. Płód leżał na zewnątrz wrót, które obejmowały dolny odcinek macicy.

Przez pochwę znacznie wydłużoną z trudnością dojść można do części pochwowej. Usiłowania odprowadzenia macicy były bez wyniku; na uśpienie chloroformowe chora nie zgodziła się. Po upływie dwóch miesięcy chora zgłosiła się ponownie, tym razem z bólami o charakterze porodowym. Badanie wykazało to samo położenie macicy w przepuklinie; zaszły tylko zmiany, od-



Rys. 2.

powiadające postępowi ciąży (rys. 1 i 2). Autor wykonał cięcie cesarskie, jako jedyny możebny w tym razie zabieg. Ponieważ ujście wewnętrzne macicy było zupełnie zamknięte, zeszyte zaś przepukliny po odprowadzeniu macicy do jamy brzusznej byłoby bardzo trudne a może i niewykonalne, użyto sposobu Porry.

Przepuklinę (której wrota były szerokie na $1\frac{1}{2}$ dłoni) po odświeżeniu brzegów zamknięto szwem trzypiętrowym po uprze-

dniem usunięciu zbywającej skóry i otrzewnej, wyściełającej dawny worek przepuklinowy.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; chora wypisała się na piętnasty dzień po operacji.

Płód odpowiadał 9-emu miesiącowi księżycowemu i zmarł w dniu operacji prawdopodobnie z powodu wrodzonej wady zastawkowej serca.

JÓZEF LASKOWSKI.

GRUŻLICA ŁOŻYSKA.

Schmorl i Geigel. — *Ueber die Tuberkulose der menschlichen Plazenta.* Gruźlica łożyska ludzkiego. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1904, № 38).

Autorowie, stwierdzając dotychczasowe traktowanie po macoszemu sprawy gruźlicy wrodzonej a wraz z nią i dziedzicznego zakażenia gruźliczego, można wybrać dwie drogi: bądź szukać zmian gruźliczych w płodach, bądź ograniczyć się znalezieniem odpowiednich zmian w łożysku. Stwierdzenie zmian gruźliczych w łożysku dowodzi zazwyczaj i jednoczesnej obecności laseczników gruźliczych w organizmie płodu, gdyż w poprzednio zbadanych i ogłoszonych przez Schmorla pięciu przypadkach gruźlicy łożyska laseczniki znajdowały się zawsze i w odpowiednich płodach. Dotychczas opisano ogółem 10 przypadków gruźlicy łożyska. Schmorl i Geigel, chcąc liczbę tę powiększyć, by na zasadzie większej ilości spostrzeżeń być w stanie wyprowadzić odpowiednie wnioski, zbadali w ostatnich czasach 20 łożysk, pochodzących od kobiet gruźliczych; z tych jedna zmarła wskutek gruźlicy prosowatej, jedna wskutek gruźliczego zapalenia opon mózgowych, 11 — wskutek gruźlicy płuc, 7 kobiet pozostało przy życiu, przyczem u 3 stwierdzono gruźlicę zaledwie w początkowym okresie. 18 łożysk pochodziło z końca ciąży, jedno łożysko z 8 mies. ciąży, jedno z 7 mies. Zmiany gruźlicze znaleziono w 8 łożyskach z końca ciąży i w łożysku z siódmego miesiąca, ogółem w 9 przypadkach. Zaznaczyć należy, że jedno z łożysk gruźliczych pochodziło od kobiety z nieznaczniemi zmianami w szczytach płuc.

W trzech łożyskach zmiany gruźlicze można było stwierdzić makroskopowo, w pozostałych należało przygotować szereg skrawków, by odnośne ogniska można było znaleźć drobnowidzowo.

Ogniska gruźlicze znajdowały się najczęściej na powierzchni kosmków i w przestrzeniach międzykosmkowych; w innych przypadkach zmiany rozwinęły się wewnątrz kosmków; w innych znowu na błonie doczesnej (basalis) lub na powierzchni kosmówki. W jednym przypadku ogniska gruźlicze znaleziono na owodni, wobec czego Schmorl przypuszcza możliwość obecności laseczni-

ków w wodach płodowych, polykanie ich przez płód, skąd zjawia się pytanie, czy tą drogą nie powstaje gruźlica kiszek, gruczołów kiszkiowych etc. Autorowie opisują dość szczegółowo zmiany histologiczne i budowę ognisk gruźliczych, wśród których znajdowali w obfitej ilości laseczniki, pochodzenie różnych części składowych ogniska gruźliczego, przenikanie laseczników do naczyń etc. Umieszczenie ognisk gruźliczych wskazuje na zakażenie wszystkich części składowych łożyska; zakażenie to następuje już w pierwszych miesiącach ciąży (poprzednio Schmorl ogłosił przypadek gruźlicy łożyska w szóstym miesiącu ciąży, Runge — w czwartym miesiącu). Początkowo zajęta bywa doczesna podstawowa, stopniowo zakażenie przechodzi na części łożyska bardziej oddalone od doczesnej i zbliża się do owodni. Wczesne zakażenie gruźlicze doczesnej prowadzić może do krwawień i do przedwczesnych porodów. Autorowie zaznaczają, że gruźlica łożyska nie jest prawdopodobnie zjawiskiem rzadkiem i zwracają uwagę na fakt, że istnieć może nawet wówczas, gdy zmiany w płucach są jeszcze nieznaczne. Na zasadzie powyższych danych autorowie przypuszczają, że może być zakażenie gruźlicze płodu wewnątrzmaciczne, które ujawnia się dopiero po urodzeniu dziecka.

Nowak.

ZAKAŻENIE MACICY Z POWODU ZAPARCIA STOLCA.

A. Capaldi. — Badania nad zakażeniem macicy, spowodowanym przez zaparcie stolca. (*Archivio di ostetr. e ginec.* 1903 i referat w *La médication martiale*, Mars 1904).

Opierając się na fakcie nadzwyczaj częstego zaparcia stolca u kobiet a także na doświadczeniach Posnera i Lewina, które stwierdziły, iż wywołane sztucznie zatrzymanie mas kałowych w kiszce wywołuje ogólne zakażenie lasecznikiem okrężnicy (infection colibacillaire), Capaldi chciał dowieść doświadczalnie, iż zaparcie stolca może powodować miejscowe zakażenie macicy. Doświadczenia robił nad świnkami, u których wywoływał zarośnięcie prostnicy przez zeszyście fałdy skóry przed odbytem. Samiczki, u których tym sposobem następowało sztuczne zatrzymanie stolca, padały po kilku dniach: przy badaniu pośmiertnym stale znajdowano zmiany chorobowe w macicy (przekrwienie, zgrubienie macicy, obrzmienie błony śluzowej, plyn przesiękowy w jamie macicy) i wydzielano lasecznik okrężnicy. Zmiany chorobowe w macicy nie mogą być uważane jednak za specjalnie wywołane przez lasecznik okrężnicy, albowiem, jak wykazują doświadczenia Posnera i Lewina, napotyka się go również i w innych narządach, a nawet w sercu. Chcąc się oprzeć na pewniejszych danych, Capaldi w ponownych doświadczeniach zabijał zwierzęta po dwóch lub trzech dniach sztucznego zamknięcia prostnicy, t. j. przed czasem,

zanim nastąpiło ogólne zakażenie. Znajdowano wtedy lasecznik okrężnicy w macicy, często także i na otrzewnej, a nie znajdowano go jeszcze we krwi. Wyniki tych badań mają wielkie znaczenie dla patogenetyki. Wykazują one dobitnie, że zaparcie stolca nawykowe powodować może stany chorobowe macicy, których nie można byłoby wytłómaczyć bez znajomości nowej tej przyczyny. Rozumie się, że nie zawsze zaparcie stolca wywołuje powyższe stany chorobowe macicy.

R.

SUROWICA PRZY ZAKAŻENIU POŁOGOWEM.

M. Walthard. — **Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers.** Zasady leczenia surowicą zakażenia połogowego paciorkowcowego. (*Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie*, T. LXI, Z. 3.)

Autor na początku swej pracy wykazuje, iż zadaniem leczenia surowicą zakażenia paciorkowcowego w żywym ustroju powinno być zapobieganie mnożeniu się laseczników we krwi (bacteriaemia) i wytwarzaniu się toksyn (toxaemia), i bada na zwierzętach przedewszystkiem, o ile dzisiaj używana surowica odpowiada tym wymaganiom. Wynik przeprowadzonych doświadczeń na zwierzętach zgadza się z wynikami doświadczeń, otrzymanymi przez Tavela przy zakażeniach paciorkowcami narządów rodnych kobiecych, w szczególności zaś przy gorączce połogowej. Opierając się na swych doświadczeniach, jako też na spostrzeżeniach klinicznych, które w trzech tablicach przytacza, autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Surowica przeciwpaciorkowcowa nie posiada żadnych prawie własności antytoksycznych i skutkiem tego przy zatruciu toksynami paciorkowcowymi lub też przy bardzo rozległym zakażeniu często na działanie jej liczyć nie można. 2) Działalność surowicy przeciwpaciorkowcowej polega na wzmoczeniu odporności organizmu przeciw drobnoustrojom; lecz i tu działanie pozostanie bez pożytku w tym razie, gdy ilość jądów, wytworzonych przez paciorkowce przewyższać będzie ilość antytoksyn ustroju. I dlatego od dzisiejszej surowicy przeciwpaciorkowcowej jedynie wtedy można spodziewać się pomyślnego skutku, gdy się stosuje ją zaraz na początku występującego zakażenia paciorkowcowego. 3) Surowicę więc polecić można: *a)* w przypadkach, w których gorączka nie opada wkrótce po zjawieniu się, pomimo opróżnienia macicy z pozostałości błon lub łożyska, albo przy nalocie na przewodzie szyi lub na rankach w pochwie; *b)* po porodzie, podczas którego rodząca gorączkowała.

R.

OBOJNACTWO.

Mario Carrara. — **Żeńskie obojnaństwo wrzekome.** (*Archivio di Psichiatria, Scienze penali ed Antropologia criminale*. Vol. XXIV, Pasc. V—VI, 1903.)

Autor, profesor medycyny sądowej w Turynie, opisał następujące spostrzeżenie: 17-letnia M. A., urodzona w Sycylii, wzrostu 130 cent., czyni wrażenie niedorozwoju ogólnego. Trzy siostry i jedyny brat prawidłowo ukształtowani. Czaszka z cechami brachicefalii i prognatyzmu. Na szyi powiększone gruczoły gruczołowe. Ręce drobne, głos ostry męski, andromastia. Kościec słabo rozwinięty. Lechtaczka (clitoris) 3,5 cm. długości, grubości palca, wygląda jak penis hypospadiacus. Wargi sromne większe zbyt ku sobie zbliżone, wywołują pozory moszny, małe wargi istnieją. Owłosienie sromu bardzo skąpe. Poniżej kobiecego ujścia cewki leży drugi otwór trójkątnego kształtu bez śladu błony dziewiczej; sondowanie przez ten otwór jest bardzo bolesne. Poniżej tego otworu a powyżej frenulum labiorum leży otwór odbytnicy (anus praeternaturalis vulvaris). Równocześnie brak odbytu w miejscu, gdzie powinien być się znajdować (defectus ani). Z powodu ciasnoty otworu odbytnicy badanie palcem okazało się niemożliwym. Przez ścianę brzuszną gruczołów płciowych nie wymacano. Oddawanie stolca nadzwyczaj utrudnione i bolesne, tak że pacjentka stale stosuje lawatywy. Istnieją okresowe (peryodyczne) bóle brzuszne (molimina menstrualia).

Rozpoznano płęć żeńską z niedorozwojem narządów płciowych wewnętrznych i pochwy. M. A. zdradza najwyraźniej wiryliizm psychiczny, najchętniej zajmuje się polityką i jest zawziętą wielbicielką Crispiego i wojny. W rodzinie podziwiana jest z powodu osobistej odwagi, uchodzi za opiekunkę sióstr. Romansów czytać nie lubi, a wyczytuje się w dziennik polityczny *La Tribuna*. M. A. słyszała od rodziców od małego dziecka, że nigdy nie będzie zdolna do zawarcia małżeństwa; nigdy nie odczuwała popędów płciowych kobiecych, pomimo że ma siostry zaręczone; nie ma w sobie kokieteryi, nie lubi flirtu i spacerów, a woli przesiadywać w domu. M. A. nienawidzi rozmów o rzeczach erotycznych lub pornograficznych; nie jest religijna; czytać i pisać nauczyła się późno, matematyki nie mogła pojąć.

[Wbrew zdaniu Carrary, który upatruje w danym przypadku płęć żeńską, wypadaloby oznaczyć płęć jako wątpliwą. *Ref.*
F. NEUGEBAUER.

III.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE

PROTOKÓŁY TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO LWOWSKIEGO.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 4 maja 1904 r.

Przewodniczący: kol. docent **Kośmiński**, sekretarz: kol. **Breiter**.

I. Kol. **Bocheński**: **Dwa przypadki ciąży zamacicznej leczone operacyjnie** (z demonstracją preparatów). W przypadku pierwszym chora przybyła do kliniki w sześć godzin po pęknięciu trąbki, z rozległym krwistkiem w jamie brzusznej, w stanie bardzo znacznej niedokrewności, co chwila omdlewająca, prawie bez tętna. Po otwarciu jamy brzusznej usunięto kilka litrów krwi płynnej wraz z wielką ilością skrzepów oraz płód, odpowiadający rozwojem 3-mu mies. ciąży księż., i wycięto pękniętą trąbkę. Na trąbce tej (demonstracja preparatu) o ścianach grubych widać otwór z nierównymi brzegami, długości mniej więcej 2½ cm., umiejscowiony prawie w środku długości trąbki i przebiegający wzdłuż niej na górnej powierzchni. W ranie, powstałej po pęknięciu w ścianie trąbki, widać makroskopowo kilka naczyń otwartych o przekroju zwyż jednego milimetra, krwawiących, jak to było widać podczas operacji. Po odcięciu trąbki i zaopatrzeniu kikutu krwotok ustal. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy,—chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

W przypadku drugim chora zgłosiła się do kliniki z powodu bólów w boku prawym, trwających od kilku tygodni, i braku regularności od dwóch miesięcy. Badanie wykazało po prawej stronie miednicy guz elastyczny wielkości cytryny dużej, kształtu mniej więcej owalnego, bolesny, pozostający w związku z prawym brzegiem macicy; macica sama nieznacznie powiększona, wyraźnie rozpułchniona. Rozpoznano ciążę zamaciczną trąbkową, rozwijającą się pomiędzy blaszkami więzła szerokiego.

Operacja potwierdziła rozpoznanie w zupełności. Po podwiązaniu lig. infundibulopelwicy i końca macicznego trąbki udało się guz w całości wydobyć. Na uzyskanym preparacie widać, że guz przedstawia trąbkę silnie rozszerzoną i powiększoną, o ścianach cienkich, zawierającą jaje płodowe, rozwijające się wewnątrz trąbki.—Wyzdrowienie.

W sprawie postępowania wobec rozpoznanej ciąży zamacicznej rozwinęła się długa dyskusja.

Kol. **WĄTORĘK** przytacza spostrzeżenia z własnej praktyki, w których leczenie zachowawcze dało dobre wyniki.

Kol. prof. **MARS** radzi w przypadkach rozwijającej się ciąży zamacicznej zawsze operować i postępować jak wobec nowotworów złośliwych.

Kol. doc. **BYLIŃSKI** sądzi, że, gdy rozpoznamy ciążę zamaciczną, należy operować, wobec wytworzonego zaś krwisteku stosować leczenie zachowawcze.

Kol. doc. **SOŁOWIJ** uważa za wskazane operować nie tylko wobec ciąży, ale i w przypadkach świeżo wytworzonego krwisteku.

Kol. doc. **KOŚMIŃSKI** zaznacza, że dotąd jeszcze istnieją pomiędzy ginekologami różnica zdań, jakie postępowanie daje lepsze wyniki, zwłaszcza wobec wytworzonego krwisteku, operacyjne czy zachowawcze. Zestawienia statystyczne nie mogą sprawy rozstrzygnąć, gdyż wyniki, uzyskane w klinikach i zakładach, muszą być różne od wyników

w praktyce prywatnej. Jeżeli istnieją korzystne warunki do wykonania operacji lub można je stworzyć, sądzi, że najbezpieczniej jest zawsze operować, gdyż w takim razie nie jest się zdany w dalszym przebiegu na los przypadku, a powrót do zdrowia bezsprzecznie następuje po operacji stosunkowo prędko w porównaniu z przypadkami, leczonymi zachowawczo.

W dalszym ciągu przemawiali koledzy: Wątopek, Bocheński, docent Koźmiński i profesor Mars.

II. Kol. doc. **Solowij** omawia sprawę **rozszerzania szyi macicy w poźniactwie**. Zaznaczając, że cel może być dwojaki, mianowicie: powolne rozszerzanie szyi macicy, gdzie niema naglącej potrzeby jej opróżnienia, a więc istnieją zwykłe warunki wywołania poronienia, względnie wczesnego porodu, tudzież — szybko rozszerzanie szyi macicy, przy groźnych powikłaniach, zagrażających wprost życiu ciężarnej, względnie rodzącej (drgawki, ostry obrzęk płuc, wada serca i t. p.), przechodzi prelegent do treściwego porównania wszystkich dotychczas znanych i używanych sposobów wywołania poronienia, względnie wczesnego porodu. Sposoby te dają się podzielić na trzy kategorie środków: a) działających drażniąco na macię; b) działających drażniąco i wprost rozszerzająco na szyję macicy; c) krwawych, — polegających na nacięciu szyi macicy.

Porównanie krytyczne tych wszystkich metod na mocy materiału, zebranego przez wielu bardzo poważnych autorów klinicznych, tudzież na mocy własnego kilkunastoletniego doświadczenia, doprowadza prelegenta do przeświadczenia, że metreuryza przewyższa wszystkie sposoby rozszerzania szyi macicy i łączy w sobie wszystkie zalety, jakich słusznie dzisiaj wymagać musimy. Działanie jej jest wielostronne, gdyż wywołuje bóle rozszerza łagodnie i pewnie szyję macicy a równocześnie tamuje krwotok. W porównaniu z metodą Krausego, która do niedawna zajmowała stanowisko dominujące, oznacza metreuryza znakomite skrócenie przebiegu poronienia, względnie wczesnego porodu na $\frac{1}{4}$ czasu (vide zestawienia Loehleina, Zimmermanna, Rubeszki i wielu innych) i przewyższa ją znakomicie i w tym kierunku, że daje się przeprowadzić pewnie aseptycznie. Ale i w porównaniu z rozszerzadłami metalowymi, które w ostatnich czasach wchodzi z wielu stron w użycie, widzimy znakomitą przewagę zalet po stronie metreuryzy. Na szczęście mnożą się w ostatnich czasach spostrzeżenia (Bischoff, Zangemeister, Zweifel, Gessner, Orthmann, Hofmeier i wielu innych), które położą tamę zbyt pochopnemu używaniu rozszerzadł metalowych, wywołujących tak często pęknięcie szyi macicy, że należałoby ograniczyć stosowanie tychże tylko do wyjątkowych przypadków zupełnej niepodatności szyi macicy, opierającej się wyjątkowo działaniu balonów gumowych, a groźnych np. wyjątkowo silnymi i częstymi napadami drgawkowymi.

W tych ostatnich przypadkach mogłyby wejść wyjątkowo w rachubę także nacięcia głębokie szyi macicy, względnie sectio caesarea vaginalis.

Z powodu spóźnionej pory dyskusję nad odczytem uchwalono odłożyć do następnego posiedzenia.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 25 maja 1904 r.

Przewodniczący: kol. doc. **Koźmiński**, sekretarz: kol. **Breiter**.

I. Kol. prof. **Mars**: **Przedstawienie ciekawego przypadku po operacji i preparatu anatomicznego**. Chora, 58 lat licząca, przybyła na klinikę, żaląc się na obecność guza w brzuchu od lat siedemnastu. Guz ten od dwu lat szybciej wzrasta. Rozpoznano kystoma ovarii sin. nec non peritonitis chronica exsudativa.

Wśród operacyi przekonano się, że guz jest zrośnięty z przednią ścianą brzucha na całej przestrzeni i że otrzewna nie daje się od guza odłuszczyć, ale raczej z guzem pozostaje, a tym sposobem przy oddzielaniu przednia ściana brzucha zostaje pozbawiona otrzewnej.

Wobec tego, nie chcąc powłok brzusznych zostawić bez otrzewnej, postanowilem się dostać na tylną ścianę guza drogą ponad jego szczytem. W tym celu przedłużyłem cięcie brzuszne prawie do wyrostka mieczykowatego, poczem okazał się niezwykle obraz patologiczny. Mianowicie cały guz przedstawiał się w postaci grubego na kilka i kilkanaście centymetrów plastra, zrośniętego z powłokami brzuszniemi; za tym plastrzem znajdowała się jama otrzewnowa, w której było kilkanaście litrów wolnego, gęstego i mętnego płynu. Tylna ściana plastra opisanego i jelita, położone w jamie brzucha, pokryte były warstwą, gdzieśgdzie na centymetr grubą, złogów włóknikowych kruchych o zabarwieniu brudno-żółtawo-różowem.

Postanowiono guz usunąć i o ile możności odłuszczyć go od otrzewnej, co jednak tylko częściowo się udało z powodu jej kruchości. Otrzymano kilka płatów otrzewnej, które się od guza oddzielić dały, gdy jednakowoż odłuszczone otrzewna sterczała w postaci dużych strzępów do jamy brzucha, przyłożono te strzępy do wewnętrznej powierzchni powłok brzusznych, a więc do obnażonych mięśni, i z pomocą katgutu przszyto w kilku miejscach do mięśnia, pokrywając w ten sposób otrzewną powłoki brzuszne od wewnątrz. Założono następnie paski z gazy jodoformowej do brzucha i zeszyto powłoki.

Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń, bezgorączkowy; pacjentka opuściła zdrową klinikę w 16 dni po operacyi.

W przypadku tym zwraca uwagę pomyślny przebieg pooperacyjny, względnie, że otrzewna do powłok brzusznych przyrosnąć musiała i że takie pokrywanie powłok brzusznych było korzystne. Ze stanowiska klinicznego przypadek ten jest jeszcze ciekawy ze względu na przebieg i zachowanie się torbielaka w tym wypadku. Guz powstał przed kilkunastu laty, prawdopodobnie przyszło z czasem do pęknięcia głównej jamy torbielaka, płyn wylał się do jamy otrzewnowej, gdzie spowodował przewlekłe zapalenie otrzewnej z następczymi tak znacznymi złogami włóknikowymi na wszystkich trzewiach brzusznych. Różowe zabarwienie złogów włóknikowych zdaje się przemawiać za tem, że i krwotok do jamy brzucha musiał mieć miejsce.

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Stroynowski, doc. Bylicki i doc. Solowij.

II. Kol. prof. **Mars: O zastosowaniu przyrządu oziębiającego w przypadku krwawienia z kikuta po odjęciu macicy.** Prelegent otrzymał dla kliniki w darze przyrząd kol. Stroynowskiego, opisany w *Centralblatt f. G.* № 50 z roku 1902; dłuższy czas jednak nie miał stosownego przypadku, w którymby przyrząd mógł być użyty, wreszcie zastosował go z bardzo dobrym skutkiem w przypadku następującym.

Przed kilku tygodniami prelegent wykonał amputację supravaginalis uteri myomatosi. Po odjęciu guza w powstałej szypule wyciął lekko wato błonę śluzową szyi, przy czem było mierne krwawienie. Następnie zaszył piętrowo kikut i ukończył operację. W kilka godzin okazało się, że chora krwawi z kikuta macicznego do pochwy; krwotok był znaczny. Asystent kliniczny kol. Bocheński zastosował tamponadę pochwy, ale bezskutecznie; krwotok trwał dalej. Wobec tego zastosowano przyrząd kol. Stroynowskiego; przepuszczając przez niego wodę zimną lodową; krwotok ustał natychmiast. Przyrząd był czynny kilka godzin. Zrazu obawiał się kol. prof. Mars, czy skutkiem działania zimna przez czas dłuższy nie powstanie miejscowa zgorzel; obawa jednak okazała się płonną; chora przestała krwawić zupełnie i 18-go dnia zdrowa opuściła klinikę.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Stroynowski, doc. Solowij i prof. Mars.

III. Kól. **Bocheński** przedstawia chorą z **rozstępem kości łonowych, powstałym w czasie porodu**. Z. D., lat 32 licząca, rodziła 3 razy siłami natury na czasie; porogi odbyła prawidłowo. Obecnie była czwarty raz w ciąży. W kilkanaście godzin po wystąpieniu czynności porodowej udała się z domu do kliniki celem odbycia porodu. W drodze do kliniki przy silnym bólu urodziła nagle na ulicy, przyczem uczuła silny ból w okolicy spojenia łonowego. Przy pomocy przechodzących osób ułożono ją do dorozki i przywieziono do kliniki, sama bowiem nie mogła iść ani na nogach się utrzymać. Badanie po przybyciu do kliniki wykazało stan następujący: Macica połogowa dobrze zwinięta, okolica spojenia łonowego bardzo bolesna; bolesność ta występuje tak przy ruchach czynnych, jako też biernych, tak przy ucisku na kości łonowe, jako też na kości miednicy w okolicy trochanterów ku wewnątrz. Kończyny dolne ułożone w rotacji na zewnątrz, tak że zewnętrzne okolice stóp prawie spoczywają na pościeli. Pomiędzy końce wewnętrzne ramion poziomych kości łonowych można wprowadzić palec swobodnie i wyczuć wyraźny rozstęp pomiędzy kośćmi, przyczem chora odczuwa ból dotkliwy. Podobnie i przy badaniu wewnętrznym można palcem badającym wejść pomiędzy końce kości łonowych. Na końcu wewnętrznym kości łonowej strony lewej wyczuć można zgrubienie największe przy samym końcu tejże kości, zmniejszające się stopniowo na zewnątrz, tak że okolica środka ramienia poziomego kości łonowej lewej przedstawia grubość prawidłową. Rozpoznano: rozstęp kości łonowych, powstały podczas porodu nagłego, ulicznego. W celu zbliżenia do siebie odstających końców kości łonowych próbowano założyć opaskę uciskową na miednicę, lecz musiano tego zaniechać, gdyż chora po założeniu opaski odczuwała jeszcze większy ból i to tak znaczny, że żadną miarą opaski znieść nie mogła. W czwartym dniu porodu wystąpiło podwyższenie temperatury, bolesność nad spojeniem łonowym znacznie się zwiększyła i równocześnie zauważono obrzęk bolesny okolicy spojenia łonowego, zwłaszcza po stronie prawej.

Obrzęk ten z dnia na dzień powiększał się i posuwał ku stronie prawej i ku dołowi, ku wardze sromnej większej prawej. Po kilku dniach wystąpiło zaczerwienienie wargi sromnej większej prawej, a gdy obrzęk i zaczerwienienie mimo stosowania okładów kwaśnych i lodowych się nie zmniejszały, nacięto wzdłuż wargę sromną prawą, poczem wydobyła się znaczna ilość ropy; jamę ropnia, dążącą aż do spojenia łonowego, wysetonowano gazą jodoformową. Od tego dnia ciepłota spadła do normy; jama stopniowo wypełniała się ziarniną i w trzy tygodnie nastąpiło zupełne wygojenie. Bolesność spojenia łonowego zmniejszała się z dnia na dzień, a równocześnie można było stwierdzić, że odstęp między kośćmi łonowymi stopniowo stawał się coraz mniejszy.

W siedm tygodni po porodzie chora swobodnie może chodzić i nie odczuwa przy chodzeniu żadnego bólu. Zewnętrznie wyczuć można pomiędzy kośćmi łonowymi nieznaczne zagłębienie w postaci rowka; podobny rowek między kośćmi łonowymi wyczuć się daje i od wewnątrz. Wyraźnie jednakowoż stwierdzić można, że kości łonowe do siebie przylegają. Zgrubienie wewnętrznego końca kości łonowej lewej wyraźne, choć mniejsze, aniżeli w chwili przyjęcia chorej. Bolesności nawet przy dość znacznym ucisku nigdzie wykazać nie można.

Powstanie rozstępu kości łonowych w tym przypadku tłumaczy prelegent w następujący sposób: osoba ta prawdopodobnie dawniej musiała przebywać jakieś cierpienie, najprawdopodobniej sprawę zapalną, w okolicy spojenia łonowego, za czem przemawiałoby zgrubienie lewej kości łonowej. Wskutek tego związek pomiędzy obiema kośćmi łonowymi był osłabiony. Pod wpływem gwałtownego napierania dużej główki płodu (płód

ważył 3600 gr., dług. 50 cm.), przy silnym bólu nastąpił rozstęp. Przypadek ten ciekawy jest z tego powodu, że nastąpiło w nim zupełne zbliżenie kości łonowych, pomimo że nie stosowano opaski uciskowej, a nadto i z tego powodu, że następczo po powstaniu rozstępu kości przyszło do zapalenia ropnego w stawie łonowym, poczem ropień ten przeszedł na stronę prawą aż do wargi dużej. Zaznaczyć w końcu należy, że chora ta, tak w domu jak i w klinice, nie była przez nikogo badana.

W dłuższej dyskusyi przemawiali koledzy: prof. Mars, doc. Bylicki, doc. Kościński i Bocheński.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 1 czerwca 1904 r.

Przewodniczący: kol. doc. **Kościński**, zastępuje sekretarza: kol. **Daum**.

I. Kol. **Bocheński**: **Przedstawienie preparatu anatomicznego.** Z powodu silnych bólów i bardzo znacznych krwawień wykonano u osoby wyniszczonej i niedokrewnej odjęcie nadpochwowe macicy, obciążonej licznymi włókniami, a równocześnie usunięto obustronne torbiele jajnikowe. Jak na preparacie widzieć można, jeden guz jajnikowy jest wielkości główki dziecka, drugi znacznie mniejszy. Macica przedstawia obrzęk guzowaty, nierówny, wielkości dużej pięści dorosłego mężczyzny. Po przecięciu preparatu okazało się, że jeden włóknik największy, wielkości jaja kurzego, uległ zupełnemu zwapnieniu. Niewielkie ślady zwapnienia można spostrzegać i w dwu innych mniejszych włóknikach, reszta guzów okazuje typowe utkanie włókników.

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Skalkowski, doc. Bylicki, doc. Kościński i Bocheński.

II. Dyskusya nad odcytem kol. doc. SOŁOWIJA: „O rozszerzaniu szyi macicy w położnictwie”, wygłoszonym na posiedzeniu z dnia 4 maja 1904 r.

Kol. doc. SOŁOWIJA streszcza jeszcze raz swoje zapatrywania.

Kol. doc. BYLICKI zaznacza, że prelegent nie wyczerpał może w zupełności tematu dzieli sposoby rozszerzania szyi macicy na zabiegi, które rozszerzają szyję macicy pośrednio przez wywołanie bólów, drugie, które działają bezpośrednio, rozszerzając czysto mechanicznie, i trzecie, które rozwijają działanie tak w jednym, jako też i drugim kierunku. Na używanie i polecenie balonów w celu rozszerzenia szyi macicy zgadza się w zupełności, radziłby jednak używać balonów nieco większych rozmiarów. Przeciwnym jest stosowaniu rozszerzadeł metalowych, a zwłaszcza w przypadkach niepodatnej szyi macicy, i w tym względzie z prelegentem się nie zgadza.

Kol. doc. KOŚMIŃSKI nie sądzi, aby rozszerzadła metalowe mogły być ogólnie polecane i używane przez ogół lekarzy praktyków. Bezpieczniej będzie, gdy lekarze praktycy będą używali w celu rozszerzania szyi macicy balonów, a za najodpowiedniejsze uważa balony na pół elastyczne, jak np. robione z duritu, które nadto znoszą dobrze gotowanie w wodzie nawet przez czas dłuższy. Bezwarunkowo sprzeciwia się stosowaniu rozszerzadeł w przypadkach łożyska przodującego. Natomiast w przypadkach, w których konieczna zachodzi potrzeba natychmiastowego ukończenia porodu, i przy sprzyjających warunkach mogą być rozszerzadła metalowe użyte z korzyścią, a zwłaszcza w zakładach. Przedewszystkiem w przypadkach groźnego stanu ogólnego matki, a więc in agonia, by wykonać forsowne rozwiązanie, zastosowanie rozszerzadeł metalowych mogłoby być na miejscu. Można by również w niektórych wyjątkowych przypadkach użyć forsownie rozszerzadeł metalowych w celu szybkiego wydobycia płodu drogami

naturalnem dla rozwiązania osoby zmarłej, aby otczeniu oszczędzić przykrych bądź co bądź wrażeń przy wykonaniu cięcia cesarskiego na osobie już zmarłej.

Kol. BOCHEŃSKI zaznacza, że, używając rozszerzadel metalowych, nie rozszerzamy przewodu rodnegó fizyologicznie, gdyż te rozszerzają szyję w postaci walca, podczas gdy stosując balony rozszerzamy szyję w kształcie stożka, zwróconego podstawą ku górze. Dalej zwraca uwagę na naddarcia, które tak często po zastosowaniu rozszerzadel metalowych powstają, a naddarcia te oprócz krwawień spowodować mogą skutkiem powstałych blizn niepodatność szyi przy następnych porodach. Nie zgodziłby się na stosowanie rozszerzadel metalowych przy niepodatnych częściach miękkich, natomiast godzi się na stosowanie tychże przy sprzyjających warunkach, np. u pierwiastek wobec już zupełnie zanikłej części pochwowej, jeżeli tylko same brzegi ujścia opór stawiają.

Co do użycia rozszerzadel metalowych u osób będących w agonii lub zmarłych to wolałby użyć sposobów krwawych, a więc wykonać rozcięcia szerokie szyi macicy lub też cięcia cesarskie pochwowe.

Kol. doc. SOŁOWIJ zaznacza z zadowoleniem, że — jak zauważył — koledzy zgadzają się w ogólnych zarysach z jego zapatrywaniami, a różnice występują tylko w szczegółach. Co do rozszerzadel metalowych, to podziela zdanie kol. doc. Koźmińskiego. Mówiąc o stosowaniu rozszerzadel metalowych w przypadkach niepodatności przewodu rodnegó, miał na myśli te przypadki, w których szyja zanikła i chodzi tylko o rozszerzenie ujścia zewnętrznego; jednak w takich przypadkach przekłada nacięcie brzegów ujścia.

W końcu przytacza odnośny przypadek obserwowany w praktyce.

W dalszym ciągu dyskusyi przemawiali jeszcze koledzy: Kwiatkiewicz, doc. Bylicki, Bocheński, doc. Koźmiński i doc. Solowij.

Z powodu spóźnionej pory na tem posiedzenie zamknięto.

1711. Posiedzenie naukowe z dnia 22 czerwca 1904 r.

Przewodniczący: kol. doc. **Koźmiński**, sekretarz: kol. **Breiter**.

I. Kol. prof. **Mars** przedstawił chorą z **guzem powłok brzusznych**, a mianowicie guz wielkości jaja strusiego znajdował się nad pachwiną lewą. Badanie wykazało, że w tym przypadku mamy do czynienia z włókniakiem, wychodzącym z powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. W przypadku tym linia biała przebiega pionowo w środku brzucha, i pępek nie okazuje żadnego zboczenia. Kol. prof. Mars przedstawił ten przypadek dla porównania z przypadkiem innym, który przedstawił był kolegom przed dwoma laty. Wówczas guz tych samych rozmiarów w tejże samej okolicy leżał w kanale pachwinowym i był mięśniakowłókniakiem więzu okrągłego. W tym przypadku pępek zbacał na drugą stronę brzucha, w którą też stronę i linia biała była bardzo wyraźnie łukowato wygięta. To zboczenie pępka i wygięcie linii białej kol. prof. Mars uważa jako objaw patognomiczny dla guzów; położonych w kanale pachwinowym.

W dyskusyi zakiera głos kol. doc. Koźmiński.

II. Kol. doc. **Koźmiński** przedstawia chorą z **uterus duplex**, u której z powodu włókniaków macicy wykonano amputatio supravaginalis jednej macicy. A. G., lat 44 licząca, zgłosiła się do mnie z powodu guza w jamie brzusznej. W celu usunięcia guza skierowałem chorą do kliniki ginekologicznej.

Rodziła raz przed 16 laty, nie roniła. Badanie wykazało powiększenie brzucha przez guz, wychodzący z miednicy małej, sięgający dnem do pępka; guz twardy, niebole-

сны, o powierzchni gładkiej, z boku na bok nieco poruszalny. Pochwa miernie szeroka, na przedniej ścianie listewka podłużnie przebiegająca, jako pozostałość po przegrodzie w górnej części pochwy przegroda utrzymana, dzieli pochwę na dwa zaułki. W zaułku lewym wybadać się daje część pochwowa miernie gruba, z ujściem szparowatym, a dalej więcej od tyłu wyczuwa się macię może nieco mniejszą niż normalnie, macię, która rodziła. W zaułku prawym zaś wyczuwa się część pochwową smukłą z ujściem drobnym, która przechodzi więcej od strony lewej i gubi się w dolnej części utkania guza wyżej opisanego a wyczuwalnego przez powłoki brzuszne. Skutkiem wypuklenia przez guz zaułek prawy pochwy jest znacznie szerszy aniżeli lewy. Wobec tego rozpoznałem włóknaki macię prawej, która nie rodziła, podczas gdy macię lewą, a więc tę, która rodziła, uważać należało za wolną.

Dnia 27 kwietnia 1904 r. przystąpiłem do laparatomii i wykonałem dość wysoko amputatio supravaginalis uteri dextri, zabierając zmienioną trąbkę i jajnik prawy, podczas gdy lewą macię, którą znalazłem prawidłową, wraz z trąbką i jajnikiem lewym pozostawiłem. Pomiędzy obiema maciami istniał bardzo wyraźny przedział szerokości około $1-1\frac{1}{2}$ cm., tylko w wysokości ujścia wewnętrznego macię odstęp pomiędzy maciami wynosił zaledwie kilka milimetrów.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia.

Obecnie widzieć można, że rana pooperacyjna jest zgojona przez rychłozrost. Przy badaniu przez pochwę można i teraz dokładnie wyczuć oba zaułki, w lewym część pochwową z ujściem szparowatym, a dalej macię lewą; w prawym zaś część pochwową z ujściem drobnym, która przechodzi w kikut, pozostały z macię prawej.

(Następuje przedstawienie chorej i preparatu włóknaków wraz z usuniętą macię prawą.)

Badanie drobnowidzowe guza wykazało utkanie włóknaka.

W dyskusji wzięli udział koledzy: doc. Bylicki, prof. Mars, Kwiatkiewicz i doc. Kościński.

III. Kol. doc. **Kościński**: Okazanie guza wielokomorowego jajnikowego, wazącego $14\frac{1}{2}$ kilogramów. Guz ten wydobyto na klinice ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego u chorej A. M., lat 54 liczącej.

Chora ta zgłosiła się przed kilku dniami do kliniki z powodu znacznych rozmiarów brzucha, duszności i osłabienia. Badanie wykazało: ciepłotę podwyższoną, tętno przyspieszone do 100 uderzeń na minutę, wybitną miażdżycę tętnic, tony serca gluche. W dolnych częściach płuc objawy uciskowe z powodu przemieszczenia przepony ku górze. Brzuch wypukły w całości bardzo znacznie przez guz na pół elastyczny, o powierzchni niezupełnie równej; w pewnych miejscach guza wyczuwa się chelbotanie. Guz ten wychodzi z miednicy małej i wypełnia całą jamę brzuszną tak dalece, że górnej granicy guza obejść nie można, gdyż ta gubi się pod łukiem żebrowym.

Badanie przez pochwę wykazało małą macię zanikową, przesuniętą ku tyłowi i nieco ku stronie lewej, przednie zaś sklepienie obniżone i wypukłone znacznie przez dolny odcinek guza wyżej opisanego a wypełniającego całą jamę brzuszną.

Rozpoznano kystoma ovarii dextri, i wprost ex indicatione vitali dokonałem 19 czerwca 1904 r. wydobycia guza po otwarciu jamy brzusznej.

Sam zabieg nie przedstawiał nic osobliwego, jedynie tylko samo cięcie w powłokach brzusznych musiało być z powodu rozmiarów guza nad miarę długie i ciągnęło się od samego spojenia łonowego aż do wyrostka mieczykowatego mostka, a nadmienić muszę, że pomimo tak długiego cięcia guz dał się tylko z trudnością z jamy brzusznej wyłonić.

Jak dotychczas przebieg pooperacyjny jest bardzo korzystny, ciepota spadła, tętno spokojne, wynosi obecnie około 80 uderzeń na minutę, a wygląd chorej jest zupełnie swobodny. Wynik natechniastowy po operacji w tym przypadku nazwać można wprost świetnym, a niezwykle wielkie rozmiary guza, ważącego przeszło 14½ kilogramów, wydobytego w całości bez poprzedniego pomniejszenia, zniewoliły mnie do przedstawienia tego przypadku.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: prof. Mars, doc. Solowij, doc. Kościński i doc. Bylicki.

IV. Kol. **Breiter: Podwójne światło trąbki**—preparaty mikroskopowe. U chorej, operowanej na klinice prof. Marsa z powodu deciduoma malignum, wykonano zupełne usunięcie narządu rodnego drogą pochwy.

Robiąc przekroje z różnych części pojedynczych, znalazł prelegent na przekroju trąbki prawej podwójne światło, oddzielone od siebie cienkim pasmem tkanki łącznej. Jedno światło większe, drugie cokolwiek mniejsze. Przy przecięciach ku stronie bańki (ampulla) światło mniejsze coraz bardziej maleje i kończy się ślepo, ku macicy zaś rozszerza się, dochodząc prawie do wielkości właściwego światła.

Preparat ten, jako bardzo rzadki, uważa kol. B. za godny przedstawienia, zwłaszcza, iż zaledwie nieliczne, w przybliżeniu podobne przypadki są podane w piśmiennictwie.

Dodać należy, że nie mamy tu do czynienia z trąbką drugą, dodatkową, gdyż bańka (ampulla) w tym przypadku jest wspólna, a makroskopowo drugiej trąbki wogóle znaleźć nie można; ściana trąbki, t. j. mięśnie i otoczka otrzewnowa, wspólne, a światło trąbek oddzielone od siebie li wązkim pasmem tkanki łącznej; na preparatach mikroskopowych przedstawia się to tak, jak gdyby w świetle trąbki przebiegała ścianka łącznotkankowa, dzieląca je na dwie połowy.

V. Kol. **Breiter: Demonstracja rozszerzadła metalowego Knappa z modyfikacją**. Prelegent przedstawia rozszerzadło Knappa, wykonane w Wiedniu u Nowakowskiego. W rozszerzadle tem polecił kol. B. porobić o tyle zmiany, iż kosz, który się zakłada na ramiona rozszerzadła, jest cokolwiek dłuższy, ramiona zaś rozszerzadła mają wygięcie miednicowe. Prelegent uważa rozszerzadło to za najlepsze ze wszystkich dotychczasowych modeli.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA WARSZAWSKA.

IV. Posiedzenie dnia 28 września 1904 r.

Przewodniczący: wiceprezes II-gi kol. **Józef Jaworski**. Sekretarz: kol. **Czesław Stankiewicz**.—Obecnych członków 14, gości 8.

II. Kol. **St. Cykowski** odczytuje rzecz p. t. **Przyczynę do leczenia eklampsyi**. Praca ta została w całości pomieszczona w bieżącym zeszycie *Ginekologii*.

Kol. FR. JEZERSKI zapytuje: 1) czy nie stosowano metreuryntera, jako jednego ze środków accouchement forcé. Metreurynter dał mu w kilku przypadkach bardzo dobre wyniki. U niewiast przy otwarciu ujścia macicznego na jeden palec przy pomocy kolpeuryntera udawało się dokończyć porodu w przeciągu 1 — 1½ godziny. Być może, iż 2-gi przypadek, śmiertelny, cytowany przez kol. Cykowskiego, zakończyłby się pomyślnie przy zastosowaniu metreuryntera.

2) jakie otrzymano wyniki przy sekeyi w odnośnych przypadkach, czy były

zmiany degeneracyjne w narządach mięszowych? 3) czy nie były spostrzegane zaburzenia kiszkowe, co by rzuciło pewne światło na ciemną jeszcze patogenę cierpienia.

Kol. SZYMAŃSKI. Leczenie eklampsji jest jednym z najtrudniejszych zadań aku-szery, podjęcie więc tej kwestji w starannie opracowanym przemówieniu stanowi za-sługę prelegenta, tem więcej że obecnie w literaturze toczy się spór między klinicystami o to, jaki sposób postępowania w leczeniu eklampsji uznać za właściwszy. Powstały dwa obozy. Kiedy jedni, na których czele stoi Bumm, postawili na pierwszym planie leczenia natychmiastowe rozwiązanie ciężarnej i rodzącej niezależnie od stanu dróg porodowych, obóz drugi z Ahlfeldem na czele chce w leczeniu eklampsji stosować postępowanie zachowawcze, a rozwiązanie rodzącej lub ciężarnej uważa jako jeden z czynników racjonalnej terapii eklampsji. Jedna i druga strona przytacza na usprawiedliwienie swych poglądów statystykę. Śmiertelność w przypadkach Bumma wynosiła 8%, w przypadkach zaś Ahlfelda 12,5%.

Zbyt czynna wszakże terapia, wymagając dla swego przeprowadzenia zabiegów gwałtownych, jak pochwowego cięcia cesarskiego, stosowania metody Bossiego, głębo-kich nacięć według Duchrssena i t. d., nie może się poszczycić dodatnimi wynikami, jeżeli rezultaty jej będziemy sądzili w zależności od przedsięwziętych operacji. Statysty-ka pochwowego cięcia cesarskiego przy eklampsji wykazuje 9 przypadków śmierci na ogólną liczbę 21 przypadków tej operacji. Zejście śmiertelne nastąpiło w sześciu przy-padkach skutkiem drgawek, w dwóch z powodu posocznicy, a w jednym z przyczyny zapalenia płuc. Tego rodzaju zestawienie nie zachęca do rozpowszechniania omawianego zabiegu w leczeniu eklampsji i słusznie podlega surowej krytyce nie tylko ze względu na bezpośredni wynik, lecz i na niebezpieczeństwa, które grożą zdrowiu i życiu operowanych przy porodach następnych (blizny, pęknięcia macicy). Tymczasem przyspieszenie rozwią-zania rodzącej i ciężarnej zapomocą przzerwiania pęcherza płodowego, stosowania balonu Brauna, nie narażając życia i zdrowia chorych, mogą być stosowane skutecznie i celowo a, jak to zaleca Ahlfeld, wtedy, kiedy ogólne zabiegi lecznicze (wlewania podskórne, upu-sty krwi, owijania Jaqueta) nie są w stanie same przez się sprowadzić poprawy lub wyleczenia cierpienia. A więc jedna i druga strona uznaje opróżnienie macicy jako za-bieg niezbędny przy leczeniu eklampsji z tą tylko różnicą, że zwolennicy zachowawczej metody postępowania rozwiązanie rodzącej i ciężarnej czynią zależnem od rozwoju obja-wów i zasadniczo są przeciwni zbyt gwałtownym zabiegom operacyjnym.

Kol. Cykowski postawił na pierwszym planie leczenia upusty krwi, owijania Ja-quetowskie i wlewania podskórne; tym metodom przypisuje pomyślne wyniki leczenia i pomija milezeniem opróżnienie macicy, a tem samem zajął nieco odrębne stanowisko wobec istniejących kierunków w leczeniu eklampsji. Stanowisko takie prelegenta przy obecnym stanie nauki o eklampsji nie jest usprawiedliwione.

W obrazie anatomo-patologicznym eklampsji przeważają rozległe zakrzepy w ukła-dzie naczyńowym, zmiany degeneracyjne w nerkach, sprawy zgorzelinowe w wątrobie, stąd i patogenesa eklampsji, wiążąc te zjawiska przyczynowo z ciążą, czyni je zależne-mi od jądów, które mogą powstawać przy przemianie materji płodu lub skutkiem prze-niesienia się komórek z obwodu jaja płodowego (łożyska) do krwiobiegu matki (Poten).

Jeżeli więc jad, któremu eklampsja zawdzięcza swe pochodzenie, tworzy się za pośrednictwem płodu lub łożyska, w takim razie ciążę należy uważać jako przyczynę tej groźnej choroby, a więc wszelka racjonalna terapia, zmierzając ku usunięciu źródła cierpienia, winna dążyć przedewszystkiem do opróżnienia macicy. Pogląd taki potwier-dzają spostrzeżenia kliniczne. Statystyka z kliniki Wydera, ogłoszona przez Meyer-Wirza, wykazuje, że napady eklampsji ustały w 70 przypadkach z 98, w 24 powtarzały się od

1—2 razy po rozwiązaniu, a tylko w 4 opróżnienie macicy nie wywarło żadnego wpływu na przebieg cierpienia. Opierając więc leczenie eklampsji na gruncie naukowym, łącząc fakty anatomo-patologiczne z danymi klinicznymi, musimy uznać, że, dążąc do uwolnienia ustroju matki od jadów, jakie przepelniają jej krwiobieg, nie można pominąć przy leczeniu eklampsji najważniejszego czynnika w danym razie, to jest rozwiązania rodzącej.

Wobec tego, co powiedziane było, owijania Jaquetowskie, upusty krwi i wlewania podskórne mogą mieć znaczenie tylko pomocnicze i nie stanowią istoty leczenia eklampsji.

Wprawdzie przez wlewania podskórne wpływamy pobudzająco na mięsień sercowy, oddychanie i narządy krwiotwórcze (Schware, Ott, Biernacki), wszakże przy osłabionej działalności serca wlewania te mogą wywołać nadmierne rozciągnięcie lewej komory serca i zawsze będą przeciwwskazane przy znacznych obrzękach, sinicy, obrzęku płuc (Sahli). Co się tyczy upastów krwi, to pomyślnie lecz czysto mechaniczne działanie ich przy napięciem tętnie, a względnie przy obciążeniu i utrudnieniu krwiobiegu stać się może szkodliwym przy zbyt daleko posunięciem zwyrodnieniu serca i upośledzeniu utleniania ciał białkowych.

Zaznaczyć także należy, że owijania sposobem Jaqueta nie stanowią bezwzględnie niewinnego zabiegu i że wielu klinicystów spostrzegalo pod wpływem owijań pogorszenie objawów chorobowych.

Jeżeli więc upusty krwi, wlewania podskórne i t. d. należą do takich zabiegów, które nie zawsze mogą być wskazane, jeżeli stosowanie ich opiera się na empirji, nie wydaje mi się przeto słusznem i uzasadnionem wysuwanie ich na pierwszy plan przy leczeniu eklampsji.

Dalej kol. Cykowski nie stosuje środków narkotycznych nawet przy operacjach, a postępowanie takie opiera na jednym przypadku śmierci, który nastąpił po podaniu pierwszych kropeł chloroformu. Zgadzam się najzupełniej, iż nadużywanie środków nasennych jest szkodliwe i że ograniczone być winno, ale zupełne usunięcie narkotyków przy leczeniu eklampsji nie zasługuje na naśladowanie. Jeżeli wobec nadzwyczajnej wrażliwości najmniejsze podrażnienia sprowadzają przy eklampsji niepokój chorych i wybuch napadów, to tem więcej niebezpieczeństwa będą przedstawiały zabiegi operacyjne.

Przypadek zaś śmierci przy podaniu kilku kropeł chloroformu należy prędzej uważać jako skutek zatoru (embolji), który zawsze zagraża w eklampsji ze względu na liczne zakrzepy i krążące we krwi komórki łożyskowe.

W końcu zaznaczam, że statystyka kol. Cykowskiego nie jest zbyt wielka, aby można na niej opierać daleko sięgające wnioski. Historia eklampsji poucza, że szereg przypadków pomyślnych często poprzedza szereg niepomyślnych, że nasilenie cierpienia nie zawsze jest jednakowe, a zatem tylko dłuższa obserwacja i większa ilość przypadków może być miarą postępowania leczniczego. W 24 przypadkach eklampsji, jakie leczyłem i spostrzegałem w przytułku II-gim w ciągu lat ośmiu, miałem 5 zejść śmiertelnych. Z tych 3 przypadki przypadają na rok 1901, jeden zaś na 1898, a jeden na rok 1903. Przypadki z r. 1901 odznaczały się niezmiernie ciężkim przebiegiem i przypadły prawie w jednym okresie czasu, a zabiegi podjęte nie wywierały najmniejszego wpływu na rozwój postępowy groźnych dla życia objawów. Przypadki te pouczyły mię, o ile przebieg eklampsji sprawiać może niespodzianki w rokowaniu, jeżeli powodzenie w szeregu pomyślnie i lekko przebiegających przypadków wzbudziło zaufanie do stale stosowanego sposobu leczenia.

Kol. GRZANKOWSKI. Kol. Cykowskiemu należy podziękować za wznowienie upustu krwi przy drgawkach porodowych, który był jeżeli nie zapomniany, to zaniedbany

co najmniej od ćwierci wieku. Należy mu się to tembardziej, że zebranie 23 przypadków, leczonych prawie wyłącznie tylko tą jedną metodą, przeprowadzone umiejętnie i sumiennie, zapewne nieprędko zdarzy się po raz drugi. Sądziłbym jednak, że dopóki istota tak złożonej choroby nie będzie wyjaśniona drogą badań laboratoryjnych i klinicznych, dopóty pewnej metody leczniczej ustanowić nie można i sama empirya nie wystarczy do budowania trwałych metod leczniczych. Z tej racyi uważam niektóre wnioski kol. Cykowskiego za zbyt categoryczne, jak np. wyrzeczenie się prawie zupełnie dotychczasowej terapii morfiną, chloralem etc. Stosowanie chloroformu przy operacjach wobec drgawek porodowych uważałbym za niezbędne wszędzie, gdzie tylko niema ogólnych przeciwwskazań do chloroformowania (np. ze względu na serce etc.). Uśpienie chloroformowe zmniejsza pobudliwość, utrudni wystąpienie drgawek podczas operacyi i ułatwi pracę operatorowi. Jeden przypadek śmierci pod chloroformem przy drgawkach porodowych nie może zniechęcić do chloroformowania wobec licznych spostrzeżeń każdego z nas, że rodzące z drgawkami znoszą zazwyczaj chloroform dobrze.

Kol. ENDELMAN. Szanowny prelegent jest zwolennikiem t. zw. konserwatywnego postępowania przy drgawkach porodowych, zalecając upusty krwi, podskórne wlewania roztworu soli kuchennej i gorące zawijania.

Nie lekceważę bynajmniej stosowanej przez kol. Cykowskiego metody, stosuję ją sam w odpowiednich przypadkach, sądząc jednak, że *głównem* zadaniem akuszerki przy eklampsyi powinno być jak najszybsze opróżnienie macicy. Boć przecież, jeżeli, jak większość autorów sądzi, eklampsya powstaje wskutek zatrucia organizmu produktami przemiany materyi płodu, to należy jaknajprędzej usunąć jaje płodowe jako źródło autointoksykacyi. W celu szybkiego rozwiązania rodzącej stosuję w ostatnich czasach z powodzeniem rozszerzadło Bossiego. Co się tyczy stosowania przy eklampsyi narkotyków, to pomimo osłabiającego działania na serce, zupełnie ich usumięcie, jak tego chce kol. Cykowski, nie da się przeprowadzić. Nie mogę sobie, na przykład, wyobrazić, w jaki sposób bez uśpienia chloroformowego możliwe jest dokonywanie ciężkich operacyi akuszeryjnych u eklamptyczek (Gleszeze przy niedostatecznie rozwartem ujściu, wymóżdzenie i t. p.). Wiadomo przecież, że wobec niespokojnego zachowania się chorych niekiedy zwykłe badanie położnicze bez uśpienia nie daje się uskuteczyć, a cóż dopiero sztuczne rozwiązanie.

Operując bez uśpienia narażamy chorą na poważne niebezpieczeństwo.

Kol. CZESŁAW STANKIEWICZ. Jak widzimy i w naszej Seceyi rozmaite kierunki leczenia eklampsyi mają zdecydowanych zwolenników. Gdy bowiem prelegent przemawia za metodą wyczekującą, poprzedni mówca jest zwolennikiem szybkiego rozwiązania przy pomocy Bossiego, inni koledzy obrali stanowisko pośrednie, złoty środek. Doświadczenie moje osobiste nie jest co do eklampsyi wielkie: nie spostrzegałem więcej nad 15 przypadków. Były to przypadki przeważnie ciężkie. Upusty krwi stosowałem kilkakrotnie, acz bez widocznych wyników. Zaznaczyć muszę, że i przy wenesekcyi, jak przy każdej innej metodzie leczniczej, należy postępować ściśle według pewnych wskazań. Pełne, twarde, niewiele przyspieszone tętno pozwala na upust krwi, gdy przeciwnie przy objawach porażenia serca, tętnie drobnem i szybkim, wenesekeya, zdaniem mojem, jest wprost przeciwwskazana. Tak samo przy stosowaniu środków narkotycznych jakoś tętna winna być nam wskazówką, gdzie się kończy granica, dozwolona dla morfiny i chloroformu. Zdaniem mojem, w początkowych okresach eklampsyi środki narkotyczne nie dadzą się wyrugować z zajętego pola. Leczenie np. morfiną podług Veita daje w przypadkach cięższych niewątpliwie wyniki dodatnie.—Jakież postępowanie jest lepsze, czy

wyczekujące, czy więcej czynne? Odpowiedź na to trudna i nie da się ująć w ścisłe ramy. Powiedziałbym naogół, iż postępowanie nasze o tyle więcej powinno być czynne, o ile dany przypadek jest cięższy klinicznie. W bardzo ciężkich przypadkach nie wahałbym się przed rozwiązaniem natychmiastowym tym lub innym sposobem.

Zaznaczyć muszę, iż to lub inne postępowanie nasze w wielu razach zależne bywa od warunków zewnętrznych.

W zakładach położniczych inne mamy pole do działania, niż np. w praktyce prowincjonalnej lub wiejskiej. Zbrojny we wszystko, co wiedza współczesna daje, mając pomoc wykwalifikowaną na każde zapotrzebowanie, w warunkach zakładu położniczego lekarz może łatwiej uczynić zadość wskazaniom.

Zwracam uwagę prelegenta, iż śmiertelność dzieci jest w podanych przypadkach dość znaczna. Przenosi ona 50%, odsetkę, przyjętą dla dzieci za przeciętną przy eklampsji. Być może, iż wynik ten jest w związku z wyczekiwaniem zbyt długim.

Mimo iż nie godzę się na wszystkie poglądy prelegenta, podnoszę wartość odczytu jego, jako opartego na sumiennie zebranych i opracowanym materiale dowodowym.

Kol. THIEME. Eklampsja należy bez wątpienia do najcięższych i najniebezpieczniejszych zaburzeń porodowych, a wobec niedocieczonej jeszcze istoty, jak również nie ustalonej terapii tegoż cierpienia, wszelki przyczynek, oparty zwłaszcza na naukowych podstawach i na sumiennych spostrzeżeniach klinicznych a zmierzający do wyświelenia czy to istoty, czy też postępowania lekarskiego przy tem cierpieniu, zasługuje na szczególną uwagę. Z tej przyczyny należy wyrazić prawdziwą wdzięczność prelegentowi za przyczynek do leczenia eklampsji, przed chwilą nam odczytany.

Z tego odczytu dowiedzieliśmy się, że Sz. prelegent w 19 przypadkach eklampsji, spostrzeganych w tutejszej klinice akuszerskiej i szczegółowo opisanych, wyłącznie stosował ogólny upust krwi i wstrzykiwanie roztworu fizyologicznego, wyczekując na rozpoczęcie się i ukończenie pracy porodowej siłami natury, w rzadkich tylko przypadkach, w których poród rozpoczął się i był w biegu, stosując czynną interwencyę operacyjną; a otrzymawszy przy tym sposobie postępowania znacznie zmniejszony procent śmiertelności w porównaniu z poprzednimi latami, gdy stosowano inny sposób postępowania, stawia swoje wnioski, odrzucając i potępiając kategorię użycie środków narkotycznych i czynnej interwencji, mającej na celu wywołanie i jaknajprędze ukończenie porodu.

Otóż wnioski prelegenta, zdaniem mojem, brzmią zbyt kategorię i bezwzględnie.

W samej rzeczy ogólny upust krwi (venaesectio), jako jeden z potężnych środków leczniczych przy eklampsji, był, jest i, zdaje się, będzie stosowany w niektórych przypadkach owego cierpienia. Na klinice akuszerskiej s. p. prof. Tyrchowskiego, który był gorącym zwolennikiem tego środka, przed 30 laty przeszło dr. Rybicki i ówczesny kliniczny ordynator s. p. dr. Rogowicz poświęcili lat kilka sumiennej i skrzętnej pracy nad sposobami postępowania przy eklampsji. Dr. Rybicki we wszystkich przypadkach eklampsji, pod jego obserwacyę oddanych, stosował wyłącznie upust krwi ogólny, — gdy dr. Rogowicz w przypadkach, oddanych mu do obserwacyi, stosował środki narkotyczne i starał się o wywołanie i jak najprędze ukończenie porodu. Obaj zbierali skrzętnie statystykę i wyniki swego postępowania. Statystyka wykazała, że w pierwszych 2-ech latach dr. Rybicki otrzymał nieco mniejszy procent śmiertelności niż dr. Rogowicz, w następnych 2 latach przeciwnie — ten ostatni wykazał o wiele mniejszy procent śmiertelności. Na teje klinice w pierwszym roku swojej ordynatury zacząłem stosować prawie wyłącznie przy eklampsji zalecane podówczas przez powagi lekarskie obwijanie

eklamptyczek w mokre prześcieradła i koce dla wywołania silnej diaforezy, z bardzo pomyslnym wynikiem, gdyż na 15 przypadków eklampsyi w 13 chore wyzdrowiały. Zachęcony takim rezultatem, miałem zamiar spostrzeżenia swe ogłosić drukiem, lecz prof. Tyrehowski zwrócił uwagę moją na to, że jest to zbyt mała statystyka, iżby z niej można wyciągnąć pewne wnioski o tym sposobie postępowania, i zachęcał do dalszych obserwacji, które w następnych latach wykazały, że na 16 przypadków eklampsyi przy stosowaniu powyższej metody leczenia było tylko 7 przypadków wyzdrowienia. Z powyższych badań i spostrzeżeń wynika, że na mocy kilkunastu lub nawet kilkadziesiątu spostrzeżeń nie można i nie należy stwierdzać stanowczej i kategorycznej wyższości jednej metody nad drugą. Moje dotychczasowe, przeszło 30-letnie doświadczenie, nabyte w części na klinikach zagranicznych, w części na tutejszej klinice, wreszcie i w praktyce prywatnej, zniewała mię do wypowiedzenia zdania, że postępowanie lekarskie przy eklampsyi nie powinno być szablonowe, lecz każdy przypadek tego cierpienia powinien być indywidualizowany: w jednych przypadkach bezwarunkowo wskazany jest upust krwi, w innych przypadkach będzie przeciwwskazany. To samo tyczy się stosowania środków narkotycznych. W pewnych przypadkach zmniejszają one bezwarunkowo częstość i natężenie napadów eklamptycznych, w innych przypadkach nie wywołują żadnego widocznego wpływu. Jedną tylko, zdaniem mojem, trzeba mieć zasadę w postępowaniu przy eklampsyi, a tą zasadą jest staranie się o jak najprędze ukończenie pracy porodowej, gdyż doświadczenie wskazuje, że w połowie przeszło przypadków napady eklampsyi po porodzie jeżeli nie zaraz ustępują, to prawie stale zmniejszają się w swem natężeniu i częstości. Zasada ta — zdaniem mojem — opiera się nietylko na mocy licznych doświadczeń klinicznych, lecz i na zasadzie w ostatnich latach podniesionej teorii, głoszącej, że eklampsya jest spowodowana zatruciem organizmu toksynami wytwarzającymi się za pośrednictwem płodu, z czego prosty wniosek wyciągnąć należy, że im prędzej macica zostanie opróżniona, tem większe będzie prawdopodobieństwo, że intoksykacja zostanie zmniejszona lub ze wszystkim usunięta. W końcu kładę nacisk, aby zabiegi, wywołujące i przyspieszające ukończenie porodu podczas eklampsyi, były stosowane z jak największą ostrożnością, cierpliwością i wytrwałością, a nadto aby we wszystkich przypadkach eklampsyi, w których zamierzamy ukończyć jak najprędzej pracę porodową, a więc podczas rozszerzania ujścia macicznego, zakładania kleszczy, wykonania obrotu, wymóżdżenia, szycia krocza i t. d., bezwarunkowo podawać chloroform, gdyż przy ogólnem znieczuleniu wszelkie rękoczyny mogą być uskutecznione prędzej, łatwiej i bezpieczniej. Przypadku śmierci wskutek chloroformu przy eklampsyi ani razu nie spostrzegalem.

Kol. FIEDOROWICZ protestuje przeciwko kategorycznej tezie kol. Cykowskiego, iż do zatrutego już organizmu nie wolno wprowadzać nowej trucizny. Z toksykologii wiadomo, iż w wielu razach stosuje się substancje trujące jako antydotum i to nie jako środki, zobojętniające truciznę, lecz jako działające fizjologicznie wręcz przeciwnie, np. atropinę przy zatruciu opium. Znany jest mu przypadek, gdzie pewien felcezer zażył w celu samobójczym około 15,0 makuwca i 5,0 atropiny, mimo to został uratowany bezenergicznie stosowaniem środków farmaceutycznych. Co się tyczy doświadczenia osobistego, kol. F. spostrzegal kilka przypadków eklampsyi z pomyslnem zejściem dla matki i płodu przy stosowaniu morfiny i chloroformu. Zwłaszcza jeden przypadek z głuchej prowincyi zaznaczył się w pamięci kol. F. W przypadku tym chloroformowano chorą prawie trzy doby z rzędu, a gdy pod koniec trzeciego dnia nałożono kleszcze, płód wydobyto w stanie śmierci pozornej i przywrócono, acz z trudem, do życia. Matka również wyzdrowiała.

Kol. ZWEJGBAUM zwraca uwagę na wadę statystyki, przytoczonej przez mówcę: przed zastosowaniem jego metody odsetka zgonów wskutek eklampsji w Instytucie miała wynosić 50—60, po wprowadzeniu zaś tej metody — tylko 13. Aby mieć pewność, że cyfry te rzeczywiście dotyczą eklampsji, trzeba by koniecznie przejrzeć protokoły sekcji zwłok tych położnic, które zmarły w czasie, objętym statystyką, z dyagnozą za życia: „*eclampsia*“, i przekonać się, czy naprawdę w tych przypadkach można było śmierć przypisać tylko eklampsji. Przecież zejście śmiertelne mogło być następstwem najrozmaitszych uszkodzeń części miękkich przy operacjach położniczych lub wreszcie zakażeniu, o które w czasach dawniejszych nietrudno było. Dopiero, gdyby protokół pozwolił powikłania te wykluczyć i potwierdził rozpoznanie, za życia zrobione, to wtedy dopiero można by śmierć przypisać eklampsji. Bez tego dowodu trudno pożytywać chwilę wprowadzenia metody leczniczej kol. Cykowskiego do Instytutu za chwilę przełomową w statystyce zgonów wskutek eklampsji.

Poza tem kol. Z. sądzi, że z dwudziestu kilku przypadków nie podobna wnioskować o pożyteczności metody leczniczej — metody, która zresztą nie jest nowa, bo i upusty krwi i zawijania w kocie (*Jaquet*) stosowane już są oddawna w terapii eklampsji.

Kol. CYKOWSKI w odpowiedzi kol. JEZIERSKIEMU zaznacza: Ani u jednej z omawianych chorych nie spostrzegłem zaburzeń ze strony żołądka i kiszek. Co do używania balonu wewnątrzmacicznego w celu otrzymania większego otwarcia ust macicy, zaznaczyć muszę, iż właściwie ani razu nie byłem zmuszony do użycia podobnego zabiegu. Istotnie — jak przekonywa załączona tablica — w olbrzymiej większości przypadków, bo prawie zawsze, mamy do czynienia z pierwiastkami; miednicę spotykałem prawie zawsze prawidłową. To też u takich chorych, wobec niewątpliwego ustalenia główki w próżni czy tylko we wchodzie miednicy małej i wobec wygładzonej przy rozpoczętym porodzie szyi, byłoby fizykiem niepodobieństwem balon do macicy wprowadzać. Śród 20 przypadków z poprzedzającą główką tylko 2 razy znaleziono główkę ruchomą nad wehodem miednicy małej. Wreszcie, wobec stwierdzonego niemal we wszystkich przypadkach stałego skurczu macicy, otwarcie na 3 palce nie kazało zbyt długo na siebie czekać, i wtedy z całą swobodą przystępowałem do nałożenia kleszczy.

Koleźce SZYMAŃSKIEMU: Nie wiemy nie stanowczego, jaki jest rodzaj zawartości we krwi eklamptyczek jadu, ani wtedy, gdy stosujemy upust krwi, wlewania roztworu soli, ani też gdy stosujemy morfinę, chloral czy chloroform; może jeszcze dziesiątki lat upłyną, zanim o istocie jadu tego nabierzemy bezwzględnej pewności; niemniej przeto chorą leczyć musimy. To też dopóki wyniki odpowiednich spostrzeżeń klinicznych nie przekonają mnie, że stosowanie upustu krwi, wlewanie soli i t. d. okazało się dla życia chorych zgubniejsze niż podawanie narkotyków, dopóty nie mogę nie być zwolennikiem omawianego przezemnie sposobu postępowania lekarskiego.

Zresztą — powtarzam — osobiste doświadczenia w zestawieniu ze śmiertelnością lat ubiegłych, jak dotąd, zmuszają mnie do używania i nadal upustu krwi i t. d. Nie zgadzam się z twierdzeniem kolegi Szymańskiego, jakoby stosowany przezemnie system był szablonowy. Przeciwnie ośmieliłbym się twierdzić, iż właśnie za szablonowe mógłbym uważać zawsze stosowanie narkotyków bez względu na charakter przypadku lub okres, w jakim akcja porodowa się znajduje, — z czem właśnie ja się liczę. Śmiem również twierdzić, iż właśnie w omawianym przezemnie systemie postępowania lekarskiego przy eklampsji nie działałem szablonowo, aczkolwiek jednolicie, wypuszczając w pewnych przypadkach zaledwie 200,0 krwi, natomiast w innych aż 500,0, u pewnej zaś kategorii chorych wcale nie stosowałem weneseki. Również, co się tyczy roztworu soli, wstrzykiwano raz ilości mniejsze, raz większe.

I w sprawie pomocy operacyjnej szablonu nie widzę; toć w pewnych razach nakładalem kleszcze przy otwarciu na 4 palce, podczas gdy w innych przystępowałem do zabiegu operacyjnego przy otwarciu zaledwie na $1\frac{1}{2}$ palca. Wreszcie, chcąc być konsekwentnym, nie mogłem obok omawianych zabiegów leczniczych stosować narkotyków, bo wtedy miałbym wszystko oprócz jednolitego systemu, a tylko taki daje prawo do rozstrzygnięcia na podstawie doświadczenia klinicznego, która z proponowanych metod ma wyższość nad inną i której zawdzięczać należy większą możność uratowania chorej od śmierci. To też trzymam się tego, co mi się wydaje więcej pomocne czy też mniej szkodliwe. Jeśli w pewnych przypadkach miałbym przeciwwskazania do użycia znacznych ilości roztworu soli, to błąd wstrzykiwał wtedy ilości mniejsze, natomiast stosowane częściej.

Koledze THIEMEMU: Istotnie, foliady pisano za użyciem morfiny przy eklampsji i foliady przeciw. Osobiście obywałem się bez morfiny i nadal mam zamiar toż samo czynić.

W sprawie niezbyt jakoby energicznego rozwiązywania chorych sądziłbym, iż nie należy uważać za zbyt późnione rozwiązanie w pewnych razach już przy otwarciu na 3 palce zapomocą nałożenia kleszczy, w innych — zapomocą obrotu przy otwarciu zaledwie na $1\frac{1}{2}$ palca. Zapewne, we wszystkich przypadkach, gdzie chore rodziły same lub gdzie płód wyciskano sposobem Kristellera, można było przyspieszyć rozwiązanie przez nałożenie kleszczy, lecz nie pogarszający się stan ogólny nie wymagał tej konieczności. W kwestji wynikłego sporu o to, co właściwie uważać należy za „accouchement forcé”, śmiem wątpić, czy rozwiązanie chorej przy otwarciu na 3 — 4 palce, otrzymane fizjologicznie bez jakiegokolwiek interwencji zewnętrznej a polegające na nałożeniu kleszczy i wydobyciu płodu zapomocą równych, spokojnych i delikatnych trakcyj, właściwie najmniejszych szkód ani chorej ani dziecku nie przyczyniających — czy więc taki sposób rozwiązania można za „accouchement forcé” poczytać? Jeszcze w sprawie morfiny chciałbym powiedzieć słów kilka: Jeśli na konsylium, przy łóżku chorej, kolega konsultant zaproponuje mi, abym się zgodził na zastosowanie morfiny, a to na skutek oświadczenia kolegi konsultanta, że wierzy w dodatnie działanie tego środka, to rzecz prosta na zastosowanie morfiny zgodzić się mogę, — osobiście unikać jej będę.

Koledze ZWEIGBAUMOWI: Mówią w mojej pracy o dawniejszych latach i ubiegłym czasie nie miałem na widoku dziesiątków lat; przeciwnie podana przezemnie odsetka śmiertelności z lat dawniejszych (60% — 45%) dotyczy kilku ostatnich przed 1902 rokiem lat.

Koledze GRZANKOWSKIEMU: W sprawie zalecanej przezemnie ostrożności w używaniu chloroformu przy dokonywaniu zabiegów operacyjnych w eklampsji, zaszło nieporozumienie. A mianowicie: nie twierdzę, iż zawsze dokonywać trzeba operacji bez uspienia chloroformowego, lecz tylko w tych wyjątkowo ciężkich przypadkach, w których olbrzymia sinica twarzy, obłitość rzeżeń obok poprostu wylewającego się z ust chorej śluzu, a więc w przypadkach niepomiernie upośledzonej działalności serca chorej; te przypadki, przy stosownem leczeniu chorej, zdarzają się względnie rzadko; w tych tylko przypadkach zalecam obywać się bez chloroformu przy dokonywaniu zabiegów operacyjnych, tembardziej iż cały zabieg trwa niekiedy zaledwie parę minut.

Koledze ENDELMANOWI: Jak już w pracy swojej wykazałem, do użycia przyrzędu Bossiego nie byłem zmuszony ani razu; dobre bóle porodowe, a więc czynność fizjologiczna, zupełnie mi wystarczały.

Kol. THIEME w dłuższej odpowiedzi kol. CYKOWSKIEMU omawia i wyjaśnia pojęcie accouchement forcé i wyjaśnienia swe popiera przykładami.

Kol. CZ. STANKIEWICZ zaznacza, iż nieporozumienie co do znaczenia terminu accouchement forcé jest, zdaniem jego, tylko pozorne. Obydwaj mówcy mają na myśli poród przyspieszony, a ten sensu strictiori może również nosić nazwę wymuszonego (forcé).

Kol. CYKOWSKI, Zapomniałem odpowiedzieć jeszcze kol. Stankiewiczowi. Istotnie śmiertelność dzieci w przypadkach moich jest cokolwiek wyższa niż przeciętna. Czy fakt ten należy położyć na karb stosowanej metody — trudno orzec.

Kol. J. JAWORSKI na zakończenie zwraca uwagę, że odczyt właściwie nie jest przyczynkiem do leczenia, lecz przyczynkiem do kazuistyki leczenia, że ujawnione w niektórych głosach chęć i usiłowanie nihilowania zalecanego przez prelegenta leczenia nie jest słuszne. Leczenie takie, wobec obecnie panujących poglądów w nauce na istotę eklampsyi jako na samozatrucie ustroju, uważać wypada za najracjonalniejsze, zresztą stwierdza to nie tylko empirya, jak to bywa odnośnie innych środków, lecz również ściśle badania naukowe i patologia doświadczalna. Wiadomo, że w celu usunięcia z ustroju 50 jednostek t. z. pierwiastków wyciągowych trujących: kreatyny, kreatyniny, moczniaka, kwasu moczowego, bakteryj, toksyn i t. p., wystarcza upust krwi, wynoszący 30 gramów, wówczas gdy dla otrzymania tego samego efektu leczniczego innemi drogami wydzielniezemi potrzeba: 250 gramów wypróżnień kiszkowych, 1500 gramów mocz, 1000 gramów potu. Te drogi więc sprowadzają zubożenie tkanek ustroju w wodę, co bywa wprost szkodliwe.

Cyfry te, co najważniejsza, wyraźnie określają znaczenie upustu krwi przy eklampsyi, znaczenie zaś rozczynu solnego wogóle przy zatruciach jest ustalone przez doświadczenia i klinikę. Co do zestawień liczbowych prelegenta, kol. Jaworski zaznacza, iż wogóle przy porównaniu są one zbliżone do statystyk innych autorów. Liczbę 23 przypadków w naszych warunkach kol. Jaworski nie uważa za małą.

Büthner na blisko 17 tysięcy porodów, spostrzeganych w ks. Meklemburg Schwerin, podaje tylko 178 przypadków eklampsyi.

W końcu kol. Jaworski imieniem Sekeyi wyraża podziękowanie kol. Cykowskiemu za przedstawienie i podanie pod rozprawę wyników swej pracy posiadającej wartość praktyczną.

IV.

DZIAŁ POLEMICZNY

Kilka słów z powodu artykułu kol. Borzymowskiego:

„O izolacji pęcherza od wpływu moczu zapomocą cewnikowania obydwóch moczowodów”.

podał

Fr. NEUGEBAUER.

Kolega Borzymowski, w obawie ujemnego działania moczu na świeżą ranę podczas operacji przetok moczowych kobiecych oraz na ranę już po zeszyciu, zaleca stałe (à demeure) zapobiegawcze cewnikowanie obydwóch moczowodów.

Ponieważ od lat 20-u miałem wiele do czynienia z przetokami moczowymi u kobiet w klinice ś. p. Ojca swego, który operował przeszło 420 chorych tego rodzaju, — w czasie swej asystentury widywałem rok rocznie około 20 do 22 przypadków, — ponieważ i osobiście operowałem z górą 280 przetok, myśl więc kol. Borzymowskiego zajęła mię żywo.

Biorąc rzecz teoretycznie, trzeba by przyznać słuszość kol. Borzymowskiemu. Izolacja rany od wpływu moczu — toć wielki krok naprzód na drodze aseptyki operacyjnej pęcherzowych. W praktyce wszakże, jak się okazuje, mocz nie odgrywa roli tak ważnej, jaką przypisuje mu kol. Borzymowski. Szanowny autor powiada: „Uniknięcie styczności moczu z raną podczas tej operacji (zeszyście przetoki pęcherzowej) może być kwestyą tylko ślepego przypadku, *i dlatego wszelkie udane od ręki przypadki zeszyścia przetok mają w oczach chirurgów więcej cech szczęśliwego trafu niż normalnego wyniku klasycznej operacji*,” a dalej pisze: „jednak szkodliwy wpływ moczu jest uznany powszechnie.”

Opierając się na własnem bądź co bądź dwudziestoletniem doświadczeniu, wyznać muszę, iż nie obawiam się bynajmniej wpływu moczu ani na świeżą ranę podczas operacji, ani też na ranę po jej zeszyciu, jeśli chora została do zabiegu należycie przygotowana.

To ostatnie zdanie wymaga pewnych objaśnień.

Przetoki moczowe kobiece, powstałe na tle raka lub gruźlicy, dają eo ipso rokowanie złe i tych nie operuję; przetoki zaś pochodzenia pologowego operuję nie wcześniej jak w 6—8 tygodni (minimum) po porodzie. Do operacyi przetoki nie przystępuję nigdy, dopóki mocz posiada odczyn alkaliczny, dopóki na brzegach przetoki znajdują złogi wapienne. W tych przypadkach, idąc za radą Emmeta, stosuję przepis następujący:

Rp. Acidi benzoici 7,5
 Boracis 10,0
 Aq. destillatae 360,0

MDS. Zażywać 4 razy dziennie po łyżce stołowej w szklance wody zwyczajnej. Gdy mocz przybierze odczyn kwaśny, polecam zażywać miksturę w dalszym ciągu po 1—2 łyżek dziennie, aby utrzymać osiągnięty wynik.

Skoro od porodu minęło 6—8 tygodni, jeśli mocz wykazuje odczyn kwaśny i chora nie gorączkuje, śmiało przystępuję do operacyi, nie obawiając się bynajmniej zetknięcia moczu z raną, i nie stosuję nigdy przepłukiwań pęcherza przed zabiegiem ani po zabiegu innym płynem prócz wody przegotowanej letniej. Ściśle aseptyczne postępowanie jest i tu, jak przy każdej innej operacyi, *conditio sine qua non*. W warunkach powyższych na 100 przetok udaje mi się zazwyczaj zeszyć pomyślnie 95;—w pięciu pozostałych przypadkach spustoszenia są takie, że niema co marzyć o bezpośrednim zeszcieniu przetoki z powodu braku materiału, a wypada dokonać zeszcienia pochwy lub sromu (kolpokleisis, episiokleisis), lub też operacyi Freundta itp. Nazywam nieszcześliwym trafem, jeśli nie uda mi się osiągnąć rychłozrostu odrazu, i muszę operować po raz drugi a nieraz i trzeci.

Powodów nieudania się odrazu operacyi nie szukałem nigdy w ujemnem działaniu moczu, albowiem przyczyną niepowodzenia, zdaniem mojem, *jest zawsze błąd techniczny*, a mianowicie:

- 1-o Niedostateczne okrwawienie brzegów przetoki.
- 2-o Niedokładność szwu:
 - a) zbyt płytkie nałożenie szwów;
 - b) zbyt gęste nałożenie szwów;
 - c) zbyt luźne lub zbyt mocne skręcenie drutów, lub też luźne lub zbyt mocne związanie nitki czy to jedwabnych, czy też fils de Florence, czy też katgutowych;
 - d) zbyt silne napięcie brzegów rany, jeśli operator zaniedbał w danym razie dokonać nacięć blizn sąsiednich lub błony

śluzowej pochwy w sąsiedztwie rany, aby to napięcie należycie zmniejszyć.

Jak wiadomo, operacje przetok moczowych bywają niekiedy bardzo łatwe, są też przypadki trudne, a niektóre pod względem technicznym daleko trudniejsze od ciężkiej laparotomii. Ilekroć zabieg operacyjny nie osiąga rychłozrostu, przyczyna leży w technice,—niezależnie od tego, czy stosuje się dawny sposób bezpośredniego zeszywania, francuski lub amerykański, czy się szyje warstwami, oddzielnie pęcherz, a oddzielnie pochwę. Sprawie techniki operacyjnej przy przetokach ośmielam się poświęcić jeszcze parę uwag. Pierwszym warunkiem, aby okrwawić należycie brzegi przetoki i nałożyć szwy dokładnie, jest odpowiednie udostępnienie pola operacyjnego; nieraz wypada przez kilka dni, tydzień lub dłużej stosować kule, jaja Bozemana, Breiskyego lub kolpeurynter, aby rozszerzyć zwężone bliznami światło pochwy, nieraz wypada ponacinać pojedyncze pasma bliznowate, unieruchamiające brzegi przetoki lub zasłaniające jej światło. Tak więc w niektórych razach przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego staje się konieczne mechaniczne leczenie przygotowawcze. Dalej wielką rolę odgrywa posiadanie odpowiedniego, specjalnego dla operacji przetok armamentarium, wreszcie bardzo ważną rzeczą jest dostateczne oświetlenie pola operacyjnego najlepiej elektrycznym fotoforem Trouvégo, złożonym z lampki, osadzonej na czole operatora przy pomocy paska. Raz jeden w celu wykazania zalet tej lampki operowałem umyślnie o godzinie 8-ej wieczorem. Przy operacji był obecny kol. Schwartz z Rygi, który pragnął koniecznie zobaczyć operację przetoki sposobem ś. p. Ojca mego. Otrzymałem zagojenie doraźne bardzo obszernej przetoki pęcherzowo-pochwowej. Zdarzyło mi się również uleczyć przetoki, kilkakrotnie przez innych kolegów operowane daremnie i skierowane do mnie przez samych operatorów. To wszystko zdaje się dowodzić, że wynik dodatni operacji przetoki—mówię o przypadkach trudnych—zależy nie od izolacji pęcherza w czasie operacji lub po niej, lecz od osobistego doświadczenia operatora i jego techniki.

Inna jest sprawa, czy po operacji należy złożyć na kilka dni cewnik à demeure do pęcherza, aby uniknąć działania moczu pod ciśnieniem jego ciężaru, zmniejszyć ciśnienie wewnątrzpęcherzowe i usunąć skurcze pęcherza. Cewniki moczowodowe, jak pokazuje przypadek kol. Borzymowskiego, nie nadają się ku temu.

Operacja została wykonana dnia 5. XII., a już nazajutrz prze-

konano się, że lewy cewnik moczowodowy był zatkany śluzem, że mocz przechodził obok niego i napełnił pęcherz. Są operatorzy, którzy stale używają cewnika à demeure, są też i tacy, którzy nie zakładają go nigdy, natomiast każą chorą jak najczęściej moc oddawać albo też cewnikują chorą w pewnych odstępach czasu. Panuje również różnica w poglądach, czy chora po operacji ma leżeć w łóżku. Znam lekarza, który pozwała operowaną chodzić zaraz po zabiegu, większą, do której i sobie zaliczam, żąda bezwzględniego spokoju mniej więcej przez 8—10 dni.

Zaznaczyłbym jeszcze, iż wiele przetok moczowych szyi macicznej pochodzenia pęcherzowego zarasta samodzielnie w okresie zwijania się macicy, nawet bez przyżęgań lapisem. W przypadkach tych ulczenie następuje pomimo braku izolacji pęcherza, pomimo ciągłej styczności mocz z przetoką.

Dotając w końcu, iż aczkolwiek nie podzielał w danym przypadku zapartywan kol. Borzymowskiego, uważam sobie za obowiązującą podnieść jego pomysłowość, przegajawiając się już to w budowie nowych narzędzi lekarskich, już to w obmyślaniu nowych metod operacyjnych.

(Odpowiedz kol. Borzymowskiego zamieszczony w zeszycie następnym. Red.).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

V.

WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNOLEKARSKIE

IV Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej Warszawskiej odbyło się dnia 27 b. m. pod przewodnictwem prezesa Sekcyi kol. T. Boryssowicza. Na porządku dziennym był odczyt kol. Boryssowicza p. t. „Koszerzenie plastyczne zwężonego kanału szyi macicznej wraz z ujściem wewnątrznym.” Następnie posiedzenie Sekcyi odbył się we czwartek, dnia 24 listopada. Kol. Fr. Neugebauer wypowiadał rzecz p. t. „Etyologia i dyagnostyka kręgoszyjku”. Odczyt kol. Neugebaura będzie ilustrowany przedstawieniem liczących rysunków i okazów anatomicznych.

— W pierwszym międzynarodowym Kongresie chirurgicznym w Brukseli bierze czynny udział prof. Rydygier ze Lwowa, jako referent kwestyi „leczenia przerostu gruczołu krokowego“.

(*Przeegl. Lek.* № 44).

— Ogólna liczba uczestników tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich we Wrocławiu wynosiła półtrzecia tysiąca. Z polskich ginekologów i położników wygłosili odczyty Neugebauer i Gaszyński, obydwaj z Warszawy.

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

— Śmiertelność wśród lekarzy z powodu gruźlicy wynosi 7 $\frac{1}{2}$ %. Na choroby serca i choroby nerwowe umiera 40 $\frac{1}{2}$ % lekarzy. Śród morfistów 40% stanowią lekarze. Dane powyższe przytacza *Revue v neurologii, psychiatrii, fysikalni a diact. terapii*, 1904, № 8.

— Kwestyonaryusz dra T. Zlocistego z Berlina (Metzerstr. 34), rozsyłany do wszystkich lekarzy w Niemczech, zawiera 2 tablice ankietowe: I-a ma dać materiał statystyczny na zapytanie, ile osób (kobiet) gruźliczych karmionych było wyłącznie piersią, — a ile mlekiem krowim. II-a dotyczy raka sutki; chodzi o przekonanie się, ile z chorych na tę chorobę karmiło piersią, a ile nie karmiło. Ankieta ta ma rozstrzygnąć sprawę, poruszoną przez Bullingera, że rak sutki jest tem częstszy, im mniej kobiet karmi piersią.

(*Now. Lek.* № 8.)

— Budowany obecnie w Berlinie szpital im. Virchowa będzie największym zakładem leczniczym w świecie. Szpital ten mieścić będzie 2000 łóżek, a liczba oficyalistów szpitala dosięga według zamierzeń poważnej cyfry 650 ludzi. Największe z istniejących obecnie szpitali liczą łóżek: eppendorfski pod Hamburgiem — 1630, wojskowy Clermont-Tonnere w Brest—1179, Moabit w Berlinie—930, Elżbiety w Budapeszcie—804, Rudolfa w Wiedniu—800, The London fever Hospital—766. Szpital im. Virchowa ma być ukończony do wiosny 1906 r. (Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie posiada 600 łóżek. Red.)

(*R. Wrac.* № 42).

— Z powodu głośniejszej sprawy milionera amerykańskiego Crockera ze znanym chirurgiem Doyenem o zwrot 100000 fr. za leczenie *Gazette médic. de Paris* (№ 41, 42, 43) przytacza cały szereg wysokich honoraryów. Wyjmujemy niektóre dane: Kussmaul, wezwany do syna bankiera Hirscha, otrzymał 100000 fr. za jeden dzień czuwania przy chorym. Honorarium Guyona za operację, wykonaną w Rzymie, wyniosło 100 tysięcy franków, a Mac Burney za operację przy appendicitis policzył sobie 350 tysięcy. Miliarderzy amerykańscy na ogół płacą lekarzom olbrzymie sumy. Tak np. Jay Gould dawał swemu lekarzowi 3000 f. szt. (30000 rub.) rocznie, a za leczenie córki w ciągu 2 miesięcy wypłacił 18000 funtów. Pewien lekarz z Filadelfii, wezwany do San-Francisco, otrzymał należność w kwocie 25000 dolarów (50000 rubli). I w praktyce położniczej bywały wysokie honoraria. Lekarz cesarzowej Eugenii otrzymał 50000 fr. za operację położniczą, niewiele jako od cesarzowej, jeśli się zważy, że pani Van de B. zapłaciła za podobny zabieg 200 tysięcy. Rozwiązanie córki Dom Pedra kosztowało 250 tysięcy franków (Prof. Depaul). Ostatnie honorarium lejb-akuszerki prof. Otta w Petersburgu wyniosło 120 tysięcy rubli. Są to oczywiście honoraria wyjątkowe. W warunkach przeciętnych płaci się w Paryżu za większą operację 5000 fr., należność dochodzi niekiedy do 10, 15 a nawet i 20 tysięcy franków. Poniżej 3000 franków żaden szanujący się

operator nie wykona laparotomii w praktyce prywatnej. Jakżeż mizerne są w porównaniu honorarya nasze!

— Znakomite dzieło Pozziego „Choroby kobiece” znalazło tłumacza w osobie kol. Z. Monsiorskiego, druk dzieła wkrótce zostanie rozpoczęty w „Bibliotece Lekarskiej.”

(*Kron. Lek.* № 15.)

WIADOMOŚCI OSOBOWE.

MIANOWANI:

Prof. *Menge*—kierownikiem kliniki ginekologicznej w Erlandze.

Prof. *Fraus*—kierownikiem kliniki ginekologicznej w Jenie.

ZMARLI:

Dr. John M. *Duff*, professor położnictwa i ginekologii w Western Pensylwania Medical College.

Dr. Henry D. *Ingraham*, Buffalo, ginekolog, członek American Association of Obstetricians and Gynaecologists.

Dr. Thomas *Murray* Drysdale, jeden z członków założycieli Towarzystwa Ginekologicznego Amerykańskiego (American Gynaecological Society), prezes Towarzystwa Położniczego w Filadelfii, lat 72.

Dr. *Massen*, prof. ginekologii i położnictwa w Odessie.

Dr. Czesław *Ulma*, znany dermatolog, we Lwowie. Próż liczyh prac z zakresu swej specjalności, wydał w 1900 r. monografię p. t. „Popęd pleiowy i niektóre jego zbroczenia.”

Prof. *Tillaux*, sławny chirurg i anatom francuski, w Paryżu, lat 70.

Prof. Niels *Finsen*, wynalazca metody leczenia światłem, zmarł po długiej chorobie w Kopenhadze, w 43-cim roku życia.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA

WILLIAM R. PRYOR

1858 — 1904.

Profesor ginekologii w New York Polyclinic Medical School William Pryor zmarł w 46 roku życia, rze-



można na stanowisku. Po wykonaniu w ciągu jednej nocy trzech laparotomij (d'urgence) zemdlł i po upływie dni paru zakończył życie, jak się zdaje, z powodu ostrej niedomogi serca. Urodzony dnia 31 października 1858 r. w Richmond, w stanie Wirginii, po chlubnem ukoń-

czeniu nauk osiadł na stałe w Nowym Yorku, gdzie dzięki głębokiej wiedzy i wybitnym zdolnościom operatora zasłynął wkrótce jako jeden z pierwszych ginekologów. Dzielny i ruchliwy prof. Pryor nie poprzestawał na wykładach z katedry profesorskiej, będąc jeńcześnie ginekologiem-konsultantem szpitali nowojorskich: St. Vincent Hospital, New York City Hospital, St. Elisabeth's Hospital, prócz własnego oddziału, który prowadził w New York Polyclinic Hospital. Pozatem był członkiem założycielem Towarzystwa międzynarodowego ginekologów i położników, członkiem Akademii lekarskiej w Nowym Yorku, Towarzystwa położniczego i Towarzystwa Lekarskiego nowojorskiego etc.

Zostawił po sobie znaczną puściznę literacką. Nie będziemy jej wliczali szczegółowo, przypomnimy tylko, iż zeszyt wrześniowy *Ginekologii* zamieścił ocenę ostatniej większej pracy Pryora p. t. „Gynaecology.“ Przedwczesna śmierć zabrała jednego z najdzielniejszych lekarzy i uczonych. Cześć Jego pamięci! c. s.

VII.

ZAPISKI LECZNICZE

Katgut jodowy. Katgut t. zw. jodowy, przygotowany sposobem Claudiusa, cieszy się już obecnie znaczną popularnością w kołach chirurgów i ginekologów. W rzeczy samej, jak to mogłem stwierdzić, jest to doskonały materiał do szycia, zwłaszcza w chirurgii brzusznej: od dłuższego już czasu nie stosuję jedwabiu ani do przewiązek na naczynia krwawiące, ani jako przewiązek na więzy szerokie i kikuty po owaryotomiach, ani do przykrywania powierzchni obnażonych otrzewną (peritonizacyi). Wyjątek stanowią jelita, które, jak przedtem, szyję jedwabiem. Przy zespoleniu powłok brzusznych używam również katgotu jodowego, a to dla zeszywania otrzewnej i powięzi (szwem ciągłym) każdej oddzielnie; skórę zeszywam silkwormgutem, a w braku jego jedwabiem. Sposób przygotowania katgotu według Claudiusa jest nader prosty i zaleca się do największego rozpowszechnienia.

1) Przygotowujemy roztwór jodku potasu i jodu w wodzie podług przepisu: Kalii jodati, Jodi puri aa 1.0 Aq. destillatae 100,0; w tym celu wysypujemy jodek potasu do moździerza porcelanowego, rozpuszczamy w niewielkiej ilości wody i dosypujemy jodu krystalicznego, wciąż rozcierając i dolewając wody.

2) Nawijamy katgut na tafelki szklane o brzegach zaokrąglonych, jedną warstwą i niezbyt ściśle.

3) Tafelki z nawiniętym katgutem zanurzamy do roztworu jodowego. Po *ośmiu* dniach katgut jest zdatny do użytku.

Pod wpływem jodu następuje szybko odkażenie katgotu a jednocześnie nabiera on miękkości i mocy. W roztworze jodowym katgut może być przechowywany długo, pół roku i więcej, byle co 1 — 1½ miesiąca zmieniać płyn na świeży. Czynieć to należy ze względu, iż z biegiem czasu część jodu ulatnia się, a katgut pod wpływem działania wody przy zmniejszonej ilości jodu traci na trwałości. Płyn nieświeży ma barwę złotawo-żółtą, gdy przygotowany niedawno jest ciemno-wiśniowy.

Naczynia szklane z katgutem jodowym należy przechowywać oddzielnie, nie w szafce z narzędziami, gdyż te pod wpływem jodu ulegają zniszczeniu.

Katgut jodowy, użyty do szwów pogrążonych i w jamie

brzuszej, wchłania się dość wolno. Claudius przyjmuje, iż wessanie następuje w ciągu 10—14 dni. W przypadkach Zimmera po 14 dniach katgut był tylko do połowy wessany, a po 19 dniach były jeszcze widoczne spore resztki. Na skórze wchłanianie odbywa się szybciej, a to z powodu łatwego ulatniania się jodu i zmniejszonej przez to trwałości katgotu.

C. S.

Heroina w ginekologii. Elischer zastosował heroinę w postaci tamponów, zmoczonych w 1‰ glicerynowym roztworze. Przy podrażnieniu otrzewnej skutkiem wstępującej rzeżączki, *peri i parametritis*, zapaleniach przydatków bóle ustępowały dość szybko; działanie, kojące ból, było również wybitne w niektórych przypadkach raka macicy. Niepomyślnych następstw po stosowaniu heroiny nie spostrzegano.

Now. Lek. № 8.

Ergotina styptica Egger. Pod tą nazwą zaleca Hajos extractum fluidum secalis cornuti z dodatkiem 5‰ styptycyny przy zaburzeniach w miesiączkowaniu. Dawka: po 10—15 kropeł kilka razy dziennie.

Now. Lek. № 7.

Weronalizm. Mianem tem określono nawykowe użycie weronalu, środka nasennego, o którym pisaliśmy w № 3 *Ginekologii*. Niebezpieczeństwo weronalizmu objaśnia się tem, że doskonały ten środek, zażyty wśród dnia, sprowadza stan przyjemny, podobny do lekkiego odurzenia wyskokowego. Na szczęście środek ten nawet w dawkach większych jest względnie nieszkodliwy. Potwierdza to przypadek Landenheimerera. Pewien morfinista wyżył w ciągu 2-ech miesięcy 250,0, stał się weronalistą, lecz żadne zaburzenia poważne nie wystąpiły. Zaleca się w każdym razie większą ostrożność w powierzaniu tego leku chorym.

(Die Therapie der Gegenwart.)

Redaktor i Wydawca: Dr. Czesław Stankiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Октября 1904 г.

Druk A. T. Jezierskiego, Nowy-Świat 47.



Zakład TEOFIŁA PETZA w Warszawie Chmielna 12.

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

Prywatny Zakład Ginekologiczny D-ra Czesława Stankiewicza Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny. Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka. — 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 położna i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie od umowy. Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40. Dla osób niezamężnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu Nr 1846.

KRONIKA LEKARSKA Dwutygodnik, poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich.

Adres Redakcyi Orła Nr 8. — Administracyi Marszałkowska Nr 99.

W r. b. wszyscy całorocznii prenumeratorzy otrzymają premium:
Dr. med. W. Moraczewski „Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych”.

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

DO NABYCIA W REDAKCYI „GINEKOLOGII”

Dr. Czesław STANKIEWICZ. **Retroversio-flexio uteri.** Praca nagrodzona na konkursie imienia Konitza. Str. 196, rycin 9.

Cena niższa Rb. 1, z przesyłką Rb. 1.20

Krytyka Lekarska

Pismo miesięczne.

ZAWIERA:

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

Redakcja i administracja w WARSZAWIE,
NOWO-SENATORSKA 6.

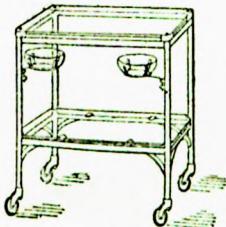
Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

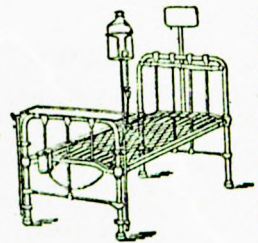
w WARSZAWIE

Fabryka ul. Ciepła № 12.

Magazyny {
WARSZAWA, ul. Grzybowska Nr 19.
PETERSBURG, ul. Morska Nr 15.
MOSKWA, ul. Wielka Łubinka,
dom Tow. Ubezpiecz. „Rosya”.



№ 1022



№ 540



Poleca przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych, oraz gabinetów lekarskich, a mianowicie:

Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie, i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kołach dla chorych i t. p.

wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19.

==== Ceny niskie. — Katalogi ilustrowane gratis franco na żądanie. ====

Nadesłano do Redakcyi.

- Dr. Franz von Neugebauer.** 103 Beobachtungen von mehr weniger hochgradiger Entwicklung eines Uterus beim Manne (Pseudohermaphroditismus masculinus internus) nebst Zusammenstellung der Beobachtungen von periodischen regelmässigen Genitalblutungen, Menstruation, vikariierender Menstruation, Pseudomenstruation, Molimina menstrualia usw. bei Scheinzwittern. Leipzig. Verlag von Max Spohr, 1904.
Odbitka z *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*. Str. 109.
- Dr. Józef Jaworski.** Wpływ warunków higienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu. Odczyt w Wydziale higieny zawodowej Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Warszawa. Druk Synów St. Niemiry. Str. 19.
- Dr. Bruno Wojciechowski.** Dziesięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodniego ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. H. Jordana. Kraków. Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego. 1903.
Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego*. Str. 46. Rycin 9.
- D-rzy Kazimierz Dłuski i Zdzisław Czaplicki.** Działalność Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 10 listopada 1902 r. do dnia 30 kwietnia 1904 r.
Odbitka z *Medycyny* Str. 6.
-

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 redakcyi, mogą otrzymać „Ginekologię” za połowę ceny.

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