

# 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 Zarowia.

**ZYGMUNT MONSIORSKI**

lekarz ambulatoryjum chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

**FRANCISZEK NEUGEBAUER**

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangelickiego.

**TOMASZ REUTT**

ordynator oddziału ginek. Szpit. Praskiego

**JAKÓB ROSENTHAL**

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

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

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

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

WSZYSTKIE ARTYKUŁY SĄ PŁATNE.

Première année. Novembre 1904. № 10.

**GINEKOLOGIA**

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE  
GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

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

I Jahrgang. November 1904. № 10.

**GINEKOLOGIA**

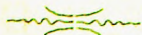
POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GY-  
NÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

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

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



# Cukier mleczny

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

**Skład w Aptece K. WENDY**

W WARSZAWIE.

APTEKA  
w Warszawie

K. WENDY

Posiada na składzie:

SUROWICE przeciwbloniczą  
SUROWICE przeciwgronkowcową  
SUROWICE przeciw paciorkowcową  
SUROWICE przeciw tężcową  
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. Kuszkowskiego**

w Jabłonie pod Warszawą

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH  
APTEKACH I SKŁADACH APTECZ

ŻADAĆ WSZĘDZIE JABŁOŃSKIEGO  
EKSTRAKTU SOSNOWEGO



# JULIA Szoberowa

w WARSZAWIE, ŻÓRAWIA 7

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

Specjalnie Sale Operacyjne

i t. p. ubikacje

z warstwą jednolitą, podobną do emalii, wytrzymałą zmywaną 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 Świącickiego**

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 debic księgarnia Wendego i Sp. w Warszawie; w Wilnie księgarnia Zawadzkiego; w Kijowie księgarnia Idzikowskiego; w Petersburgu księgarnia Grendyszynskiego; 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 anatomo-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, Kuniewicza, 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 Wata, Gazę hydr. i jodoformową, Katgut jodowy i ligatury, Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyologic. roztwór soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyczne zamknięcia do Irrygorów i t. d. poleca

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

Wyprawki połogowe po 70 kop. (szczęotka, serwetki do krocza, 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. Żurakowskiego.

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

# GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM  
I POŁOŻNICTWU

## T R É Ś Ć.

- I. PRACE ORYGINALNE.
- A. Czyżewicz jun.**, Lwów. Kilka słów o ostrym obrzęku szyi macicznej podczas ciąży, porodu i pogoju (z rysunkiem) . . . . . 545
- T. Boryssowicz**, Warszawa. Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego, względnie całego kanału szyi macicznej (z rysunkiem) . . . . . 567
- T. Piotrowski**, Kraków. Poród u kobiety z miednicą kręgozmykową (z 5 rysunkami) . . . . . 577
- II. SPRAWOZDANIA.
- J. Veit. O unikaniu wymóżdżenia żywych płodów. — R Müllerheim. O nalożeniu kleszczy przy położeniu posładkowym — A Ostrčil Przyczynek do anatomii drobnowidzowej ciąży jajowodowej. — Worrall. Równoczesna ciąża maciczna i jajowodowa. — F. F Simpson Równoczesna ciąża maciczna i pozamaciczna — W. Nieberding Przyczynek do kazuistyki przepuklin oponowych krzyżowych przednich. — M Lop. Krwotoki żołądkowo-kiszczkowe u noworodków. . . . . 585
- III. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.
- Sekcja Ginekologiczna Warszawska. . . . . 595
- IV. FELIETON.
- Echa „Głosu na puszczy”. — Nieco o wypracowaniach lekarskich, przez VERUSA . . . . . 598
- V. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. . . . . 599
- VI. ZAPISKI LECZNICZE.
- Wypalanie zapomocą spirytusu. — Azbest zamiast waty. — Pro-targol przy leczeniu zapalenia śluzówki macicy. — Wyciąg z gruczolu tarczowego przy drgawkach porodowych. — Eserinum salicylicum po laparotomiach. — Species gynaecologicae Martin. — Liquor sedans. — Maść Credégo przy mastitis. — O działaniu trującym urotropiny. — Helmitol. — Arhowina . . . . . 601
- VII. OGŁOSZENIA.

*Ano 206/53/20*

## SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.  
Quelques mots sur l'œdème aigu du col utérin pendant la grossesse, pendant l'accouchement et les couches, par M. A. Czyżewicz jun. (de Lwów).  
Dilatation permanente plastique de l'orifice utérin interne ou du col entier rétréci ou oblitéré, par M. T. Boryssowicz (de Varsovie).  
Accouchement chez une femme au bassin rétréci par le glissement vertébral (Spondylolisthesis), par M. T. Piotrowski (de Cracovie).
- II. ANALYSES.  
J. Veit, R. Müllerheim, A. Ostrčil, Worrall, F. F. Simpson, W. Nieberding, M. Lop.
- III. SOCIÉTÉS MÉDICALES.  
Section gynécologique de Varsovie.
- IV. FEUILLETON, par Verus.
- V. NOUVELLES.
- VI. NOTES THÉRAPEUTIQUES.
- VII. ANNONCES.

## INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.  
Einige Worte über acutes Oedem des Mutterhalses während der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes, von A. Czyżewicz jun. (Lemberg).  
Bleibende plastische Erweiterung des inneren Muttermundes, bezw. des gesammten Mutterhalses bei Stenose oder Atresie, von T. Boryssowicz (Warschau).  
Eine Geburt bei spondylolisthetischem Becken, von T. Piotrowski (Krakau).
- II. REFERATE.  
J. Veit, R. Müllerheim, A. Ostrčil Worrall, F. F. Simpson, W. Nieberding, M. Lop.
- III. AERZTLICHE GESELLSCHAFTEN.  
Warschauer gynackologische Sektion.
- IV. FEUILLETON, von Verus.
- V. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- VI. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
- VII. ANNONCEN.

# I.

## PRACE ORYGINALNE

Z. c. k. Szkoły położnych Prof. Dr. Adama Czyżewicza we Lwowie.

---

### Kilka słów o ostrym obrzęku szyi macicznej podczas ciąży, porodu i położu

podał

Dr. ADAM CZYŻEWICZ junior

*Asystent szkoły.*

---

W r. 1872 opisał francuski lekarz Guéniot chorobę, naówczas nową i nieznaną, wyodrębnił ją przy pomocy typowych objawów i nazwał „Allongement oedémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement.“ Równocześnie podał kilka przypadków, które mógł odszukać częścią z literatury, częścią zaś z własnej obserwacji. Pomimo tego jednak nie było przez długi czas żadnych publikacyj o tej nowej postaci chorobowej. Dopiero w r. 1889 ukazała się notatka Misrachiego, podająca jeden przypadek, a w r. 1895 monografia A. Geyla<sup>1)</sup> z dwoma nowymi spostrzeżeniami, polemizująca w drobniejszych szczegółach z Guéniotem, ale w całości potwierdzająca jego wywody. Wreszcie istnieje z r. 1897 opis jednego przypadku Meyera<sup>2)</sup>. Potem znalazłem w piśmiennictwie<sup>3)</sup> tylko pobieżne wzmianki o znanych już przypadkach: widocznie więc albo zdarzały się one nadzwyczaj rzadko, albo też nie były obserwowane i ogłaszane. W piśmiennictwie polkiem nie znalazłem wzmianki o obrzęku ostrym szyi macicznej podczas ciąży, porodu lub po-

---

1) A. GEYL. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. № 128 z r. 1895.

2) H. MEYER. Centr. f. Gynaekologie z r. 1897, № 35, str. 1056.

3) OLSHAUSEN-VEIT. Lehrbuch der Geburtshülfe z r. 1902, str. 337 i 461.

łogu, a w przeważnej ilości podręczników zaledwie krótkie notatki drobnym drukiem. Sądzę więc, że wobec tego stanu rzeczy jest obowiązkiem podawać do wiadomości spostrzeżenia, dotyczące tej dotąd jeszcze nadzwyczaj zawilej sprawy.

W tutejszej c.-k. Szkole położnych miałem sposobność przypatrzeć się dokładnie wyż wzmiankowanej anomalii. Oto pokrótce odnośna historia choroby:

K. B., 35-letnia żona stróża, nie ronila nigdy, rodziła 2 razy: 23 Listopada 1898 r. i 8 Listopada 1901 r. W czasie pierwszej ciąży nie miała początkowo żadnych nieprawidłowości, spokojnie więc oczekiwała rozwiązania. Dopiero w ostatnich miesiącach ciąży występowały, na pozór bez żadnej przyczyny, głuche, bliżej nieokreślone bóle w krzyżach i w dole, coś jakby jednostajne ciśnienie w całej miednicy. Bóle te budziły nawet czasami obawę przedwczesnego porodu i zmuszały pacjentkę do położenia się do łóżka, ustępowały one wtedy w krótkim czasie bez leczenia, nie wywołując żadnych poważniejszych skutków. Wystąpienia macicy przed części rodne zewnętrzne nie było w tych czasach nigdy. Pokazało się ono dopiero nagle podczas porodu w takim stopniu, że chociaż nie sprawiało bólów ani zbyt nich dolegliwości, zmusiło przecież chorą do wezwania lekarza. Okazało się wtedy, że z powodu „spuchnięcia“—jak chora podaje—wypadniętej „macicy“ poród przeciągał się w nieskończoność i wyczerpał siły rodzącej całkowicie. Dopiero po obustronnych głębokich nacięciach wypadniętej szyi macicy została przeszkoda usunięta i dalszy poród nie przedstawiał już żadnych trudności. Siłami natury urodziło się żywo dziecko, które żyło 2 lata.

Połów odbył się prawidłowo. W bardzo krótkim czasie cofnęła się „macica“ nazad i odtąd właściwie już nie wypadła. Czasami tylko, w pierwszych dniach po porodzie, występowało uczucie, jakby jakieś ciało obsuwało się do szpary sromowej. Później i to uczucie zginęło zupełnie.

Następna ciąża przebiegała prawie bez dolegliwości. Przy końcu przyszło tylko raz czy dwa razy do uczucia parcia ku dołowi, połączonego z nieznacznymi bólami, które samo ustąpiło. Poród odbył się prawidłowo, siłami natury, w obecności tylko położnej, bez jej pomocy. Po porodzie stan ten sam, co przedtem.

W początkach obecnej ciąży stan nie zmienił się wcale. Ostatnia regularność w styczniu 1903. Daty pocucia ruchów płodu ani dnia zastąpienia chora nie umie podać. Dopeiro



w drugiej połowie ciąży zaczęło nanowo występować uczucie pełności w miednicy, połączone z nieznacznymi bólami w krzyżach i dołem, parciem na stolec i utrudnieniem oddawania moczu. Uczucie to zjawiało się nagle, bez żadnej pozornie przyczyny, i ustępowało szybko samo po położeniu się do łóżka. W ostatnim miesiącu przychodziły te napady częściej niż dawniej i kilka razy przeszły zwykłą miarę. Wtedy chora uczuwała nagle ulgę w ciśnieniu i zarazem spostrzegła, że ze szpary sromowej wysuwał się miękki, elastyczny obrzęk wielkości jaja, który dawał się wprawdzie napowrót wprowadzić do pochwy, nie dawał się jednak w niej utrzymać. Odprowadzenie takie było połączone z bólami.

Chora niewiele sobie z tego robiła i lekarza nie wzywała. Kładła się tylko do łóżka i zachowywała spokojnie. Przy takim postępowaniu cofał się guz w krótkim czasie, a zarazem ustępowały dolegliwości.

8 października 1903, o g. 11 przed południem, pękł nagle pęcherz płodowy, i wody odeszły. Przyczyny tego odpływu chora nie umie podać, wie tylko, że podówczas nie miała jeszcze bólów porodowych i że wypadnięcia macicy nie było. W parę jednak godzin później pokazał się guz w szparze sromowej, tym razem prawie bez żadnych dolegliwości. Pomimo położenia się do łóżka nie cofał się, ale nie powiększał się także.

9 października wystąpiły bóle porodowe. W ślad za tem zaczął się wypadnięty guz powiększać i od tej chwili rość bardzo szybko. O odprowadzeniu nie było i mowy, położenie się do łóżka nie pomagało, parcie na mocz i stolec zwiększało się ciągle, a przy każdym bólu wysuwał się guz coraz bardziej na zewnątrz. Zaniepokojona tem pacjentka postanowiła szukać pomocy lekarskiej i zgłosiła się w tym celu do Zakładu.

Badanie przedmiotowe wykazało:

Chora 148 cm. wysoka, wątłej budowy, licho odżywiona, bez obrzęków i żyłaków i bez jakichkolwiek zniekształceń układu kostnego. Sutki nieduże, obwisłe, z dobrze rozwiniętym gruczołem mlecznym. Brzuch jednostajnie wypukłony pod i nad pępkiem, z wyraźnymi bliznami i rozstępami porodowymi. Wymiary jego wynosiły:

największy obwód . . . . .	85 cm.
obwód przez pępek . . . . .	83 cm.
od pępka do wyrostka mieczykowatego . . . . .	20 cm.

od pępka do spojenia . . . . .	19 cm.
od pępka do kolca przedniego górnego prawej kości biodrowej . . . . .	21 cm.
od pępka do kolca przedniego górnego lewej kości biodrowej . . . . .	21 cm.

Wyraźne, silne bóle porodowe. Dalsze badanie wykazało macicę, sięgającą dnem na 4 palce powyżej pępka, a w niej płód w położeniu czaszkowem II, przyczem nad spojeniem łonowem główki już nie można było wyczuć, tylko barki płodu. Tętno płodu po stronie prawej, pod pępkiem,  $120/\text{min}$ .

Wymiary miednicy wynosiły:

D. spinalis . . . . .	26 cm.
— cristalis . . . . .	29 cm.
— trochanterica . . . . .	32 cm.
Conj. externa . . . . .	19 cm.
— vera . . . . .	9—9 $\frac{1}{2}$ cm.

Z szeroko rozwartej szpary sromowej sterczał guz co najmniej wielkości głowy dziecka, robiący na pierwszy rzut oka wrażenie wypadniętej, silnie obrzmiałej przedniej ściany pochwy. Dopiero po uniesieniu go nieco ku górze widać było wyraźnie, że składał się z dwu części, przedzielonych poprzeczną bruzdą, i że odpowiadał znacznie powiększonej części pochwowej resp. szyi macicy. Część przednia, odpowiadająca przedniej wardze, była większa od tylnej, przez co wysuwała się w zwykłym położeniu na pierwszy plan. Cały guz był dosyć miękki, elastyczny, sinoczerwony, połyskujący, napięty. Za uciskiem palca powstawał na nim dołek, który się jednak prędko wygładzał. W dolnej swej części, ponad ujściem zewnętrznem macicy, guz był pokryty napiętą, nieruchomą błoną śluzową, która przechodziła ku górze w bledszą, nieco przesuwalną ścianę pochwy, a raczej wygładzone sklepienie. W głębi poza szparą sromową cały guz był mniejszy, walcowaty.

Pochwa prawie zupełnie wyciowana; pozostawał zaledwie naokoło dołek, prawie 1 cm. głęboki, leżący tuż za szparą sromową. Sklepienie to sztuczne było w tyle nieco głębsze niż z przodu.

Pomiędzy obu połówkami guza widać było owalną, 6—7 cm. długą szparę, ułożoną skośnie od przodu i strony lewej ku tyłowi i stronie prawej, znacznie głębszą po prawej stronie. Obok niej na tylnej wardze dwa miejsca wielkości bobu, pokryte nalo-

tem zgorzelinowym, ściśle przylegającym do tkanek. Brzęgi szpary zawinięte z powodu znacznego obrzęku do środka, przez co ujście zewnętrzne macicy, rozwarte tak dalece, że dozwalało na wprowadzenie ręki do szyi, leżało nieco głębiej. Kanał szyi długi na 10—12 cm., o ścianach w całej swej długości mocno napiętych, gładkich, miernie twardych. Ujścia wewnętrznego nie można było odnaleźć. W górze szyi, na wysokości wychodu miednicy, leżała niewielka główka płodu z małym przedgłowiem, bez błon płodowych. Szew strzałkowy w wymiarze prostym, ciemię małe pod spojeniem łonowym.

Cewka moczowa, wysunięta ku przodowi, była w swej średniej części uciśnięta przez guz i część poprzedzającą płodu. Stąd zatrzymanie moczu w pęcherzu, znacznego stopnia.

Mocz bez zmian.

Mieliśmy więc do czynienia z zaniedbanym porodem przy miernie płaskiej miednicy i z obrzękiem ostrym części pochwowej i nadpochwowej macicy.

Przy opisanym stanie poród odbyć się mógł bez pomocy wtedy tylko, jeśli obrznięte, wypadnięte części macicy poddały się uciskowi napierającej główki i przepuściły ją bez uszkodzeń lub, co prawdopodobniejsze, z uszkodzeniami. W każdym razie urodzenie się dziecka musiało tu napotkać znaczne przeszkody. Nawet w najlepszych warunkach poród taki musiał się przeciągać i wywołać niebezpieczeństwo dla życia dziecka, bo główka była zapewne silnie uciśnięta przez kości miednicy i przez obrzękłe części miękkie. Niebezpieczeństwo groziło również i matce. Rodząca się główka zaklinowała sobą i kośćmi miednicy ściany dolnej części macicy, utrudniając w wysokim stopniu krążenie krwi i chłonki (limfy) w części zaklinowanej. Wskutek tego zwiększał się obrzęk stałe, a obumarcie tkanek mogło łatwo doprowadzić do przetoki moczowej lub nawet do oderwania od macicy zmiażdżonej części pochwowej. W dodatku poród nie postępował całkiem. Bóle słabły, stawały się coraz rzadsze i krótsze, chora wyczerpana przestawała je wyrabiać (secundäre Wehenschwäche).

Założyłem kleszcze Fritscha i kilku trakeyami przeprowadziłem główkę najpierw do wypadniętej szyi, a stąd na zewnątrz. Różnicą od zwykłych kleszczy było tylko, że podczas pociągania trzeba było zesuwać szyję macicy z główki dziecka i łyżek kleszczy, aby nie wywołać oderwania, i że naturalnie odpadła ochro-

na krocza, które było poza polem operacyjnym. Okres drugi porodu nie istniał właściwie, bo wprost z jamy macicy wydostał się płód na świat, omijając pochwę kompletnie.

Pępowinę znalazłem okręconą koło szyi dziecka w ten sposób, że nie można jej było zesunąć; przeciąłem ją in situ i ukończyłem poród.

W brzegach ujścia powstały podczas przerzynania się główki po obu stronach powierzchowne, około  $\frac{1}{2}$  cm. głębokie, a 1—2 cm. długie naddarcia, które nie wymagały żadnego wkroczenia sztuki, zwłaszcza że krwawienie było nieznaczne.

Po wydobyciu dziecka wystąpiły silniejsze bóle i w 15 minut wyparły odklejone łożysko do szyi macicy, gdzie się zatrzymało; wydobyłem je ręką, poczem wprowadziłem wypadnięty guz do pochwy, co chora zniosła nadspodziewanie dobrze, i podtrzymałem go tamponem z gazy jodoformowej.

Urodzone dziecko płci męskiej, słabe, niedonoszone, żyło tylko 48 godzin. Ciężar jego wynosił 2500 gr., długość 45 cm., obwód barków 31 cm., obwód główki 33 cm., d. fronto-occipitalis 11 cm., d. mento-occipitalis 13 cm., d. suboccipito-bregmaticus 9 cm., d. biparietalis 8 cm., d. bitemporalis 7 cm.—Pępowina, zaledwie 39 cm. długa, była przyczepiona w odległości kilku cm. od brzegu łożyska; łożysko 20 cm. długie, a 15 cm. szerokie, ważyło 550 gr.

W 36 godzin po porodzie wyjąłem tampon. Część pochwowa nie była już większa od kurzego jaja i utrzymywała się sama w pochwie. W 8 dni później była całkiem normalna, z wrębkami po obu stronach ujścia, bez przerostu. Przed szparę sromową nie wypadła, a podczas parcia obniżała się zaledwie nieznacznie. Podmiotowo nie było żadnych dolegliwości.—

Podam powyższą obserwację możliwie szczegółowo dlatego, że jest to zbiór objawów, który rzadko się widzi. Każde więc spostrzeżenie wymaga bardzo dokładnego opisu tem bardziej, że właśnie tę sprawę chorobową dopiero od niewielu lat wyodrębniono z grupy prolapsus uteri. Każdy nowy przypadek przynieść może drobny chociażby szczegół, pozwalający na ustalenie pochodzenia symptomatologii i terapii cierpienia.

Ostry obrzęk szyi macicy jest chorobą rzadką, tak rzadką, że wielu położników nie miało sposobności spostrzegać go w ciągu całej swej praktyki. Jak sama nazwa wskazuje, objawy chorobowe występują ostro, to znaczy nagle, lub w bardzo krótkim

przeciągu czasu, zupełnie dla chorej niespodziewanie i bez najmniejszej pozornie przyczyny. Kobiety, które nigdy dotychczas nie cierpiały na obniżenie lub wypadanie macicy, uczuwają nagle niewyraźne ciśnienie w dole brzucha i miednicy, do którego przyłącza się wkrótce nieznaczny ból w krzyżach, dalej parcie na mocz i na stolec, co jednak wszystko nie sprawia zbyt wielkiej dolegliwości. W wielu razach napad kończy się na przytoczonych objawach, zostawiając po sobie tylko wspomnienie, że było coś nieprawidłowego, i nieokreślony lęk przed powtórzeniem się sprawy. Zazwyczaj jednakże proces postępuje dalej. Ciśnienie w miednicy zwiększa się stale, jak również parcie na mocz i stolec czasami chore bezskutecznie próbują oddać stolec. Po pewnym czasie dolegliwości ustępują, i to nagle, a równocześnie wysuwa się ze szpary sromowej miękki, elastyczny guz — obrzmiała część dolna macicy. Teraz jest już dosyć miejsca dla swobodnego powiększania się guza: rozrasta się też szybko, dochodzi do wielkości głowy dziecka i nie sprawia już żadnych cierpień. Wypadnięta część przedstawia się przedmiotowo jako guz gładki, silnie napięty, połyskujący. Guz jest pokryty błoną śluzową części pochwowej, a powyżej błoną śluzową pochwy. Jego kształt jest zazwyczaj grzybowaty. Część, leżąca przed szparą sromową która może się swobodnie powiększać, jest więcej kulista, przedzielona tylko na szczycie szparą ujścia zewnętrznego macicy, mechanicznie rozszerzonego; część, leżąca w pochwie, walcowata, odpowiadająca kształtowi pochwy, przechodzi już bezpośrednio w trzon macicy. Na granicy obu tych części spostrzegano w kilku przypadkach wyraźne wcięcie, pochodzące od ucisku mięśni zwierających szparę sromową (m. sphincter cunni).

Zbitość guza jest średnio miękka, elastyczna, nie wszędzie równomierna. Najtwardszem wydaje się bezpośrednio otoczenie ujścia macicy, gdzie tkanki prawidłowo są zbite, niepodatne; nieco miększy jest guz w części środkowej, a najmniejszy w odcinku, leżącym w pochwie. Przy ucisku palcem powstaje dołek, który jednak, w przeciwieństwie do zwykłego obrzmienia surowiczego, wyrównywa się stosunkowo prędko, nie pozostawiając po sobie śladu.

Zabarwienie guza jest sino-czerwone. W niektórych miejscach jest on nieco bledszy od otoczenia i wygląda, jakby był złożony z przeświecającej, galaretowatej masy. Nastrzykniętych naczyni zazwyczaj nie widać, zabarwienie jest jednostajnie rozlane

i to w początku krwisto-czerwone, później sine, a nawet przechodzące w fioletowe.

Położenie sklepień względem guza nie było we wszystkich opisanych przypadkach dostatecznie uwzględnione. O ile mogłem odnaleźć odnośne opisy, sklepienia były zawsze obniżone, i to przednie więcej od tylnego. Należy tu zaliczyć i mój przypadek. Ten stan sklepień świadczy, że obrzęk dotyczy nie tylko części pochwowej szyi, ale także części średniej i nadpochwowej. Sklepienie przednie obniża się naturalnie więcej, bo obejmuje powiększenie części średniej i nadpochwowej, tylne mniej, bo odpowiada tylko zwiększeniu się części nadpochwowej. Zależnie od stopnia obrzmienia tych pojedynczych części znajdziemy więc sklepienia raz wyżej ustawione, innym razem niżej. Zazwyczaj obrzęk uwydatnia się najwięcej w części pochwowej szyi macicznej, znacznie mniej w uciśniętej przez pochwę części średniej, a znów więcej w nadpochwowej, leżącej już wolno w miednicy. Stąd znajdujemy w typowych przypadkach sklepienie przednie prawie tuż za szparą sromową, a tylne o 1—1½ cm. wyżej.

Kanał szyi wydłuża się naturalnie w miarę powiększania się wypadniętej części. Właściwie jednak wydłużenie to nie jest tak znaczne, jakby się można na pierwszy rzut oka spodziewać, a to z powodu, iż ujście zewnętrzne nie leży na szczycie guza, będąc wobec nierównomiernego obrzęku warg macicznych w głąb wciągnięte. W typowych przypadkach można wykazać, iż kanał szyi ma 10—14 cm. długości.

Oto w ogólnych zarysach obraz, jaki można stwierdzić w bardzo krótkim czasie po nagłym wystąpieniu dolegliwości i równoczesnym wysunięciu się guza przed szparę sromową.

Dalszy przebieg zależy od postępowania. Jeśli chora położy się zaraz do łóżka z miednicą, uniesioną nieco ku górze, najlepiej na wznak, wtedy guz zmniejsza się powoli i wstępuje napowrót do pochwy. Po niewielu godzinach badanie wykazuje zupełnie prawidłową część pochwową, na której niema nawet śladu, że niedawno tworzyła ogromny guz. Wszelkie dolegliwości ustępują zupełnie.—W przeciwnym razie guz powiększa się ciągle, i zjawiają się objawy ucisku na obrzękłe części i na narządy sąsiednie. Powstają bardzo łatwo powierzchowne otarcia nabłonka i ranki, zanieczyszczające się szybko. Dalej występuje z powodu ucisku śródtkankowego miejscowa niedokrewność niektórych części, a przy dłuższem trwaniu nawet ich obumarcie. Stąd

też znajdujemy miejsca zmartwiałe lub pokryte zgorzelinowym nalotem, ich wielkość i rozmiary zależą od nasilenia sprawy chorobowej i długości jej trwania. W miejscach najbardziej napiętych tworzą się wreszcie powierzchowne i głębsze pęknięcia, przez które wydziela się nadmiar surowiczego płynu. Te zmiany drugorzędne zacierają po pewnym czasie pierwotne, charakterystyczne cechy ostrego obrzęku i powodować mogą nawet rozległe owrzodzenia i utratę tkanek.

Ucisk na narządy sąsiednie wywołuje przede wszystkim niemożność dobrowolnego oddawania moczu i zbytne wypełnienie pęcherza. Tak samo po dłuższym czasie musiałyby wystąpić przepełnienie przewodu pokarmowego. Objawu tego w znanych dotychczas przypadkach nie dało się stwierdzić, gdyż obrzęk usunięto zawsze, nim przepełnienie jelit miało czas się wytworzyć.

Zmian następczych, t. j. miejscowej zgorzeli uciskowej narządów sąsiednich, jak to zdarza się n. p. z powodu ucisku główki w przedłużających się porodach, nie zauważono dotąd nigdy. I trudno byłoby nawet wyobrazić sobie te zmiany wobec faktu, iż obrzęk jest miękki, tak miękki, że wystarcza ucisk mięśnia, by wyźłobić na nim rowek, a ucisk pochwy, by nadać mu kształt.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa, gdy niema warunków do samodzielnego ustąpienia obrzęku, a więc spokojnego ułożenia z miednicą wyżej uniesioną, i wchodzą w grę zabiegi w celu usunięcia cierpienia. Odprowadzenie guza spotyka znaczne trudności z powodu jego wielkości i braku miejsca, a nadto sprawia chorej dotkliwy ból, jako wynik forsownego rozszerzenia pochwy ad maximum i wyparcia macicy ku górze. W kilku przypadkach stwierdzono nawet odruchowe działanie ogólne, coś w rodzaju shocku, objawiającego się jako nagłe omdlenie, które należy odnieść albo do bólu przy rozszerzaniu pochwy, albo do nadmiernego wyparcia macicy ku górze i podrażnienia wskutek tego splotu nerwów sympatycznych, leżących wokół części nadpochwowej i dolnego odcinka macicy. Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawia znany fakt, że podczas przesuwania się dziecka powstaje przecież bardzo znaczne rozciągnięcie pochwy, a niekiedy nawet pęknięcie jej błony śluzowej, a mimo to omdlenia w tym okresie porodu należą do rzadkości. Ważny to wprawdzie objaw, ale nie wystarcza jeszcze do ścisłego określenia etyologii tych omdleń; w każdym razie musimy przyjąć, że wchodzą

tu w grę i inne przyczyny, dotyczące ogólnego rozstroju nerwowego, jak hysterya, neurastenja itd.

Wynik odprowadzenia jest tylko wtedy stały, jeżeli ułożymy chorą do łóżka, a więc damy jej warunki, w których i bez zabiegu guz się cofa i znika samodzielnie.

• Tyle co do napadu pojedynczego.

Przebieg choroby jest o tyle ciekawy, że występuje ona w szeregu napadów, bez żadnej widocznej przyczyny, zazwyczaj w drugiej połowie ciąży. U kobiet nieciążarnych nie zdarzyła się dotąd nigdy.

Poród przebiega w ciągu choroby rozmaicie. W niektórych przypadkach nie zauważono nieprawidłowości, obrzęk szyi macicznej nie wystąpił, a pacjentka rodziła jakby nigdy poprzednio nie była chora. W innych, i to w przeważającej liczbie, obrzęk występuje przed porodem w silnem natężeniu, nie daje się leczeniem usunąć i stwarza trudności podczas porodu, choć ze względu na elastyczność i miękkość części wypadniętej nie tak duże, jakby się mogło wydawać. Zazwyczaj kończy się tylko na potrzebie zwiększenia naturalnych sił porodowych lub pomocy przez przytrzymanie ujścia, tylko w ciężkich przypadkach jest konieczne sztuczne ukończenie porodu. Poród taki, rzecz prosta, musi się przewlekać. Część poprzedzająca napotyka nie ujście podatne, jak zwykle, ale obrzękły zaciśnięty pierścień, który rozszerzeniu stawia większy opór niż w stanie prawidłowym. Wywołać to może niebezpieczeństwo dla życia dziecka; matce zaś grozi prócz możliwości zakażenia, bardzo łatwego wobec bezpośredniego dostępu powietrza do jamy macicy, także następcze osłabienie bólów porodowych i wszystkie skutki forsownego ściągnięcia ujścia macicy aż daleko przed szparę sromową. Lekarz, prowadzący poród, musi to wszystko dokładnie uwzględniać i odpowiednio do tego postępować.

*Rozpoznanie* nie napotyka żadnych trudności, jeśli pamięta się tylko o istnieniu tej rzadkiej postaci chorobowej. Rozpoznanie ustalić należy na podstawie szeregu objawów znamienych. Zbiór tych objawów określa już Geyl:

„Der manifest ödematöse und verlängerte Gebärmutterhals tritt plötzlich und meistens auf geringfügige Gewalt in die Erscheinung; klinisch benimmt er sich gutartig, die Beschwerden, welche er hervorruft, sind nicht selten unbedeutend, scheinen wenigstens im Missverhältniss zu stehen



zu den kolossalen anatomischen Veränderungen, und drittens, er verschwindet spontan, ohne besondere active Therapie.“

A więc:

1. Obrzęk musi wystąpić nagle, nie istnieć już poprzednio lub powiększać się powoli, z dnia na dzień;
2. przebiegać musi wśród nieznacznych stosunkowo objawów podmiotowych;
3. musi ustępować sam przez się, bez stosowania jakiegos szczególnego leczenia.

Są to cechy, określone zupełnie jasno przez autora, który rozwinął właściwie myśl Guéniota i postać chorobową, przez tamtego wykrytą, potrafił dostatecznie wyodrębnić.

*Wszystkie* przytoczone powyżej objawy winny się odnaleźć w *każdym* przypadku, który mamy zaliczyć do grupy ostrych obrzęków szyi macicznej podczas ciąży, porodu i połogu.

Przy takim pojmowaniu rzeczy pomyłka jest wykluczona. Natomiast na pierwszy rzut oka możnaby obraz chorobowy pomieszać z ostrem wypadnięciem macicy, co się czasami zdarza przy gwałtownym skoku, podźwignięciu się itd., lub z obrzmieniem, powstałym na tle istniejącego już wypadnięcia macicy częściowego albo na tle istniejącego wydłużenia i przerostu dolnej części macicy.

Nagle wypadnięcie macicy odnosi się przede wszystkim do osób nieciążarnych, bo trudno byłoby nawet wyobrazić sobie, aby macica, powiększona przez znajdujące się wewnątrz jaje płodowe, mogła się przesunąć przez kanał miednicy małej, szczególnie w drugiej połowie ciąży, kiedy najczęściej właśnie występuje obrzęk szyi macicznej. Dalej wypadnięcie takie występuje wprawdzie ostro, ma jednak zawsze wyraźną przyczynę i sprawia dolegliwości, niemożliwe do przeoczenia. Chore takie uczuwają przeszywający, silny ból, który powoduje utratę przytomności, a nawet rodzaj shocku. Odwrotnie zupełnie ma się rzecz przy ostrym obrzęku szyi macicznej, gdzie przyczyny wyraźnej niema, a nader małe dolegliwości stoją w rażącej sprzeczności z wielkością zmian anatomicznych. Wypadnięcie wymaga wreszcie energicznego leczenia, które nie zawsze prowadzi do celu; a obrzęk li spokojnego ułożenia.

Zważywszy różnice zasadnicze, nie można chyba powyższych stanów chorobowych pomieszać ze sobą. Podobnie ma się rzecz z obrzmieniem dawniej już przerosłej szyi macicznej. Tu

Tu przedewszystkiem wskażą wywiady, że przed wystąpieniem choroby istniało już obniżenie lub wypadnięcie dolnej części macicy i to w czasie, gdy chora nie była ciężarna. Cierpienia są znacznie większe, gdyż rozchodzi się o obrzęk części chronicznie zgrubiałych, niepodatnych, pokrytych grubą i twardą błoną śluzową, przerosłą pod wpływem ciągłego drażnienia od zewnątrz. Ten rodzaj obrzęku wymaga czynnego leczenia, prowadzi zazwyczaj przedwczesne przerwanie ciąży, a co najważniejsza, pozostaje po ukończeniu porodu i położu w stanie, w jakim się przedtem znajdował, i daje później wskazania do usunięcia cierpienia, które nietylko ciągle istnieje, ale nawet powiększa się z biegiem czasu.—Chyba zupełnie inny obraz, jak przy ostrym obrzęku szyi macicznej, gdzie w krótkim stosunkowo czasie po napadzie nie znajdujemy już najmniejszych zmian części dotyczących tak co do zmian anatomicznych, jak położenia i wpływu na sąsiednie narządy.

*Etyologia* ostrego obrzęku dolnej części macicy nie jest dotychczas wyjaśniona, a to dlatego, że z jednej strony nie można bezwzględnie wykluczyć przypuszczenia, iż choroba powstaje na tle jakichś swoistych drobnoustrojów, żyjących może i stale pośród bujnej flory pochwy kobiecej, z drugiej dlatego, że nie udało się dotąd uwydatnić objawów i faktów, któreby dały praktyczne rozwiązanie tej naogół zawilej kwestyi. Zmuszeni więc jesteśmy rozumować teoretycznie i tłumaczyć stan chorobowy zapomocą przypuszczeń, które wprawdzie dają wyjaśnienie pojedynczych objawów, lecz nie są i prawie nie mogą być stwierdzone namacalnymi faktami. I tak, według Geyla, obrzęk powstaje z powodu załamania się niejako macicy w miejscu, tworzącem granicę między trzonem a szyją, w ten sposób, że kąt od przodu między nimi staje się maksymalnie ostrym, wskutek czego naczynia tu położone zaginają się, powodując poważne zaburzenia w krążeniu. Do zrozumienia tej hipotezy konieczne jest bliższe rozejrzenie się w odnośnych stosunkach anatomicznych.

Macica otrzymuje soki odżywcze drogą tętnicy nasiennej (art. spermatica), która dochodzi tylko do trzonu, i drogą tętnicy macicznej. Ta ostatnia przebiega z boku, tuż powyżej sklepień, poprzecznie i dzieli się na dwie gałązki: dolną, zaopatrującą część pochwową, średnią i ewentualnie nadpochwową, i górną, potężniejszą, która dochodzi do boku macicy poniżej ujścia wewnętrznego. Tu zagina się ku górze i, biegnąc pokręcona tuż obok trzo-

nu, doprowadza do niego liczne drobne gałązki, często łączące się z sobą i z naczyniami, odchodzącymi od tętnicy nasiennej. Wszystkie te gałązki przechodzą po krótkim przebiegu w naczynia włosowate, a te znowu w żyłki, łączące się w sieć, prowadzącą krew zużytą do v. hypogastrica. Naczynia chłonne dolnej części macicy zbierają się zazwyczaj w grubsze pnie, leżące po bokach macicy, w więzadłach szerokich, poniżej górnej granicy szyi, a nadto łączą się z naczyniami trzonu w rozległe sploty.

Uwzględniając powyższe stosunki anatomiczne, można bardzo łatwo wyrozumować, co stać się musi, jeżeli trzon macicy opadnie ku przodowi bez równoczesnego cofnięcia się w tył szyi, jeżeli więc przyjdzie do zagięcia w okolicy ujścia wewnętrznego. Przedewszystkiem zaciska się odrazu górna gałązka tętnicy macicznej. Powoduje to zwiększone ciśnienie krwi w całym pozostałym obszarze, zaopatrywanym przez tę tętnicę, a więc we wszystkich gałązkach, odchodzących poniżej miejsca zagięcia, to jest w całe, dolnej części macicy. Ciśnienie to przenosi się z natury rzeczy i na naczynia włosowate, a mogłoby tylko być wyrównane przez wzmoczenie odpływu krwi drogą żył. Tymczasem żyły nietylko nie są w stanie podołać temu zadaniu, lecz przeciwnie działają nawet gorzej, bo cały ich szereg, biegnący tuż obok szyi macicznej, staje się wskutek załamania również niedrożny. Jednym słowem wzrasta się dopływ krwi tętniczej i ciśnienie w tętnicach i naczyniach włosowatych, a zmniejsza i utrudnia odpływ krwi, ergo podnosi się ciśnienie i w żyłach. W całym odnośnym obszarze występuje znaczne przekrwienie i zastój krwi, które powiększają się tak długo, dopóki trwa ich przyczyna.

Naczynia chłonne nie wchodzą tu prawie w rachubę. Wprawdzie i ich część pada ofiarą ucisku, pozostają jednak grube pnie po bokach, leżące swobodnie w więzadłach szerokich poniżej miejsca zagięcia: te przynajmniej na początku sprawy mogą się łatwo usunąć i nie podlegają uciskowi.

Skutkiem nadmiernego ciśnienia i zastojów krwi jest zwiększenie ciśnienia wśródtkankowego, a co za tem idzie, wzmoczona produkcja chłonki (limfy), nawet przepacanie się pojedynczych składników krwi wprost przez ściany naczyń do okolicznych tkanek. Wytwarza się obrzęk surowiczy, który pogarsza jeszcze sprawę, powodując powiększenie objętości szyi macicznej, a przez to ucisk tem większy na naczynia. Coraz więcej naczyń ulega zamknięciu, w końcu przestają działać pnie naczyń chłonnych,

i obrzmiałe części tracą ostatnie drogi odpływu. Jasną jest rzeczą, iż obrzęk powiększa się teraz szybko i łatwo.

Należałoby jeszcze wytłumaczyć, dlaczego nieuciśnięte naczynia chłonne nie są w możności zaraz w początku usunąć obrzęku zwiększoną pracą. Dzieje się to dlatego, iż wessanie i odprowadzenie chłonki odbywa się tylko w małym stopniu drogą naczyń chłonnych, a w przeważnej części drogą żył, których czynność zostaje w danym razie wysoce upośledzona.

Tyle Geyl. Tłomaczenie jasne, nie wymagające komentarzy, rozwikłanie zupełne istoty choroby i sposobu jej powstawania. Lecz mimo woli nasuwa się pytanie, skąd powstaje załamanie się macicy na granicy trzonu i szyi, fakt, który jest podstawą całego powyższego logicznego wywodu. Na pytanie to nie znalazłem odpowiedzi, boć trudno za taką uważać wzmiankę Geyla, że załamanie zdarza się przeważnie w macicach, które przeszły dawniej sprawy zapalne i stąd są więcej podatne i giętkie niż narząd zdrowy. Pomijam już okoliczność, że macica przy zapaleniu przewlekłym staje się twardą i niepodatną, że zboczenia jej trzonu utrzymują się wtedy uporczywie i nawet siłą nie łatwo dają się wyrównać; ale nawet gdybyśmy przyjęli, że rozpulchnienie, występujące w przebiegu ciąży, dochodzi do tego stopnia, że nie tylko wyrównywa zapalne stwardnienia, lecz czyni tkanki więcej podatnymi i wiotkimi, to przecież fakt ten będzie tylko momentem uspasabiającym do załamania się, lecz nie może być uważany za jego przyczynę. Tej musimy stanowczo szukać gdzieindziej.

Przypadków, któreby tę przyczynę wyjaśnić mogły, znamy dotychczas niewiele, a i te, które udało mi się zebrać, nie są tak ściśle opisane, jakby życzyć należało. Pomimo to przed stawianiem wniosków zbadać je trzeba dokładnie i dlatego podaję krótkie streszczenia odnośne.<sup>1)</sup>

#### I. GUENIOT.

U 37 letniej kobiety wystąpił w drugiej połowie ostatniego miesiąca szóstej ciąży, nagle bez przyczyny, typowy napad ostrego obrzęku szyi macicznej. Guz odprowadzono do pochwy. Tegoż dnia nastąpił poród prawidłowy, rzekomo na dwa tygodnie przed końcem ciąży.

<sup>1)</sup> Przypadki od 1 — 8 podaję według referatu Geyla, 9-ty zaś według oryginalnej pracy Meyera.

Część pochwowa wróciła w krótkim czasie do stanu prawidłowego.

## II. GUENIOT.

Pacjentka, z powodu gruźlicy bardzo wynędzniała, potknęła się w trzecim miesiącu trzeciej ciąży na schodach, poczem wystąpiło częściowe wypadnięcie macicy, które zniknęło przy spokojnem leżeniu, a powracało stale, gdy tylko chora wstała. W ósmym miesiącu ciąży wytworzył się nagle ostry obrzęk szyi macicznej, który ustąpił po ułożeniu chorej do łóżka. Na dziesięć dni przed końcem ciąży odbył się prawidłowy poród, a w 11 dni potem, gdy chora wstała, znów nagle wystąpienie obrzęku. Badanie wykazało tylozgięcie macicy, które przy wypuszczeniu chorej jeszcze pozostało, obok miernie przerosłej części pochwowej.

## III. GUENIOT.

Chora ze znaczną torbielą jajnikową zauważyła w drugim miesiącu drugiej ciąży wypadnięcie macicy, występujące zawsze ilekroć wstała. Przy końcu czwartego miesiąca wypadnięcie utrzymywało się już stale, a w miesiąc później badanie wykazało ostry obrzęk szyi macicznej. Po dwóch tygodniach chora sama odprowadziła guz, który potem nie ukazał się więcej. Wykonano nakłucie torbieli. Chora zmarła. Oględziny pośmiertne nie szczególnego nie wykazały. „Au total, ce col ne diffère pas notablement d'un col normal à la même période de la gestation“.

## IV. GUENIOT.

U chorej, oddawna silnie kaszłającej i cierpiącej na wypadnięcie macicy, wystąpił obrzęk w drugiej połowie ósmego miesiąca trzeciej ciąży. Guz odprowadzono kilkakrotnie, wypadł jednak nanowo aż do chwili przedwczesnego porodu z końcem ósmego miesiąca. Położenie dziecka główkowe, ustalone. Poród i połóg prawidłowe.

## V. SEGUIN.

Chora podczas pierwszej i drugiej ciąży a także w stanie nieciążarnym cierpiała na wypadnięcie macicy, które podczas opisanej, trzeciej ciąży stawało się coraz uporczywsze, aż wreszcie w dziewiątym miesiącu wystąpił ostry obrzęk szyi, i to już podczas porodu, wywołanego przedwczesnem pęknięciem pęcherza płodowego. Dziecko w po-

łożeniu główkowym. Poród prawidłowy. Przy wypuszczeniu chorej do domu część pochwowa pozostała nieco opadnięta.

VI. MISRACHI.

Obrzęk wystąpił podczas trzeciego porodu u zupełnie zdrowej przedtem kobiety. Dziecko w położeniu główkowym wydobyto kleszczami. Przy wypuszczeniu chorej narządy płciowe zupełnie prawidłowe.

VII. GEYL.

U chorej w czwartym miesiącu trzeciej ciąży wystąpił nagle, wśród silnych bólów, przedmiotowo mało nasilony napad obrzęku. W szóstym miesiącu i drugiej połowie dziewiątego nawrot obrzęku. Poród prawidłowy, bez pomocy lekarskiej. Przy wypuszczeniu chorej stan narządów rodnych bez zmian chorobowych.

VIII. GEYL.

Chora, silnie kaszląca, dostała w siódmym miesiącu piątej ciąży napadu ostrego obrzęku szyi macicznej, połączonego z odpływem znaczniejszej ilości krwawego śluzu. Sprawa ustąpiła przy spokojnem leżeniu, powróciła jednak w miesiąc później. Poród niepowikłany w położeniu płodu główkowym. Przy wypuszczeniu chorej stan fizjologiczny.

IX. MEYER.

Ostry obrzęk szyi macicznej podczas czwartego porodu. Poród prawidłowy w położeniu płodu główkowym.

Z przypadków powyższych i mego własnego mogłem wysnuć pewne typowe właściwości ostrego obrzęku szyi macicznej, a mianowicie:

1. Napady występują zazwyczaj albo na początku ciąży, przed końcem czwartego miesiąca, albo też w ostatnich jej miesiącach, od ósmego począwszy. Raz jeden tylko obrzęk szyi macicznej wystąpił w połogu (przyp. II), raz w szóstym (przyp. VII) i raz w siódmym miesiącu ciąży (przypadek VIII).

2. Wszystkie przypadki dotyczą kobiet z miednicą prawidłową, poród odbywał się wszędzie siłami natury prócz dwu przypadków (przyp. VI i mego), które musiano ukończyć kleszczami, jednakowoż tylko z powodu przeszkody porodowej, stworzonej przez sam obrzęk. Przypadki te wykluczają więc również możliwość poważniejszych złożeń miednicy kostnej.

### 3. Wszystkie przypadki dotyczą wieloródek.

Po stwierdzeniu powyższych danych moglibyśmy przystąpić do wyjaśnienia istoty pochodzenia ostrego obrzęku szyi macicznej. Cały materiał, jaki mamy pod ręką, możemy podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje przypadki, gdzie macica nie jest jeszcze tak znacznie powiększona, żeby nie miała miejsca w miednicy małej, a więc do czwartego miesiąca księżycowego ciąży i w dalszym przebiegu porodu, druga—pozostałe przypadki. Różnica, jaka zachodzi między obydwoimi grupami, nasuwa się sama. W pierwszym wypadku może się wytworzyć załamanie między trzonem jako całością a szyją, bo macica ma dosyć miejsca w miednicy małej, w drugim—pochylenie się nadmierne całego trzonu tak, żeby się wytworzyło załamanie, nie jest możliwe, bo nie dopuszcza do tego spojenie łonowe. Ostre zagięcie może w tym razie wytworzyć się tylko między częścią pochwową a częścią trzonu macicy, t.j. jej ścianą, spoczywającą na sklepieniu. W pierwszej więc grupie należy szukać przyczyny zewnątrz macicy, w drugiej—wewnątrz niej.

Macica, położona jeszcze w całości w miednicy małej, jest w ten sposób nachylona ku przodowi, że ściana jej tylna patrzy ku górze u kobiety stojącej i że wskutek tego każde zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej musi się odbić na macicy w ten sposób, że zepchnie trzon więcej ku dołowi. Ponieważ jednak w okolicy ujścia wewnętrznego macicy przyczepiają się od tyłu silne więzadła krzyżowo-maciczne, a cały trzon jest wolno ruchomy, przeto każdy ucisk od góry, chwilowy czy stały, musi przede wszystkim zepchnąć ku dołowi dno, powiększając istniejące prawidłowo przodozgięcie. Naturalnem tego następstwem jest, że kąt między trzonem a szyją macicy staje się więcej ostry, a przy znacznem nasileniu sprawy może przyjść w tem miejscu nawet do całkowitego załamania. Aby się to stać mogło, muszą atoli więzadła krzyżowo-maciczne być dosyć silne do oparcia się naciskowi, a sklepienie pochwove przednie dość podatne do ustąpienia mu. Warunek powyższy prawie wyłącznie istnieje może u wieloródek, gdzie podczas poprzednich porodów sklepienia były rozciągnięte ad maximum, ich podpory w mięśniach, zamykających miednicę od dołu, poprzerywane, a przez to umocowanie macicy znacznie rozluźnione; więzadła zaś krzyżowo-maciczne, które przez cały czas ciąży pozostawały w niezmiennym prawie stanie i położeniu, utzymały swą pierwotną siłę i wytrzymałość.

Rozumowanie to łatwo zastosować do odpowiednich przypadków, choć właściwie ani jeden z nich nie pozostaje wolny od zarzutów. I tak:

1. W przypadku Gućniota (II) mamy do czynienia z tylozgięciem macicy, a nadto przy wypuszczeniu chorej z pod obserwacji część pochwowa nie była zupełnie prawidłowa, lecz cokolwiek przerosła. Mogło więc w danym razie rozchodzić się o ostry obrzęk już dawniej przerosłej szyi, a więc szyi patologicznie zmienionej. Część pochwowa musiała w tym przypadku leżeć tuż pod spojeniem łonowym, przylegając do niego ściśle, w tyle zaś za nią znajdował się trzon macicy, podczas porodu — rzecz prosta — powiększony i ciężki. Więzadła, mięśnie, powięzcie i t. d., utrzymujące macicę w jej położeniu, były zwiotezale w następstwie porodu przed kilku dniami. Dopóki chora leżała, póty trzon własnym ciężarem opadał ku tyłowi i układał się na kości krzyżowej; gdy wstała, musiał się oprzeć na tylnem sklepieniu i zepchnąć je ku dołowi. Część pochwowa powinna była posunąć się równocześnie ku górze, jak się to zawsze dzieje przy uwięźnięciu macicy ciężarnej tylozgiętej, zyskać ponad spojeniem więcej miejsca i stąd podać się naprzód; jako przerosła nie mogła się jednak usunąć nad spojenie i wskutek tego została uciśnięta między spojeniem a trzonem. Innemi słowy, tylna ściana części pochwowej zetknęła się z tylną ścianą trzonu, i doszło do załamania się na ich granicy. Objawy dalsze tłumaczy już teoria Geyla.

2. W przypadku Gućniota (III) nastąpiło załamanie się macicy ku przodowi prawdopodobnie z powodu zbyt dużego przodozgięcia. Etiologia tego przypadku da się łatwo wytłumaczyć z przebiegu choroby. W miarę powiększania się macicy, opierała się ona coraz silniej o istniejącą już torbiel jajnikową, wskutek czego trzon, a raczej dno, obniżały się powoli, lecz stale. Przyszło wreszcie do stanu, że za dnia wytwarzał się obrzęk szyi macicznej, który w nocy znikał. Za dnia, gdy chora chodziła, torbiel odpychała trzon macicy ku dołowi, dając tem samem powód do załamania; w nocy, przy położeniu leżącym chorej, torbiel mogła opadać nieco do tyłu, robiąc macicy więcej miejsca. W historii choroby zaznaczono wyraźnie, że do objawów chorobowych przychodziło w położeniu stojącym, „während der aufrechten Stellung.“ Oczywiście, iż w miarę wzrastania macicy warunki wyrównania się załamania były coraz gorsze. Przy końcu czwartego miesiąca ciąży macica nie mogła się już zmieścić w całości w miednicy



małej, nie mogła również z powodu ucisku guza przejść do miednicy wielkiej. Wynikiem musiało być wklonowanie macicy w miednicę małą i wytworzenie się załamania, nie będącego w stanie wyrównać się samoistnie. Obrzęk pozostawał teraz stale. Gdy jednak udało się wprowadzić macicę do jamy miednicy wielkiej, objawy ustąpiły zupełnie, bo ustąpiła ich przyczyna, t. j. wklonowanie macicy. Jednym słowem przebieg identyczny z odprowadzeniem uwięźniętej macicy ciężarnej tyłozgiętej.

3. W przypadku Geyla (VII) sprawy napewno rozstrzygnąć nie można, bo nie masz żadnej bezpośredniej przyczyny, która mogła wywołać ostry obrzęk. W każdym jednak razie pacjentka przeżyła dwa poronienia i jeden poród przedwczesny, z czego wnosić można o prawdopodobnym istnieniu stanów zapalnych w przebytych położach i obecności wskutek nich zrostów, utrzymujących macicę w przodozgięciu, a część jej pochwową w położeniu stałym. W tym razie mielibyśmy do czynienia z rodzajem uwięźnięcia macicy przodozgiętej, podobnie jak się to dzieje przy *retroflexio uteri fixata*, przy równoczesnym nie usunięciu się części pochwowej. Stąd załamanie.

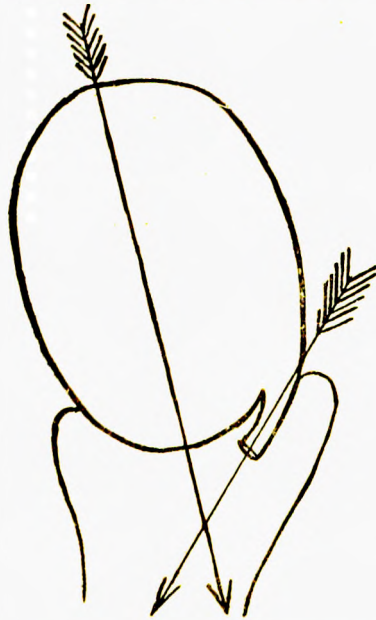
Przypadek powyższy stoi na granicy między obu grupami, drugi bowiem napad wystąpił w szóstym miesiącu ciąży. Oczywiście, nie można już tym razem przypuszczać załamania się z powodu zbytniego przodozgięcia macicy, bo trzon macicy w czasie owym musiał się już znajdować w miednicy wielkiej.

Z konieczności musimy szukać bezpośredniej przyczyny w zbytniem wyłęciu przedniej ściany i sklepienia, a pośredniej—we wtłoczeniu się w to sklepienie części przodującej płodu, czyli, mówiąc inaczej, w groźącym porodzie przedwczesnym, a raczej w zaczynających się bólach. Jest to jedyne tłumaczenie możliwe, które prócz nieskonstatowania faktu, niema nic przeciw sobie. Geyl zaznacza wprawdzie istnienie silnych bólów w lędźwiach i dole brzucha, nie podaje jednak ich rodzaju, tak że się nie wie, czy to były bóle porodowe czy też bóle z powodu obrzęku. Za pierwszym przemawia fakt, że były silne, co nie zdarza się w typowych przypadkach obrzęku. Po ułożeniu chorej do łóżka bóle ustały, i poród, jak się to zdarza nadzwyczaj często, nie przyszedł do skutku.

Wszystkie pozostałe znane mi spostrzeżenia ostrego obrzęku szyi macicznej należą już do drugiej grupy, t. j. do grupy przypadków, występujących przy końcu ciąży lub podczas porodu,

a więc w okresie, gdy o załamaniu się trzonu jako całości względem części pochwowej nie może być mowy i gdzie załamanie może się odnosić li do zbytniego wypuklenia dolnej części przedniej ściany macicy.

Liczne badania wykazują w każdym prawie przypadku prawidłowej ciąży, a mianowicie ciąży z położeniem podłużnym płodu, że przednie sklepienie pod naciskiem części poprzedzającej wypukła się coraz bardziej. Wypuklenie to zaczyna się w ostatnich miesiącach ciąży i dochodzi do szczytu po ustaleniu się główki, a ściślej mówiąc, tuż przed samym porodem. W tym czasie znaj-



dujemy typowo całą prawie górną część światła pochwy wypełnioną przez wypukłone przednie sklepienie, a z tyłu część pochwową, uniesioną nieco ku górze, z osią, przebiegającą od góry i tyłu w dół i nieco ku przodowi i krzyżującą się pod kątem ostrym z osią trzonu macicy. Jednak ani część pochwowa, ani wypukłona ściana macicy nie są w tem położeniu uciśnięte; owszem między obydwie można łatwo wprowadzić palec, a również łatwo są obydwie względem siebie ruchome.

Zastanawiając się nad powyższym stanem, możemy dojść do wniosku, że w wytworzeniu go musi współdziałać z jednej strony

stały opór istniejących więzadeł i umocowań macicy, z drugiej, przy zwiększaniu się ciąglem jej treści, skurcze mięśni, które występują stale wśród ciąży, a głównie w okresie końcowym. Wskutek ułożenia warstw mięśni, dążącego do wykluczenia ciała obcego, a więc do przesunięcia go w stronę pochwy, występuje za lada blahą przyczyną, choćby taką jak położenie zimnej ręki na dno, skurcze mięśni macicznych. Słabiutki te bóle muszą działać w podobny sposób jak bóle porodowe, tylko w znacznie mniejszym stopniu; to znaczy, iż wobec silnej i grubej warstwy mięśni w dnie macicy usuwają płód ku dołowi czyli ku ujściu, które leży z tyłu przy kości krzyżowej. Dalszemu postępowi w tym kierunku stawia opór kość krzyżowa, nie dopuszczając do wypuklenia tylnej ściany macicznej. Nolens volens musi się więc odbić działaniem całego bólu na ścianie przedniej, nie podpartej niczem, a zbyt cienkiej i słabej, żeby się mogła opierać. Przy każdym bólu przychodzi do wypuklenia przedniego sklepienia; po ustaniu bólu sklepienie to wraca do normy, lecz już niezupełnie. Takie powolne ustępowanie widzimy typowo np. na kroczu podczas przerzynania się części poprzedzającej. Następny ból wypukła przednie sklepienie więcej, trzeci jeszcze więcej i t. d., aż powoli wytworzy się stan, spostrzegany stale przed porodem.

Na tylną ścianę działa również powyższy czynnik, opór jednak kości krzyżowej ogranicza działanie jedynie do uniesienia tej ściany, a wraz z nią części pochwowej, nieco ku górze i ku tyłowi. Gra tu rolę także i ucisk części poprzedzającej, dążącej do ustalenia.

Tak się dzieje w zwykłych warunkach. Napady ostrego obrzęku szyi macicznej nie mogą mieć innego mechanizmu, bo inny, zdaniem mojem, jest niemożliwy. Rozchodzi się tylko o to, żeby wypuklenie przedniego sklepienia poszło dalej niż zwykle, a odciągnięcie tylnej ściany ku górze również przekroczyło normę. Przyczyny nie można tu szukać w oporze więzadeł i umocowań macicy, bo te we wszystkich przypadkach były osłabione ze względu na poprzednie porody, należy natomiast szukać we wzmoczeniu lub częstszym występowaniu bólów u ciężarnych i zmniejszeniu oporu sklepienia pochwowego. Ostatni warunek istnieje we wszystkich przypadkach: sklepienie, raz rozciągnięte ad maximum podczas porodu, nie może mieć tej odporności, co sklepienie dziewicze, a nadto traci podporę ścian pochwowych, jędrnych u dziewię, a zwioteżałych u wieloródek. W tych wa-

runkach, jeśli występują silniejsze lub częstsze bóle, sklepienie musi się wypuklić ponad normę, a część pochłowa ponad normę usuwa się ku tyłowi; wszystko to zależy od bodźców, wywołujących bóle. Jeżeli teraz nie usunie się przednia ściana, wypukłona w sklepieniu, t. j. nie otworzy się ujście,—warga tylna przy rozwieraniu się ujścia zaciera się przedziej, gdy przednia utrzymuje się wiele dłużej, jakby na dowód opisanego mechanizmu,—i nie nastąpi poród, to z konieczności musi dojść do zmniejszenia ad minimum kąta między osią trzonu macicy a osią szyi czyli do załamania, którego następstwem jest zamknięcie naczyń i ostry obrzęk części pochłowej.

To samo odnosi się i do przypadków obrzęku, występujących podczas porodu. Jeżeli pierwsze bóle są zdolne wywołać załamanie, a poród nie następuje zaraz, zanim obrzęk ma czas się wytworzyć, wtedy do wyciągnięcia przedniej ściany, coraz mocniej zaklinowanej, trzeba znacznej siły i czasu, a po usunięciu przyczyny pozostaje powstały już obrzęk jako przeszkoda porodowa.

Rzut oka na znane nam przypadki obrzęku szyi macicznej pozwala na stwierdzenie teorii. W I-em spostrzeżeniu mamy do czynienia z napadem na początku przedwczesnego porodu; w II-ym prócz wypadnięcia, istniejącego dawniej, mamy do czynienia z kaszlem, zwiększającym ustawicznie ciśnienie w jamie brzusznej i zdolnym przez to do wywołania skurczów macicy u ciężarnej; w IV przypadku—z kaszlem, istniejącym już dawniej wypadnięciem macicy, a nadto napadem na początku przedwczesnego porodu, w V, VI, VII, IX i moim—z początkiem porodu, a w VIII—z kaszlem.

Możnaby i słusznie zapytać, dla czego wobec powodów, zdarrzających się bardzo często, ostry obrzęk szyi macicznej występuje tak niezmiernie rzadko? Dzieje się to, zdaniem mojem, dlatego, że przede wszystkim muszą się zejść przyczyny i warunki razem, a nadto musi istnieć pewne usposobienie indywidualne, objawiające się jako bardzo znaczna podatność sklepienia i wielka wrażliwość na bodźce, wywołujące skurcze macicy.

Zrobiłbym jeszcze jedną uwagę. Pozornie istnieje sprzeczność teorii z moim przypadkiem, tu bowiem pierwsze napady miały wystąpić w przebiegu pierwszej ciąży. Pomijam fakt, że wywiady nie zawsze są miarodajne i że wierzyć im można o tyle tylko, o ile samemu się je stwierdzi,—pozostaje jeszcze możliwość

wrodzonej wiotkości i podatności części rodných. Jeżeli opowiadanie chorej jest prawdziwe, to mieliśmy do czynienia, pod względem oporności części rodných, że tak się wyrażę, z „urodzoną wieloródką.“ Rzecz prosta, iż obrzęk szyi macicznej niekoniecznie występuje ponownie podczas porodu u kobiet, które go już raz przeżyły. Jeżeli wypukłona ściana przednia macicy w stanie jest usunąć się ku górze przez rozwarcie się ujścia zewnętrznego, zanim się obrzęk wytworzy, to poród odbędzie się fizyologicznie; w przeciwnym razie dane są wszystkie warunki do powstania obrzęku.

Streszczając powyższe rozumowania, dochodzę do wniosku, że:

1. Ostry obrzęk szyi macicznej występuje tylko u osób ze zwiotczalnymi częściami rodnymi i wrażliwych.

2. Powodem jego bywa w początkach ciąży i pologu zwiększone ciśnienie wśródbrzusne, prowadzące do nadmiernego przedozgięcia i załamania się osi trzonu względem osi części pochwowej, a przy końcu ciąży i podczas porodu zbytne wypuklenie sklepienia i silne odciąganie części pochwowej ku górze, co znowu prowadzi do załamania wskutek zetknięcia się ściany trzonu ze ścianą części pochwowej, — że więc przyczyna w pierwszych miesiącach ciąży leży poza macicą, później zaś w niej samej.

*Leczenie* ostrego obrzęku szyi macicznej ogranicza się właściwie do wskazówek, jak napadu uniknąć i jak się podczas niego zachować. Środka swoistego na samą chorobę nie posiadamy i wobec dotychczasowego tłómaczenia sprawy nie możemy go wogóle posiadać. Należy więc tylko pouczyć chore, aby szanowały się i unikały wszelkich nawet drobnych szkodliwości, któreby w danym razie mogły napad wywołać. Szczególną przytem uwagę należy zwracać na wszystkie bodźce, które zwiększają ucisk w jamie brzusznej, lub które w jakikolwiekby sposób podrażniają macicę, pobudzając ją do skurczów. Oczywiście, iż obniżenie ogólnej pobudliwości nerwowej, leczenie hysterii i neurastenii, gra ważną rolę w postępowaniu podczas ciąży u osoby, dotkniętej w mowie będącym cierpieniem.

Podczas samego napadu zalecamy spokojne ułożenie w łóżku na wznak, z miednicą uniesioną cokolwiek ku górze, aby przez to ułatwić wyrównanie się załamania na granicy trzonu i szyi. Wyjątkiem od tej zasady mogą być tylko przypadki, gdzie załamanie tworzy się nietypowo, np. przy tyłozgięciu macicy. W tych razach byłoby może lepiej ułożyć chorą na brzuchu. Odprowadzać obrzę-

ku nie należy, gdyż to nie prowadzi do celu, a może wywołać nieprzyjemne powikłania. Nie trzeba chyba dodawać, iż, dopóki napad trwa, należy starannie uważać, aby nie przyszło do zakażenia bardzo tutaj łatwego, i w tym celu przestrzegać czystość w granicach możliwie najobszerniejszych.

Pomoc lekarza podczas porodu ogranicza się zazwyczaj do podtrzymywania okolicy ujścia zewnętrznego i zesuwania go ku górze z części poprzedzającej czyli, inaczej mówiąc, do przeciwdziałania oddarcia się części obrzękłych od macicy. Wyjątkowo tylko lekarz bywa zmuszony poród sztucznie ukończyć, a wtedy stosuje się do ogólnych prawideł, przyjętych w położnictwie.

## Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego względnie całego kanału szyi macicznej

Podług przemówienia w Warszawskiej Seceyi Ginekologicznej dnia 27 października r. b.  
podał

TEODOR BORYSSOWICZ.

Kanał szyi macicznej posiada kształt wrzeciona spłaszczonego w wymiarze strzałkowym i ciekim końcem zwróconego ku górze. Długość tego kanału waha się pomiędzy  $2\frac{1}{2}$ —3 cm i stanowi  $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{5}$  długości całej jamy macicy; odcinek kanału, przebiegający w części pochwowej, zwykle jest nieco krótszy od odcinka części nadpochwowej. Kanał szyi rozszerza się ponad ujściem zewnętrznym, i tu jego wymiar poprzeczny dochodzi do 6—7 mm., strzałkowy do 3—4 mm.—Ujście macicy zewnętrzne w wymiarze poprzecznym wynosi 5 mm., w strzałkowym—3 mm. Wymiar poprzeczny ujścia wewnętrznego równa się 4 mm., strzałkowy zaś 2—3 mm.

Znaczne zwężenie kanału szyi macicznej w którejkolwiek jego części prawie zawsze powoduje bolesną miesiączkę (dysmenorrhoea), połączoną częstokroć ze zwrotnymi objawami nerwowymi jak: bólami głowy, bezsennością, wymiotami, rozwołnieniem lub zaparciem stolca, niedomaganiem ogólnem, brakiem łaknienia itp. Zastój wydzieliny macicznej ponad zwężeniem i długotrwałe z tego powodu przekrwienie przyczyniają się do powstawania nieżytności śluzówki macicznej i przewlekłego zapalenia mięszu macicy, który z czasem ulega stwardnieniu (induratio) wskutek rozrostu tkanki łącznej i zaniku włókien mięsnych. Przydatki maciczne, ulegając również częstym i długotrwałym przekrwieniom, a być może i zakażeniu z chorej śluzówki macicznej, częstokroć wykazują stan zapalny ostry lub przewlekły. To też u chorych ze zwę-

zeniami kanału szyi macicznej często zdarza się spostrzegać nieplodność i maciennictwo (hysteriasis).

Najczęściej ulega zwężeniu ujście zewnętrzne macicy, które czasami może być zupełnie niedrożne (haematometra) wskutek wrodzonego niedorozwoju dolnej części macicy lub wskutek zabliznienia się ran, powstałych podczas trudnych porodów i po operacjach na części pochwowej (hysterotrachelorrhaphia, amputatio part. vaginalis), albo wreszcie po zabliznieniu się owrzodzeń, występujących w przebiegu chorób wysypkowych i wogóle zakaźnych.

Daleko rzadziej dają się spostrzegać zwężenia w przebiegu kanału szyi lub w ujściu wewnętrznym macicy. Brak szyi i jej kanału może towarzyszyć ogólnemu niedorozwojowi macicy. Co do zwężeń ujścia wewnętrznego kanału szyi macicznej, to te występują prawie wyłącznie jako cierpienia nabyte wskutek tych samych przyczyn, które działają na powstawanie zwężenia i zarośnięcia ujścia zewnętrznego macicy. Nadto zwężenie ujścia wewnętrznego może być następstwem niezytu śluzówki kanału szyi macicznej i przewlekłego zapalenia jej mięszu (sclerosis). Wszystkie te zwężenia należą do rzędu bezwzględnych czyli stałych, dla odróżnienia od zwężeń ujścia wewnętrznego względnych, zależnych od zgięcia macicy ku przodowi lub ku tyłowi, gdyż te ostatnie zwężenia ustępują po wyprostowaniu macicy.

*Rozpoznanie* zwężenia kanału lub ujścia macicznego wewnętrznego dokonywa się, po dokładnym dwuręcznym zbadaniu macicy, za pomocą wziernika, zglębniaka macicznego, zglębniaków chirurgicznych i kleszczyków haczykowatych, którymi pociąga się jedną z warg macicznych dla wyprostowania i ustalenia badanego narządu. Jeżeli zdołamy określić zupełne zarośnięcie lub bezwzględne zwężenie, istniejące gdziekolwiek w przebiegu kanału szyi lub w samym ujściu wewnętrznym macicy, wówczas wskazane jest rozszerzenie odtwórcze, którego opis chcę Sz. kol. przedstawić. Za bezwzględne zwężenia ujścia lub kanału szyi macicznej uważam tylko takie zwężenia, przez które przy ustaleniu macicy zapomocą kleszczyków haczykowatych (kulociągów) nie daje się wprowadzić do wnętrza macicy zglębniaka ginekologicznego zwykłej grubości, lub jeżeli ten zglębnik przechodzi z wielkim oporem.

Przed 25 laty nie odróżniano ściśle zwężeń ujścia wewnętrznego macicy od zwężeń zewnętrznego i stosowano rozszerzanie



całego kanału szyi macicznej, jeżeli zauważono zwężenie ujścia zewnętrznego. Do bezkrwawego rozszerzenia już w pierwszej połowie ubiegłego stulecia używano pręcików metalowych Mackintoscha rozmaitej grubości, podobnych do obecnie używanych rozszerzadeł Fritscha. Następnie w tym samym celu zaczęto stosować blaszki palczasty (laminaria) i rozmaite rozszerzadła mechaniczne. Gdy jednak okazało się, że rozszerzanie na tępo nie zapewnia następstw trwałych, sądzono, że zapomocą przecięcia boków kanału szyi macicznej wraz z ujściem wewnętrznym da się osiągnąć stałe rozszerzenie całego kanału. To też od połowy ubiegłego stulecia, przez długi czas, używano rozmaitych hysterotomów (Greenhalga, Simpsa, Martina), które dopiero od ćwierci wieku zostały zarzucone wobec smutnych następstw (krwotoki), niejednokrotnie spostrzeganych po zabiegu. Zamiast hysterotomów M. Sims zalecił użycie noża tępokonczastego, którym przecinał cały kanał dowolnie głęboko lub wyłącznie zwężone ujście maciczne. Za przykładem M. Simsa krwawe rozszerzenie utrzymało się aż do ostatnich lat i stosuje się, częstokroć z powodzeniem, do rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy.

Jeżeli jednak krwawy ten zabieg dokonywano w celu rozszerzenia kanału szyi lub ujścia wewnętrznego macicy, to wynik bywał zwykle ujemny, gdyż zablizniające się rany jeszcze bardziej przyczyniały się do ścieśnienia zwężonego miejsca, wskutek rozwoju niepodatnej tkanki bliznowatej i zaniku w tem miejscu włókien mięsnych. Przed sześciu dopiero laty Vuilliet podał swoją operację odtwórczą zwężonego ujścia wewnętrznego macicy, i tę można uważać za jedynie racjonalną metodę. Vuilliet przecina poprzecznie przednie sklepienie pochwy i odłuszcza pęcherz od szyi macicznej, a następnie otrzewną nieco powyżej ujścia wewnętrznego. Następnie przecina pośrodku wargę przednią i całą przednią ścianę szyi macicznej wraz ze zwężonym ujściem wewnętrznym. Gdy cały kanał szyi zostanie otwarty w ten sposób, Vuilliet wycina z którejkolwiek połowy przedniej wargi klin (nie odcinając jego podstawy), który wprowadza następnie między powierzchnie przeciętej przedniej ściany szyi macicznej i przyszywa go katgutem tak, żeby śluzówka pochwowa wargi resp. klina zwrócona była do wnętrza kanału szyi. Potem zeszywa przeciętą wargę i przednie sklepienie pochwy.

Operacja Vuillietta jest niestety bardzo złożona i w wykonaniu dość trudna; zresztą klin, rozszerzający kanał i zwężone

ujście wewnętrzne, łatwo może uleść zgorzeli, dlatego też wątpię, czy którykolwiek z ginekologów stosował ten zabieg prócz autora. Rękoczyn odtwórca, który zamierzam przedstawić Szanownym kolegom, dokonywa się daleko łatwiej i polega na wszczepieniu do bocznych ścian nadpochwowej części szyi i ujścia wewnętrznego płatów, wyciętych z boków części pochwowej macicy. Rękoczyn składa się z następujących momentów:

1) Zapomocą kleszczyków haczykowatych ujmuje się jedną lub obie wargi maciczne, które pomocnik pociąga w odpowiednim kierunku, aby wyprostować i ustalić macicę.

2) Operujący bada kanał szyi macicznej zapomocą zwyyczajnego zgłębnika ginekologicznego i usiłuje przeprowadzić go przez zwężone miejsce do jamy trzonu, a gdy to okaże się niemożliwe, stara się utorować drogę do wnętrza macicy zapomocą zgłębników chirurgicznych odpowiedniej grubości.

3) Stopniowo rozszerza się zwężone miejsce zapomocą zgłębników chirurgicznych, ginekologicznych i cienkich rozszerzadeł macicznych, żeby umożliwić wprowadzenie tępokończastego noża do wnętrza macicy.

4) Przemywa się macicę roztworem sublimatu (1:4000).

5) Wzdłuż obu boków części pochwowej, począwszy od jej podstawy do ujścia zewnętrznego macicy, wycina się dwa trójkątne, a właściwie trójścienne (piramidalne) płaty, podstawami swojemi zwrócone ku bocznym sklepieniom pochwy. Prowadząc cięcia zbieżnie ku sobie, oddzielamy płaty od boków części pochwowej, tak iż tylko zapomocą podstawy są one połączone ze sklepieniami pochwy. Długość płatów wynosi  $1\frac{1}{4}$  do  $1\frac{1}{2}$  cm., szerokość u podstawy  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  cm. Szersze i grubsze u podstawy płaty te powinny się stopniowo zwężać i stawać się cieńszymi przy wierzchołku. Płaty po nacięciu zwykle kurczą się cokolwiek, lecz nie skręcają się i łatwo dają się wydłużać. W skład płatów wchodzi wszystkie warstwy ściany pochwowej i nieco mięszu szyi macicznej (4—5 mm.).

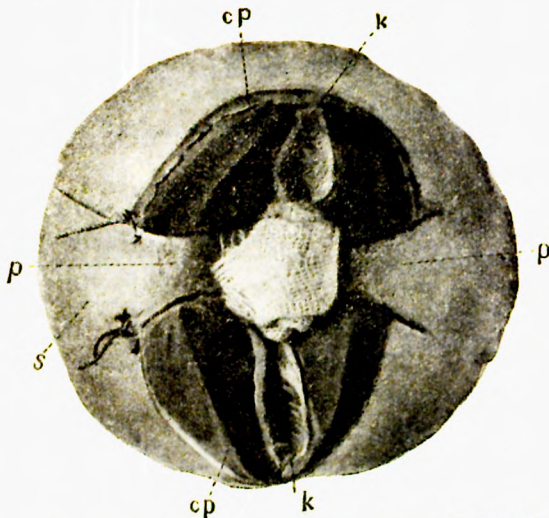
6) Całą część pochwową od ujścia zewnętrznego do podstawy, t. j. do sklepień bocznych pochwy, przecina się na dwie połowy i wówczas porównywa się długość nierozciętego kanału w części nadpochwowej, z długością wyciętych płatów, i jeżeliby te okazały się krótsze, to podłuża się płaty na koszt sklepień pochwy.

7) Wprowadza się nóż tępokończasty ponad ujście we-

wnętrzne i wykonywa się w górze na 4 mm., a u dołu na 6 mm. głębokie podłużne nacięcia bocznych ścian kanału szyi macicznej. Po takim podłużnym nacięciu ścian kanału i zwężonego ujścia wewnętrznego łatwo daje się wprowadzić do wnętrza macicy rozszerzadło średniej grubości.

8) Wierzchołki wyciętych płatów przeszywa się pojedynczą nitką katgutową, której końce zwiążuje się tak, żeby odstęp między wierzchołkami płatów nie przewyższał 2 cm.

9) Środek nitki, łączącej płaty, umieszcza się w rowku zgłębnika widelkowego, zapomocą którego wprowadza się do wnętrza



Fotografia modelu z gliny: p—płaty; s—sklepienie pochwy; cp—część pochwowa rozdzielona; k—kanał szyi. Widać szwy, nakładane w razie silniejszego krwawienia, i pasek gazy, wprowadzony do macicy.

trza macicy nitkę, ta zaś wciąga płaty do kanału szyi macicznej. Wówczas widzimy, że powierzchnie wewnętrzne wyciętych płatów zagłębiają się w rozwarłe nacięcia boków kanału szyi macicznej, błona zaś śluzowa tych płatów, zwrócona do środka kanału, zostaje w bezpośrednim zetknięciu z brzegami przeciętej błony śluzowej kanału szyi macicznej. Płaty nieco wydłużają się przy napięciu nitki, łączącej ich wierzchołki, można więc napewno liczyć, że i cięcie, dokonane na ujściu wewnętrznym, zostanie pokryte przez górne ich części, a nawet że wierzchołki płatów będą nieco wystawać do jamy trzonu.

10) Wyjmuje się zgłębnik, a następnie wprowadza się do szyi macicznej resp. dolnej części jamy trzonu pasek gazy jodofor-mowej odpowiedniej grubości, ażeby utrwalić zetknięcie się bez-pośrednie płatów z powierzchnią nacięć, dokonanych w ujściu wewnętrznym i kanale szyi macicznej. Pasek gazy utrzymuje nit-kę w stałym napięciu, a zatem wydłuża płaty i czyni je nieco cieńszymi; będąc zaś odpowiednio gruby, uciska powierzchnie płatów i ustala bezpośrednie zetknięcie się ich z powierzchnią nacięć szyi macicznej.

11) Dla powstrzymania broczenia z powierzchni przeciętej części pochwowej tamponuje się górną część pochwy gazą jodo-formową.

12) Po dwóch lub trzech dniach usuwa się gazę z pochwy, po pięciu zaś wyjmuje się pasek gazy z macicy. Wówczas płaty już się zdążyły zrosć z powierzchnią nacięć, dokonanych w szyi i w okolicy ujścia wewnętrznego macicy.

13) Po czterech lub sześciu tygodniach widzimy zupełne za-gojenie się cięć, dokonanych na części pochwowej. Powierzchnie ich pokryte są nabłonkiem i przy pocieraniu wacikiem nie krwa-wią. Cała część pochwowa przedstawia się przepołowiona aż do sklepień na dwa płaty, które teraz okrwawia się i zeszywa po-dług metody Emmeta (hysterotrachelorrhaphia).

Po dwóch tygodniach znajdziemy cały kanał szyi macicznej rozszerzony, a dolną jego część odtworzoną i zupełnie wygojoną. Załączona rycina wyjaśnia istotę operacji na modelu z gliny, przedstawiającym macicę, powiększoną 5—6 razy.

Bez względu na zwężenia kanału szyi lub ujścia wewnętrznego macicy zdarzają się tak rzadko, że tylko raz jeden, przed siedmiu laty, byłem w możności wykonać opisany zabieg w przypadku następującym:

27. XII. 1897 roku przybyła do Zakładu pani S., 34-letnia, od 16 lat zamężna, bezdzietna. Miesiączkuje co 21 dni: wówczas przez dwa dni czuje się ciężko chora i zmuszona jest pozostawać w łóżku z powodu nadzwyczaj silnych bólów w dole brzucha, krzyża i dolnych kończynach. Zwykle towarzyszą miesiączce wy-mioty i bóle głowy. Bolesna miesiączka zaczęła się przed za-mążpójściem, lecz od kilku lat bóle stają się coraz gwałtowniejsze, a od roku miesiączka powtarza się co 21 dni zamiast, jak poprze-dnio, co 28. Badanie dwuręczne wykazuje macicę nieco zmniej-

szoną, stwardniałą, w prawidłowym zgięciu i pochyleniu ku przodowi. Część pochwowa krótka, ujście zewnętrzne z trudnością przepuszcza zgłębnik, który pomimo usiłowań nie daje się wprowadzić przez ujście wewnętrzne do jamy macicy. Po uspieniu chorej, udało się wprowadzić do macicy cienki zgłębnik chirurgiczny, poczem ujście wewnętrzne rozszerzono na tyle, iż można było wprowadzić do wnętrza macicy nóż tępoakończasty. Operacyi dokonano prawie in situ, z powodu małej ściągłości macicy. Po dziewięciu dniach chora wypisała się z Zakładu z płatami, przyrośniętymi do boków kanału szyi macicznej.

14. II. 1898, a zatem po sześciu tygodniach, chora wróciła do Zakładu, gdzie dokonane było zeszcycie boków części pochwowej. Po dziesięciu dniach pobytu wypisaną została jako zupełnie zdrowa, gdyż dwie miesiączki odbyła bez bólu, ujścia zaś zewnętrzne i wewnętrzne macicy z łatwością przepuszczały pręcik, grubo owinięty watą.

Pacjentkę tę widziałem przed kilku laty, czuje się zdrowa i żadnych bólów podczas miesiączkowania nie doznaje.

Do podobnego przypadku przed kilku laty zawezwał mię kol. Kuniewicz, i tu, pomimo wszelkich usiłowań, nie udało się przeprowadzić zwyczajnego zgłębnika ginekologicznego przez zwężone ujście wewnętrzne. Chora ta nie zgłosiła się do Zakładu na proponowaną przez nas operacyę.

Najbardziej charakterystyczny i zarazem rzadki przypadek, jak sądzę, wrodzonego zwężenia całego kanału szyi macicznej obserwowałem przed 9-iu laty.

10. V. 1895 roku zapisałem do Zakładu panią G., 29-letnią mężatkę bezdzietną. Do 20 roku życia chora ta miesiączkowała prawidłowo, przy bardzo skąpym odpływie krwi, lecz od tego czasu zaczęły się zjawiać dokuczliwe bóle podczas miesiączki, które stopniowo potęgowały się (czas narzeczeństwa?), a gdy w 21 roku wyszła za męża, bóle te stały się jeszcze gwałtowniejsze. W stanie dziewictwa i po wyjściu za męża nie miała upławów. Po sześciu latach pożycia małżeńskiego owdowiała, obecnie zaś od dwóch lat ponownie jest mężatką. Miesiączkuje co 4 tygodnie po 3—4 dni, z miernym odpływem krwi płynnej. Bóle poprzedzają miesiączkę o dwa dni i trwają aż do końca w towarzystwie różnorodnych objawów nerwowych zwrotnych (wymioty, bóle głowy, dreszcze, duszenie, dławienie itp.). W roku 1894 we Wrześniu, po kuracyi francensbadzkiej, Schauta dokonał rozszerzenia macicy.

Po trzytygodniowym pobycie w klinice chora powróciła do Warszawy w stanie podgorączkowym, z ciągłym wypływem krwi z części rodnych i z bólami w okolicy lewej pachwiny. Rozpoznałem wówczas lewostronne zapalenie przymaciczne, które przy odpowiednim leczeniu i zachowaniu się przeminięło; macica zaś pozostała mało ruchoma, powiększona, stwardniała, w znacznym przodopochyleniu, bardzo niewiele zgięta ku przodowi. Ponieważ od czasu przebytej w Wiedniu operacji bóle podczas miesiączki znacznie się wzmogły, zapisałem chorą, w 1/2 roku po ustaniu objawów zapalnych, do Zakładu dla dokonania ponownego rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy, które tak się zwężyło, że zgłębnik ginekologiczny nie dawał się wprowadzić do szyi macicznej (bez ustalenia macicy za pomocą kleszczyków). Po uspieniu chorej okazało się, że nie tylko ujście zewnętrzne, lecz cały kanał szyi macicznej były tak zwężone, że najcieńszy zgłębnik ginekologiczny tylko stopniowo przy ruchach śrubowych i zastosowaniu wielkiej siły udało się wprowadzić do wnętrza macicy.

Ponieważ w czasie owym nie wpadłem jeszcze na pomysł odtwórczego rozszerzenia zwężonego kanału szyi macicznej, uskuteczniłem więc rozszerzenie zapomocą obustronnych bocznych nacięć ścian kanału, ujście zaś zewnętrzne rozszerzyłem zapomocą przeprowadzenia nici i mocnego przewiązania boków części pochwowej (sposób dawniej proponowany i używany przeze mnie). Do środka macicy wprowadziłem gruby pasek gazy jodoformowej, który usunąłem po trzech dniach, a zamiast niego założyłem wianek wewnątrzmaciczny (szklany). Miesiączkę bez bólów odbyła chora w Zakładzie podczas noszenia wianka. Po trzech tygodniach pacjentka wypisała się z lecznicy, przebyła jeszcze jedną niebolesną miesiączkę, poczem zaszła w ciążę i urodziła donoszone dziecko zapomocą kleszczyków, nałożonych przy ujściu macicznym niezupełnie otwartem. Po porodzie przez cztery lata czyszczenia miesięczne odbywały się prawidłowo bez bólów, następnie zaczęły się zjawiać krótkie bóle, poprzedzające miesiączkę; od dwóch zaś lat bóle wróciły do dawnego natężenia, jak przed porodem, a badanie, dokonane w zeszłym roku, wykazało zwężenie kanału szyi macicznej w tym samym stopniu, a może i większym niż przed operacją, dokonaną przed ciążą.

Tak więc ani podłużne nacięcia, ani nawet poród nie wpłynęły na stałe rozszerzenie zwężonego kanału szyi macicznej. Są-

dzę, że w tym przypadku jedynie operacja odtwórcza, którą przedstawiłem Sz. kolegom, mogłaby złemu zaradzić. Chora nie poddała się operacji, gdyż bawiła w Warszawie tylko w przejeździe na Kaukaz.

Prócz zwężeń powyższych spostrzegalem przed dziesięciu laty dwa przypadki zupełnego zarośnięcia kanału szyi macicznej po amputacjach części pochwowej oraz dwa przypadki po przebyciu ciężkich porodów.

Chore te były zmuszone wielokrotnie poddawać się rozmaitym zabiegom operacyjnym (przecięcia, nacięcia, rozszerzania, przyżegania) i zostawać stale pod opieką lekarską, gdyż wobec ponawiającego się zwężenia lub zarośnięcia kanału szyi macicznej narażone były podczas miesiączkowania na dotkliwe cierpienia, trwające po kilka dni.

Przypominam sobie między innymi przypadek, do którego wezwał mię kol. Huzarski z powodu długo trwającego porodu pośladkowego u pierwiastki czterdziestokilkoletniej. Czwartego dnia po odejściu wód płodowych, wobec słabych bólów i braku postępu w pracy porodowej, rozwiązaliśmy rodzącą po nacięciu brzegów ujścia macicznego. Płód wykazywał tak znaczny stopień rozkładu, że kończyny odrywały się przy lekkim pociąganiu, tułów zaś oderwał się przy próbach wydobycia główki. Chora nie gorączkowała w położu, lecz piątego dnia zauważyliśmy bezwiedny odpływ moczu z pochwy, z powodu powstania małej przetoki pęcherzowo-pochwowej. W piątym tygodniu po porodzie mocz zaprzestał odpływać bezwiednie, lecz w siódmym tygodniu zjawiły się gwałtowne bóle, podobne do porodowych i trwały dni kilka. Po ich ustaniu, badanie wykazało zupełne zabliznienie się przetoki pęcherzowej oraz zarośnięcie kanału szyi macicznej w odległości 1 cm. ponad ujściem zewnętrznym macicy. Chora ta przez czas długi, aż do zupełnego ustania miesiączki, zwracała się co kilka miesięcy do mnie dla przecięcia zarośniętego kanału lub też dla jego rozszerzenia, jeżeli podczas ostatnio przebytej miesiączki doznawała silnych kurczów macicznych.

Sądzę, że operacja odtwórcza zarośniętego kanału szyi macicznej, wobec nawrotów cierpienia, jest ściśle wskazana zarówno tym, jak i w trzech innych przypadkach, o których wyżej nadmieniałem i które pozostawały pod stałą opieką lekarzy prowincjonalnych.

Raz tylko jeden widziałem stopniowe powiększanie się krwisteku w macicy zarodkowej. W przypadku tym nie mogłem zastosować operacji odtwórczej dla braku pochwy macicznej, dokonałem więc wyłuszczenia macicy drogą cięcia brzuszego. Jeżeli jednak zdarzy mi się przypadek krwisteku macicznego czy to z powodu niedorozwoju szyi macicznej, czy też z powodu niewytworzenia się kanału w szyi, to przedewszystkiem będę się starał zapewnić odpływ krwi miesięczkowej zapomocą metody odtwórczej, wycinając płaty z boków części pochwowej, a przy jej braku ze sklepień pochwy.

---



## PORÓD U KOBIETY Z MIEDNICĄ KRĘGOZMYKOWĄ (Spondylolisthesis)

podał

Dr. T. PIOTROWSKI

*Asystent.*

Jak wiadomo spondylolisthesis jest cierpieniem rzadko spotykanem. Mimo to żadna może z postaci ścieśnienia miednicy nie jest tak dokładnie pod względem etyologii i z punktu widzenia anatomicznego opracowana, jak właśnie spondylolisthesis. Zbytecznym byłoby chyba w czasopiśmie lekarskim polskim podnosić, jak wielkie zasługi położył właśnie w tym dziale nauki Neugebauer. Poświęciwszy badaniu tego cierpienia całe lata pracy, z bystrością sądu równą pracowitości rozjaśnił cały szereg faktów i postawił naukę o kręgozmyku na tej wyżyźnie, że Breus i Kollisko, rozpoczynając w dziele swoim o ścieśnionych miednicach ustęp odnośny, piszą: „...przyznajemy otwarcie, że ten temat wcale nas nie pociągał. Uchodzi on za najlepiej opracowany i najdokładniej wykończony w całej nauce o miednicy“.

Jeżeli mimo to opisuję odosobniony przypadek kręgozmyku, czynię to dlatego, iż spotyka się w praktyce położniczej rzadko, i że skutek tego budzi interes z punktu widzenia rozpoznawczego. Przypadek, który poniżej przedstawiam, jest właśnie co do cech rozpoznawczych typowy.

K. J. lat 43, żona robotnika kolejowego. Podaje, iż w 15-tym roku życia spadła z dość wysokiej drabiny na belki, z chwilą upadku uczuła silny ból w całym ciele, poczem utraciła przytomność. Ciężko chora, gorączkując, przeleżała trzy miesiące, w tym czasie miały być zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, porażenie i znieczulenie kończyn dolnych. Po trzech miesiącach przypadłości te ustąpiły, czucie powróciło, zaczęła nawet chodzić, chód jednak już się nie poprawił, w całości pozostał zawsze ociężały i niepewny. Później była zupełnie zdrowa, miesiączka pierwsza przyszła w 19 roku, następne w równych odstępach czasu, trwające cztery dni, niezbyt obfite i niebolesne. Od trzech lat

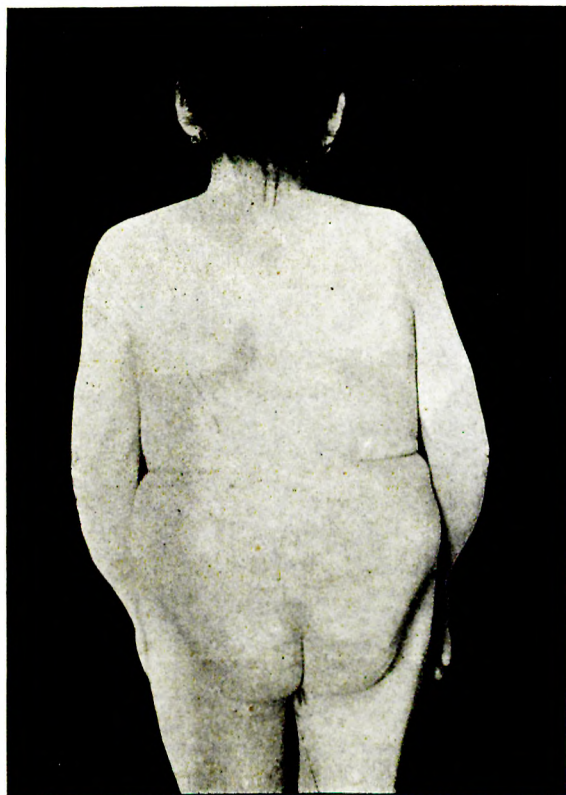
zameżna, w pierwszym roku po wyjściu za mąż poroniła w trzecim miesiącu ciąży, poczem była zupełnie zdrowa, ostatnia regularność była 15-go czerwca 1903, zupełnie prawidłowa, ruchy płodu pojawiły się z początkiem listopada, przez cały czas ciąży była zdrowa. W nocy z dnia 25-go na 26-ty marca wystąpiły pierwsze bóle porodowe, nad ranem odeszły wody z krwią zmieszane. Po odpłynięciu wód bóle osłabły, utrzymywało się jednak nieznaczne krwawienie. Zaniepokoiło to położną, i dlatego zawezwano prof. Rosnera, który po zbadaniu rozpoznał „spondylolisthesis“ i polecił rodzącą przewieźć na swój oddział. Przyjęta na oddział dnia 26-go marca 1904, o godzinie 7-ej wieczorem. Przy badaniu znaleziono: Osoba wzrostu małego, przysadkowego, wysokości 135 cm., dobrze odżywiona. Cera zdrowa, budowa kośćca gruba. W pozycji stojącej widać znaczne skrócenie tułowia przez usunięcie się ku przodowi kręgów lędźwiowych. Łuki ostatnich żeber zachodzą za grzebień kości biodrowej, kończyny bez zmian, kość krzyżowa znacznie ku tyłowi wysunięta, spojenie łonowe mało jest nachylone u chorej stojącej, prawie pionowe, brzuch obwisły. Skrócenie tułowia, wypuklenie kości krzyżowej ku tyłowi i zagłębienie w dolnej części kręgosłupa lędźwiowego widzieć można na dołączonych rysunkach (Rys. 1 i 2). Na szyi wole płatu prawego wielkości dużego jaja, płuca i serce prawidłowe, ciepota 36,9, tętno 82. Sutki na szerokiej podstawie, obwódka koloru włosów, brodawka prawa chwytna, lewa wklęsła, przy ucisku wydziela się klej. Brzuch obwisły, odległość od spojenia do pępka 15 cm., do dna 31 cm., linia pośrodkowa zabarwiona do dołka podsercowego, liczne świeże pręgi; pępek płaski, obwód brzucha przez pępek 102 cm. Macica, więcej na boki rozszerzona, sięga dnem na trzy palce poniżej wyrostka miedzykowatego. Wód płodowych brak, położenie płodu poprzeczne grzbietowe pierwsze, tętno płodu głośne, prawidłowe.

Srom zasiniaty, wejście do pochwy otoczone przedartą błoną dziewiczą, pochwa gładka, dość obszerna, część pochwowa utrzymana, kształtu stożkowatego, ujście zewnętrzne po stronie prawej, ze sromu stale odpływa nieznaczna ilość krwi. Mocz jasny, bez białka.

Pomiary miednicy:

Obwód miednicy . . . . .	83 cm.
Dist. spinalis . . . . .	25 „
„ cristalis . . . . .	29 „

Dist. trochanterica . . . . .	29	cm.
Conjugata externa, mierzona od miejsca zagłębienia powyżej górnego brzegu kości krzyżowej . .	19	"
Conjugata externa, mierzona od najmocniej ster- czącego punktu kości krzyżowej . . . . .	21 $\frac{1}{2}$	"



Rys. 1.

Conjugata diagonalis anatomica (od dolnego brze- gu spojenia łonowego do górnego brzegu kości krzyżowej) . . . . .	12 $\frac{1}{2}$	cm.
Conjugata diagonalis obstetricia (od dolnego brze- gu spojenia łonowego do najbliższego spoje- nia punktu zesuniętego kręgu). . . . .	8 $\frac{1}{2}$	"

Z tego wnosić można, że:

Conjugata vera anatomica wynosi . . . . . 11 cm.

Conjugata vera obstetricia . . . . . 7 „

Ponieważ zesuwały się w głąb miednicy piąty krąg lędźwiowy zastania górny brzeg kości krzyżowej, przeto conjugata anatomica nie może być w tym przypadku ściśle anatomiczną i odpowiada zapewne nieco niższemu punktowi miednicy.

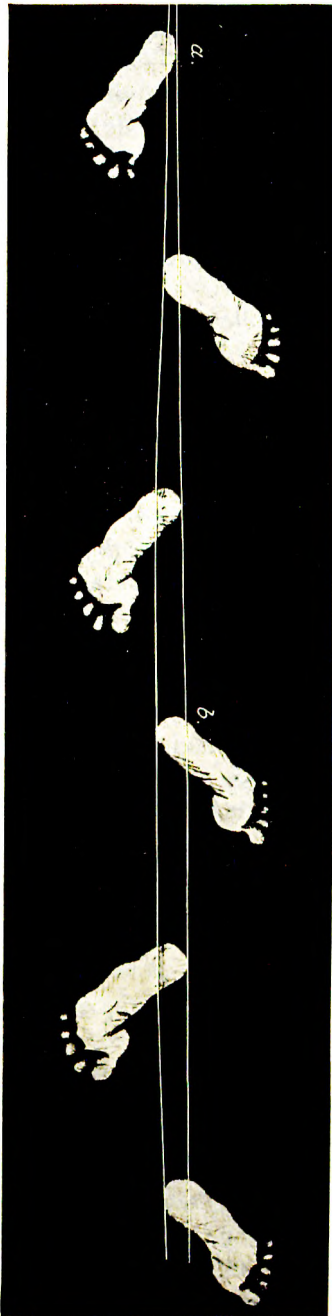


Rys. 2.

Sprężna próżni . . . . .  $11\frac{1}{2}$  cm.

Sprężna wychodu . . . . . 10 „

Przy badaniu miednicy przez pochwę czuć w miejscu promontorium guz kostny, mocno w głąb miednicy sterczący. Przy dokładnem obmacaniu czuć wyraźnie, że guz ten stanowi naj-



Rys. 3.  
Ichnogram przy kręgozmyku.

niższe kręgi lędźwiowe. Trudno rozstrzygnąć, ile kręgów wymacać można, ma się jednak wrażenie, iż palcem dojsć można do 3-go kręgu, przyczem czuje się tętnicę główną i jej podział na art. iliacaе comm. Dolna powierzchnia sterzącego do miednicy kręgu lędźwiowego piątego tworzy z przednią powierzchnią kości krzyżowej kąt mniejszy niż 90°.

Chcąc dokładnie ocenić stopień kręgozmyku, zdjęliśmy z chorej dwa rentgenogramy, które jednak wypadły o tyle niewyraźnie, że ich tu nie podajemy.

Pouczające natomiast są ichnogramy. Odpowiadają one w zupełności temu, co w tym względzie podał Neugebauer. Chód wogóle niepewny, kroki krótkie (o  $\frac{1}{3}$  krótsze, niż u innych rodzących), przyczem chora stawia jedną nogę przed drugą, jak to widać na załączonym rysunku (Rys. 3).

Ponieważ w chwili przyjęcia rodzącej stan jej i dziecka był zupełnie dobry, a część pochwo-wa jeszcze utrzymana i ujście prawie zamknięte, krwawienie przytem nieznaczne, postanowiono, pomimo odejścia wód, czekać aż poród dalej postąpi, ujście się rozszerzy i wtenczas dopiero wykonać *cięcie cesarskie*. Chodziło mianowicie o uniknięcie amputacyi macicy, któraby przy zupełnie zamkniętej

szyi u pierwiastki mogła się okazać konieczną. Bóle, które bezpośrednio po przywiezieniu pojawiały się co 6—7 minut, stały się w nocy coraz radsze i słabsze. Nad ranem dnia następnego t. j. 27 marca, po ławatywie i kilku kąpielach bóle stały się znowę nieco mocniejsze i częstsze. Koło godziny 9-ej zrana tętno płodu zaczęło być nieregularne, w pół godziny później coraz słabsze, dlatego też ze względu na dziecko o 10-ej przystąpiono do operacyi w uspieniu chloroformowem. Po należytem oczyszczeniu powłok brzusznych poprowadzono cięcie w linii środkowej, poczynając 5 cm. powyżej pępka i nie dochodząc do spojenia łonowego. Równocześnie wstrzyknięto 1 grm. ergotyny podskórnie. Po przecięciu powłok wytoczono macię przed ranę, przykrywając równocześnie trzewia ciepłymi kompresami, gotowanymi w płynie Tavela. Macię przecięto cięciem podłużnem; przedarłszy pęcherz, wydobyto płód lekko omdlały, poczem odklejono łożysko, leżące w dole macię i brzeżnie przodujące. Aby ułatwić odpływ odchodów, starano się przeprowadzić przygotowany gruby sącdek przez przewód szyi, ponieważ jednak ujście jeszcze na tyle było zamknięte, że dren o średnicy 2 cm. przeprowadzić się nie dał, zdecydowano się usunąć macię. Podwiązano więc częściowo więzadła, pozostawiając po stronie prawej zupełnie prawidłowy jajnik, poczem odpreparowano otrzewną na wysokości dolnego odcinka dookoła macię, miąższ zaś sam odcięto poniżej klinowato. Po usunięciu macię przeprowadzono podwiązki przez przewód szyi do pochwy, ponad tem zeszyto katgutem miąższ macię i dwupiętrowym szwem otrzewną.

Powłoki zeszyto w całości, zakładając szew katgutowy na otrzewną, jedwabne szwy głębokie na mięśnie, szew katgutowy na powięź i szew jedwabny skórny.

Wydobyty płód płci męskiej, 48 cm. długi, ważył 2900 grm. Obwód główki 34 cm., inne wymiary odpowiadające płodowi do- noszonemu.

Przebieg pooperacyjny był dosyć nieprawidłowy.

Zaraz pierwszego dnia po operacyi wystąpiły nudności i wymioty. 28. III., to jest drugiego dnia, ciepłota podniosła się do 38° C, tętno 94, przyczem wystąpiło silne bardzo wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów, odbijanie i nudności; wymiotów brak, język wilgotny, brzuch przy dotyku nie bolesny.

Stan ten utrzymywał się do dnia 30. III., t. j. do czwartego dnia po operacyi; w tym czasie ciepłota spadła poniżej 37° C,

tętno jednak podniosło się do 120. W dniu tym podano wysokie wlewania, po których odeszła tylko nieznaczna ilość gazów, rozdęcie nie zmniejszyło się jednak.

Piątego dnia, t. j. 31. III., przy normalnej ciepłocie tętno doszło do 150 uderzeń na minutę, wzdęcie powiększyło się jeszcze, mimo to brzuch przy dotyku nie bolesny, język wilgotny. Podano physostygminę ze sparteiną, a w cztery godziny potem odeszła duża ilość gazów. To samo zastosowano i dnia szóstego (1. IV) również z dobrym skutkiem, brzuch stał się znacznie miękki ale mimo to dosyć jeszcze wzdęty, przyczem tętno opadło do 140.

Siódmego dnia (2. IV.) zrobiono ponownie wysokie wlewania po których wystąpiła biegunka, utrzymująca się przez dwa dni, przy ciepłocie normalnej, tętnie 140; brzuch był stale wzdęty, ale miękki i niebolesny.

Dziewiątego dnia (4. IV.) ciepłota podniosła się do 38° C, tętno jednak opadło do 120, a nadto pojawiła się bolesność w ranie w okolicy pępka i z boku po stronie lewej na wysokości pozostawionego kikuta. Zdjęto opatrunek i znaleziono rozsuniecie się rany powłok aż do otrzewnej na wysokości pępka na przestrzeni 3—4 cm. i bolesny naciek w brzuchu nad pachwiną lewą. Oczyszczywszy ranę ściągnięto ją plastrami.

Do dziesiętnastego dnia po operacji, t. j. 14. IV., ciepłota była stale podwyższona: rano dochodziła do 37.4° C, wieczorem do 38° C, tętno wahało się między 98 a 140. W tym czasie wyjęto szwy z rany, powyżej i poniżej rozstępu w całości zgojonej. Zbliżnił się też w części rozstęp, a naciek bolesny po stronie lewej znacznie zmalał.

Od dwudziestego dnia aż do chwili opuszczenia oddziału (8. V.) przebieg był zupełnie bezgorączkowy, chora szybko do sił powracała, i w tym czasie wyszły przez pochwę przewiązki. W chwili wyjścia wyglądała zupełnie zdrowo, nie skarżyła się na żadne dolegliwości, rana powłok była w całości zgojona; badaniem przez pochwę nie wykrywało się wysięku obok kikuta, który był ruchomy i niebolesny.

W przypadku tym stwierdziliśmy to samo, co już w kilku poprzednich przypadkach usunięcia macicy połogowej, mianowicie zupełną utratę pokarmu mimo sutki dobrze rozwiniętej i dostatecznej ilości kleju. Płód nie był skutkiem tego karmiony przez matkę, lecz przez inne położnice, rozwijał się jednak zupełnie prawidłowo i w chwili wyjścia znacznie wcześniej od

matki, bo już 11-go kwietnia, a więc szesnastego dnia ważył 3350 gramów.

Przypadek, powyżej opisany, nazwałem typowym, i jest on taki niewątpliwie. Wywiady mówią o ciężkim urazie, spowodowanym upadkiem z dość znacznej wysokości. Skutki tego urazu były bardzo ciężkie: znieczulenie i porażenie kończyn dolnych, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału każą myśleć o ucisku na rdzeń w części lędźwiowej kręgosłupa, spowodowany zapewne złamaniem kręgu. Również jak wywiady typowy był wynik badania zewnętrznego i wewnętrznego, tak że rozpoznanie nie mogło ulegać wątpliwości.

Postępowanie lecznicze podyktowane było koniecznością. Do amputacji macicy zdecydowaliśmy się w ostatniej chwili po stwierdzeniu zupełnego zamknięcia przewodu szyi macicznej, co przyszło nam tem łatwiej, iż chora liczyła już 43 lata. Jajnik pozostawiliśmy umyślnie, mając nadzieję, że w ten sposób unikniemy niemiłych następstw kastracyi.



## II.

# SPRAWOZDANIA

### O UNIKANIU WYMOŹDZENIA.

**J. Veit. Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder.** O unikaniu wymóżdzenia żywych płodów. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1904, № 38).

Na temat powyższy autor miał odczyt w Towarzystwie lekarskim w Halli. W rysie historycznym operacji w mowie będącej, poczynając od Osiandra, który był zdania, iż dobry położnik nie powinien dokonywać wymóżdzenia żywego płodu, autor przytacza ostateczny wniosek Sippla, wypowiedziany w jego pracy z r. 1902 p. t. „O uprawnieniu pozbawienia życia dziecięcia celem uratowania matki,“ że pozbawienie życia płodu w celu uratowania życia matki jest w pewnych razach nakazane. Pinard na Kongresie międzynarodowym w Amsterdamie określił swoje stanowisko w słowach: „l'embryotomie de l'enfant vivant a vecu“ („embryotomia żyjącego dziecka przeżyła się“), ale dowody na to twierdzenie niezbyt były szczęśliwe, albowiem wyniki cięć łonowych (symfizeotomij), dokonanych przezeń a mających zastąpić wymóżdzenie, były niedobre: na 100 operacyj umarło 12 matek, i urodziło się 13 dzieci nieżywych. Pinard odrzucił prócz tego sztuczne poronienie i wszelkie te rękoczyny przy zwężonej miednicy, których zadaniem jest gwałtowne przemożenie przeszkody mechanicznej, a więc nałożenie wysokich kleszczy i dokonanie zapobiegawczego obrotu. I dlatego zdanie Pestalozzy, że wymóżdzenia żyjącego dziecka nie można jeszcze wykreślić z rzędu operacyj położniczych, poparte przez Leopolda, iż w prywatnej praktyce operacja ta w pewnych razach jest nieuniknioną, podziela przeważną część autorów.

Veit uważa cięcie łonowe i cięcie cesarskie, jako operacje współzawodniczące w wymóżdzeniu. Co do wyników cięcia łonowego autor przytacza przedewszystkiem statystykę Zweifla: 35 kobiet wyzdrowiało kolejno, a z ogólnej liczby 46, operowanych w ten sposób, zmarło 3. Śmiertelność więc po cięciu łonowym wynosi 7%, gdy odsetka zgonów po wymóżdzeniu, zdaniem Zweifla, równa się zeru. Zweifel jednak myli się pod tym względem, albowiem odsetka śmiertelności z wymóżdzenia w klinice autora wynosi 4—5%, a Koblanck na zasadzie dużego materyału z berlińskiej kliniki uniwersyteckiej podaje, iż na 110 perforacyj zmarło 13 matek = 12,7%.

Veit przypomina dalej, że przed 30-tu laty uczono, iż obrót daje 13% śmiertelności. Dzisiaj zaś mówimy, iż obrót sam przez się nie daje żadnej śmiertelności. Śmierć bowiem matki nie następuje skutkiem samego obrotu, lecz w zależności od przyczyn obocznych, jak zakażenie, pęknięcie macicy, lub przypadkowych, jak np. z powodu chloroformu, wniknięcia powietrza do żył i t. p. To samo, zdaniem Veita, zachodzi przy cięciu łonowem; 7% Zweifel nie obarczają operacyi: gdy 35 kobiet z kolei wyzdrowiało, rokowanie należy uważać za pomyślne. Tylko te przypadki kończą się śmiertelnie, w których już poprzednio lub podczas zabiegu nastąpiło zakażenie. Autor przychodzi ostatecznie do wniosku, że *cięcie łonowe co do życia matki jest również pewną operacyą jak wymóżdzenie*.

Przy cięciu cesarskiem zachodzą podobne stosunki. Operowane zdrowieją, jeżeli nie są zakażone i nie giną skutkiem krwotoku. Śmiertelność rzeczywista przy cięciu cesarskiem wynosi 5—10%. Większa część umiera skutkiem zakażenia, które istniało przed operacyą lub którego nie uniknięto w czasie zabiegu. Gdyby rozpoznano z pewnością istniejące już zakażenie, to albo nie przystępowanoby do cięcia cesarskiego, albo też dokonano by operacyi Porry. Co się tyczy zakażenia podczas operacyi, to uniknięcie go uważamy obecnie za zupełnie możliwe, nie liczymy się więc z śmiertelnością powstałą z tego źródła. Zejścia niepomyślne objaśnia się głównie tą okolicznością, że nie jesteśmy w stanie rozpoznać z pewnością już przed operacyą, czy macica jest zakażona; możemy bowiem rozpoznać obecność drobnoustrojów gnicia (saprophytów), ale nie mamy możliwości stwierdzenia podczas operacyi obecności paciorkowców w macicy. Co do krwotoków macicznych, zachodzą one skutkiem niedowładu (atonii), występującego, gdy się operuje przy braku skurczów macicy lub z nałożeniem sznura elastycznego na szyję, gdy uspienie jest zbyt głębokie i wreszcie niezależnie od przyczyn powyższych. Krwawienie jednak, gdy inne środki nie pomagają, można opanować z pewnością przez zastosowanie zaleconej w tym razie przez Wydersa operacyi Porry. Na podstawie powyższego rozumowania Veit dochodzi do wniosku, że *cięcie łonowe i cięcie cesarskie są również bezpieczne dla matki jak wymóżdzenie*, i że przy zachowaniu ostrożności śmiertelność jest jednakowa przy wszystkich trzech operacyach.

Dalej Veit żąda, aby chore, u których ma być dokonane cięcie łonowe lub też cięcie cesarskie, bezwarunkowo przenoszone były do szpitali i zakładów odpowiednio urządzonych. Praktyka przekonywa, że przenosiny rodzących, trwające nawet 2—3 godzin, są dobrze przez nie znoszone, jeżeli podamy uprzednio duże dawki makowca lub morfiny celem uspokojenia bólów porodowych.

Wskazania dotychczasowe do wymóżdzenia żywego dziecka są: 1-o zagrażające pęknięcie macicy, 2-o rozpad zawartości macicy i zakażenie kanału rodnego, i w końcu 3-o niemożliwość ukoń-

czenia rozpoczętej operacji kleszczowej. Wszystkie te wskazania nie stanowią przeszkody do przewiezienia chorej do zakładu leczniczego i dozwolą lekarzowi przystąpić zamiast wymóżdżenia do cięcia lonowego lub też cesarskiego, operacyj, zapewniających jeżeli nie zawsze, to w większości przypadków, utrzymanie dziecka przy życiu.

Autor od r. 1896 na 8000 porodów ani razu nie dokonał sam ani też dozwolił dokonać asystantom i uczniom swoim wymóżdżenia na żyjącem dziecku, a wykonał natomiast 20 cięć cesarskich i 6 lonowych, a więc na ogół 26 operacyj. Z liczby operowanych zmarły dwie: jedna skutkiem rozejścia się szwu katgutowego, nałożonego na ranę macicy, druga — wskutek zapalenia otrzewnej. Z 26 dzieci nie można było docucić dwojga po cięciu lonowym, wykonanem z powodu odmy macicy (physometra). Należy przypuścić, iż śmierć tych płodów była następstwem działania gazów gnilnych. Co się zaś tyczy zmarłych matek, to jedna mogła być uratowaną przez dokonanie wycięcia macicy, druga zaś zmarła z powodu nieszczęśliwego przypadku, którego można było jednakże uniknąć.

Autor przytacza liczby z kliniki w Halli, dotyczące wymóżdżenia za ostatnie lat dziesięć. Na 116 operacyj zmarło 8 matek, a więc wymóżdżanie dało 6,9% śmiertelności, a nie idealne 0%.

Opierając się na powyższych danych i nabytem doświadczeniu, Veit stawia następane twierdzenie: *ani dane statystyczne, ani rozważenie wskazań nie dozwalają obecnie dokonywania wymóżdżenia na żywym dziecku z zastrzeżeniem, iż wszelkie operacje, przy których można się spodziewać pewnych trudności, dokonywane będą w odpowiednio urządzonych zakładach leczniczych.*

R.

## KLESZCZE PRZY POŁOŻENIU POŚLADKOWEM.

### R. Müllerheim.—Über die Anwendung der Kopfzange bei Beckenendlage.

O nałożeniu kleszczy przy położeniu pośladowem. (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1904, Z. IX).

Autor omawia dwa następujące przypadki nałożenia kleszców na pośladki. W pierwszym z nich trzeba było z powodu eklampsji ukończyć poród jak najprędzej, tymczasem pośladki do tego stopnia były wklonowane, że nie było możebne ani sprowadzenie nóżki, ani też zahaczenie palca o biodro. Poświęcając życie dziecka dla matki, autor próbował założyć hak tępy, i ten jednak zabieg nie dał się wykonać. Nałożył tedy kleszcze Tarniera i ściągnął pośladki ku dołowi, poczem zahaczył palcem o biodro i wydobył dziecko żywe. Prócz nieznacznych wylewów krwi pod skórą pośladowców innych śladów obrażeń nie było.

W drugim przypadku, zupełnie analogicznym co do wklino-

wania pośladków, trzeba było ukończyć poród, ponieważ tony serca dziecka stały się głuche i nieprawidłowe. I tym razem kleszcze okazały się narzędziem doskonałym: można było ściągnąć pośladki o tyle, że dalsze wydobycie zwykłym sposobem dało się łatwo skutecznie. Przytaczając dwa spostrzeżenia powyższe, autor nie ma zamiaru bynajmniej proponowania kleszczy, jako stałej metody przy położeniach pośladkowych, zwraca jednak uwagę, iż sposób ten niesłusznie został całkowicie zarzucony. Jest to bowiem sposób łatwiejszy i nie tak barbarzyński jak założenie haka i w niektórych przypadkach, gdzie zwykle sposoby zawodzą, a trzeba spieszyć się z ukończeniem porodu, może oddać nieocenione usługi. Kleszcze Nägelego nie będą odpowiednie w tych razach, gdyż mają za dużą krzywiznę i nie obejmują dobrze pośladków; lepsze są kleszcze Tarniera. Nakładać należy sposobem zwykłym, starając się, by końce kleszczy objęły ściśle z obydwóch boków miednicę dziecka. Obrażeń miednicy płodu, zdaniem autora, niema się co obawiać, ponieważ ochrania ją tkanka tłuszczowa i mięśnie.

G. PISARZEWSKI.

## CIAŻA JAJOWODOWA.

### A. Ostrčil (Ostreczil). — Przyczynek do anatomii drobnowidzowej ciąży jajowodowej (Z Instytutu anatomicznego prof. Janošika i Kliniki położniczej prof. Rubeški).

Poglądy na zapłodnienie jajeczka dzięki pracom Speego i Petersa uległy zmianie. Powszechne dawniej zapatrywanie, że jajeczko po zapłodnieniu osiada na śluzówce macicznej, która tworzy dwie fałdy, obrastające jajeczko, zachwiane jest bardzo. Na zasadzie prac wyżej wymienionych i całego szeregu następných jest rzeczą pewną, iż implantacya jajeczka u pewnych gatunków ssawców, a prawdopodobnie i u człowieka, ma przebieg zgoła inny, a mianowicie: jajeczko przenika pod nabłonek wgląb obrzmiałej błony śluzowej w sposób taki, że znajduje się zupełnie poza obrębem jamy macicy. Jajeczko skrywa się w błonie śluzowej mniej więcej podobnie, jak ziarno w zoranej glebie. Miejsce, które jajeczko przenikło pod nabłonek, zarasta tkanką włóknistą. Podług obecnych poglądów, błoną torebkową—membrana capsularis—nazywa się ta warstwa tkanki, która oddziela swobodny biegun jajeczka od jamy macicy (dawniej decidua reflexa).

Prace Fūtha i innych wyjaśniły w sposób podobny osiedlenie się zapłodnionego jajeczka w jajowodzie. Ponieważ jednak śluzówka jajowodu jest nadzwyczaj cienka i posiada minimalny odczyn doczesnowy (reakcyę decydualną), przeto jajeczko wnika aż do warstwy mięśniowej i tu rozwija się dalej. Tak więc jajeczko osiada w ścianie jajowodu zupełnie poza jego światłem,

a w błonie torebkowej (membrana capsularis), oddzielającej jajeczko od światła jajowodu, występują włókna mięśniowe.

Dwa okazy ciąży jajowodowej, na których autor oparł swe studyum, uzyskano zapomocą laparotomii, dokonanej z powodu krwotoku do jamy brzusznej. Usunięte jajowody wykazywały pęknięcie bardzo nieznaczne, a w nietkniętych błonach zachowały się w dobrym stanie płody (w pierwszym przypadku 4 mm. długości, w drugim—4 cm.). Autor dokonał z obydwóch preparatów całkowitej seryi cięć, z których więcej charakterystyczne podaje w swej monografii.

Na mocy szczegółowych badań autor przychodzi do następujących wniosków. W obydwóch przypadkach jajeczko rzeczywiście umieściło się odśrodkowo poza światłem jajowodu pod nabłonkiem błony śluzowej, w dalszym zaś rozwoju rozrastało się do światła jajowodu. Wolny biegun jajeczka jest oddzielony od światła jajowodu błoną torebkową (membrana capsularis), składającą się z tkanki włóknistej, przetkanej rzadka barwiącemi się nieokreślenie komórkami lub też samotnymi jąderkami. W miejscach, gdzie membrana capsularis styka się z błoną śluzową, można wykazać obecność komórek doczesnej. Błona torebkowa nie jest pokryta nabłonkiem i nie zawiera też włókien mięśniowych. Warstwa mięśniowa jajowodu jest mocno *uciśnięta* i *napięta* przez jajeczko i ścianę przeciwległą jajowodu, gdzie jest nieco przerosła. Ani w pierwszym przypadku, ani też w drugim jajeczko nie leży międzymięśniowo.

Obrazy drobnowidzowe autora zgadzają się po większej części z podanymi przez Couvelaira.

Na równi ze wszystkimi, badającymi tę sprawę, autor wykazał na zewnętrznej ścianie jaja płodowego dwa rodzaje komórek. Jedne z nich, zgodnie z ogółem badaczy, uważa za wybijające komórki Langhansa (a więc pochodzenia zarodkowego). Więcej odśrodkowo położone komórki, występujące raz gęściej, to znowu rzadziej, i pokrywające wewnętrzną ścianę legowiska jaja płodowego, utworzonego przez rozciągniętą część jajowodu, wraz z Kroemerem przyjmuje za komórki doczesnej (nie zaś za elementy zarodkowe, czego się trzyma wraz z Kühnem większość autorów), a to z następujących powodów: komórki te różnią się od komórek Langhansa postacią; podobne są w zupełności do komórek doczesnej macicy; można stwierdzić ich przejście w komórki błony śluzowej jajowodu. Zwłaszcza naokoło naczyń krwionośnych charakter doczesnej jest widoczny wyraźnie; w niektórych miejscach ściana naczyń składa się jedynie z komórek doczesnej i śródłonka. Autor nie usiłuje rozstrzygnąć kwestyi powstawania syncytium i wytwarzania się t. zw. przestrzeni międzykosmkowej. W licznych preparatach spostrzegł autor, że grudki syncytium rozpadają się w przestrzeni międzykosmkowej na pojedyncze komórki z jądrem, które mogą być uniesione z krwią

matczyną. Zabójcze nieraz krwawienie z nieznacznego pęknięcia jajowodu, zdaniem autora, zależy od tego, iż syncytium podobnie jak śródbłonek powstrzymuje ścinanie się krwi. Istnieje tu pewna analogia z długotrwałem niekiedy krwawieniem z macicy przy zatrzymaniu resztek jaja płodowego,—krwawieniem, które ustępuje natychmiast po opróżnieniu macicy.

W końcu swej sumiennej i nadzwyczaj ciekawej pracy autor pomieszcza następujące uwagi.

W obydwóch przypadkach ciąża pozamaciczna rozwinęła się w cieśni (isthmus) jajowodu. Na uwagę zasługuje, że część maciczna jajowodu była nadzwyczaj kręta (moment przyczynowy według Freunda). Poza tem w pierwszym przypadku znaleziono corpus luteum verum w jajniku drugiej strony. Zaszła więc w tem spostrzeżeniu t. zw. zewnętrzna wędrówka jajeczka (moment przyczynowy według Sippla). Przebieg osiedlenia się jajeczka i jego wzrostu odpowiadał w zupełności danym, ustalonym dla ciąży macicznej: jajeczko nie umieściło się w warstwie mięśniowej i nie naruszyło całości tej warstwy. Należy więc w niektórych przypadkach uwzględnić inny sposób rozwoju jaja od podanego przez Füttha. Pęknięcie jajowodu powstało mechanicznie skutkiem napięcia, zależnego od wzrostu jaja, i silnego nabrzmienia tkanek w następstwie licznych wylewów krwi do ściany. Doczesna wytwarza się w jajowodzie nie w takim stopniu, rozumie się, jak w macicy, co zależy a priori od układu anatomicznego jajowodu. W okresach początkowych spotykamy doczesną w bezpośrednim otoczeniu jajeczka, w pozostałej części jajowodu brak jej zupełnie. Zjawisko to zresztą nie przedstawia nic szczególnego, dzieje się bowiem to samo, podług Petersa, i w macicy.

W przypadkach autora zmiany w jajowodzie ciężarnym na ogół odpowiadały w zupełności zmianom odnośnym w macicy. Pozornie odrębne zjawiska zależą od rurkowatej postaci jajowodu, jak również od cieńszej śluzówki i warstwy mięśniowej.

P. Rudzki.

## CIAŻA MACICZNA I POZAMACICZNA.

**Worrall. — Concurrent Tubal and Uterine Pregnancy.** Równoczesna ciąża maciczna i jajowodowa. (*Australian Med. Gaz.* 1904, № 3).

33-letnia kobieta, która przed 6 laty urodziła drugie dziecko, zapisała się do szpitala w Sydney 20. VII. 1903. Cztery tygodnie temu silne bóle w prawej okolicy pachwinowej oraz wymioty, od trzech tygodni trwa z części rodných krwawienie. Od czasu do czasu natężenie bólów. Poronienie przed 1½ rokiem. Na dwa miesiące przed początkiem choroby zatrzymał się peryod, i pacjentka uważała siebie za ciężarną. Obok powiększonej macicy wymacano po prawej stronie guz wielkości pomarańczy. Rozpoznano

ciężę jajowodową, dokonano jednak wyskrobania macicy, przyczem wydobyto nienaruszone jaje cztero- lub pięcioletniowe: zmieniono więc rozpoznanie, ustalając ciężę maciczną obok przyjajnikowej torbieli prawostronnej. Po wyskrobaniu obfite krwawienie. W kilka dni potem dokonano laparotomii i wycięto niepęknięty jajowód, zawierający wśród skrzepów płód długości  $\frac{3}{4}$  cala w jajach nienaruszonym. Równocześnie usunięto krew, która wylała się do jamy brzusznej przez ujęcie brzuszne jajowodu. Autor upatruje przyczynę bólów w krwawieniach do wewnątrz jajowodu i rozciągnięciu jego ścian. Chora wyzdrowiała.

**F. F. Simpson.**—**Równoczesna cięża maciczna i pozamaciczna.** (*American Journ. of Obstetrics*, 1904, Marzec).

Autor na podstawie 113 odnośnych spostrzeżeń nastaje na konieczność operacyi bardziej jeszcze niż przy samej tylko ciąży pozamacicznej, gdyż równoczesne wystąpienie ciąży pozamacicznej obok macicznej w wysokim stopniu zagraża życiu chorej: niebezpieczeństwo więc jak najprędzej usunąć należy. Autor dołącza opis następującego przypadku.

U kobiety, która poprzednio nie rodziła, ostatnia miesiączka 20. XII. 1902. Dnia 19 lutego 1903 r. nagłe wystąpienie bólów w okolicy prawego jajowodu, objawy ostrej niedokrwistości, tętno 120. Po upływie czterech tygodni stan się znacznie poprawił; obok prawostronnej ciąży zamacicznej rozpoznano i ciężę maciczną. 9. IV. 1903 usunięto ciężarny jajowód wraz z krwistkiem okołojajowodowym (haematocele peritubaria). Cięża maciczna przebiegała dalej, i dnia 12. IX. urodziło się żywe, donoszone dziecko.

(Referent łącznie z dwoma spostrzeżeniami własnymi zestawiał kazuistykę 142 przypadków ciąży bliźniaczej tego rodzaju).

FR. NEUGEBAUER.

PRZEPUKLINA OPONOWA KRZYŻOWA PRZEDNIA.

**W. Nieberding.**—**Zur Kasuistik der Meningocele sacralis anterior.** Przyczynek do kazuistyki przepuklin oponowych krzyżowych przednich. (*Münch. med. Woch.* 1904, № 31).

U 18-letniej panny autor rozpoznał krwistek zamaciczny (haematocele retrouterina). Gdy guz po miesiącu nie zmniejszył się, autor zmienił rozpoznanie, przypuszczając istnienie torbieli przyjajnikowej lub też torbieli lewego więzła szerokiego. Przy laparotomii znaleziono torbiel pozaotrzewnową, ściśle połączoną z kością krzyżową, a trudną do usunięcia. Autor zaszył ranę brzuszną i po kilku dniach opróżnił torbiel przez nakłucie od strony pochwy, przyczem wydobył zapomocą przyrządu Dieulafoy dwa litry wo-

dnistego płynu. Chora zaraz potem dostała szalonego bólu głowy i karku, nieprzerwanych wymiotów; wystąpił cały szereg objawów podrażnienia mózgu, lecz groźne objawy po kilku dniach ustąpiły. Teraz dopiero rozpoznano meningocele sacralis anterior, wychodzące prawdopodobnie z jednej z dziur krzyżowych przednich (foramina sacralia anteriora) lewej połowy kości krzyżowej. Chora nie zgodziła się na żaden ponowny rękoczyn operacyjny (i dobrze zrobiła—Ref.).

FR. NEUGEBAUER.

## KRWOTOKI ŻOŁĄDKOWO-KISZKOWE U NOWORODKÓW.

**M. Lop.** — **Hémorrhagies gastro-intestinales du nouveau-né.** Krwotoki żołądkowo-kiszkowe u noworodków. (*La Presse médicale*, 1904, № 76).

Krwotoki żołądkowo-kiszkowe u noworodków zdarzają się rzadko i co do przyczyny powstawania są bardzo niejasne. Dane, dostarczone przez oględziny pośmiertne, wykazują często prócz objawów niedokrwistości obecność owrzodzeń, umiejscowionych w większości przypadków na przedniej ścianie żołądka i w górnym odcinku dwunastnicy. Owrzodzenia te znajdowane były we wszystkich 32 przypadkach Dussera i w jednym przypadku Demelina. Ten ostatni zebrał statystykę, wyjaśniającą, iż podobne owrzodzenia znaleziono w 45 przypadkach na 100. W przypadku własnym autora istniały trzy ograniczone owrzodzenia żołądka.

Według autora, jego poprzednicy (Hergott, Demelin, Oui, Tordeux) przypisują przymiotowi (syfilisowi) w powstawaniu krwotoków zbyt małe znaczenie. Zazwyczaj za powód przyjęto uważać krwawiczkę (haemophilia), ciężkie rozwiązanie, przedwczesne wreszcie przewiązanie sznurka pępkowego, lecz istotny wpływ tych okoliczności zbyt rzadko daje się dowieść. Autor jest zdania, że przymiot odgrywa tu największą rolę. Dla tego też trzeba drobniawo rozpytać i zbadać rodziców dziecka, a przy braku wszelkich objawów pamiętać jeszcze należy, że przeoczenie przymiotu zdarza się częściej, niż przypuszczamy. Na poparcie swych zapatrywań autor przytacza spostrzeżenie de Jolyego, gdzie u dziecka zmarłego wskutek krwotoków z przewodu pokarmowego, znaleziono owrzodzenie cienkiego jelita, matka zaś dziecka przechodziła przymiot. Prócz tego Lepage spostrzegał w roku 1903 krwotoki żołądkowo-kiszkowe u dziecka, pod względem przymiotu obarzonego dziedzicznie. Krwotoki te ustały po zastosowaniu swoistego leczenia.

W przypadku autora nie było danych co do przymiotu u matki, jednakże krwotoki ustąpiły pod wpływem swoistego leczenia (liq. van Swieten), a zarazem zagoiło się owrzodzenie, istniejące na podniebieniu. Dziecko zmarło w 10 dni później z powodu zapalenia otrzewnej, zależnego od przedziurawienia przedniej ściany



żołądka w miejscu owrzodzenia. Autor sądzi, że we wszystkich przypadkach krwotoków żołądkowo-kiszczkowych należy podejrzewać przymiot, stosując leczenie właściwe nawet przy braku dziedziczności i objawów klinicznych. Zachwalane przez niektórych stosowanie lodu jest, zdaniem autora, wyraźnie przeciwwskazane, jako zwiększające oziębienie ciała już i tak znaczne wskutek utraty krwi.

BR. SZYBOWSKI.

### III.

## TOWARZYSTWA LEKARSKIE

SEKCJA GINEKOLOGICZNA WARSZAWSKA.

*V. Posiedzenie dnia 27 października 1904 r.*

Przewodniczący: prezes kol. **Teodor Boryssowicz**. Zastępuje sekretarza: kol. **Szymański**.

I. Kol. **Antoni Natanson** przedstawia dwa **włókniaki macicy**, usunięte zapomocą cięcia brzuszego, jeden wielkości główki noworodka, drugi dwa razy większy. Same guzy nie przedstawiają osobliwości, ciekawe są jednak ze względu, iż obydwie rozwijały się w tkance przymacicznej: mniejszy w prawym więzie szerokim, większy za macicą. Krwawień guzy nie wywoływały. Wskazaniem do operacji były w obu przypadkach objawy uciskowe i stwierdzone szybkie powiększanie się guza w stosunkowo nieznanym przeciągu czasu. Metoda operacyjna polegała w obu przypadkach na przecięciu otrzewnej i wyluszczeniu guza. Większy włóknik wychodził z tylnej ściany macicy; po usunięciu guza okazało się, iż jama macicy została otwarta, w obec czego zeszyto macię dwupiętrowym szwem katgutowym. Jamę, pozostałą po guzie, zmniejszono zapomocą szwów katgutowych, przedrenowano do pochwy, a otrzewną zaszyto całkowicie jedwabiem. Przebieg pooperacyjny u obydwóch chorych nie powikłany.

II. Kol. **Antoni Natanson** przedstawia **jaje płodowe z 3-go tygodnia ciąży**. Jaje to odeszło w pierwszym dniu miesiączki nie opóźnionej, i pacjentka przyniosła je, nie podejrzewając bynajmniej, że poroniła. Jaje przedstawia się jako pęcherzyk o ścianach kosmatych i zawartości lekko mętnawej. Golem okiem nie można było dojrzeć płodu. Jaje złożono prof. Hoyerowi.

III. Kol. **Teodor Boryssowicz** wypowiedział rzecz p. t. **Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego resp. całego kanału szyi macicznej**. Rzecz ta została pomieszczona w bieżącym zeszycie *Ginekologii*.

Kol. J. JAWORSKI podnosi oryginalność pomysłu, cechującą operację plastyczną kol. Boryssowicza i jednocześnie wyraża przypuszczenie, że operacja ta znajdzie zastosowanie tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach. Prelegent wykonał swój zabieg u kobiety z powodu bolesnej miesiączki i nieplodności, lecz miesiączkowanie bolesne

t. z. mechaniczne, zdaniem mówcy, bywa nader rzadko warunkowane zwężeniem ujścia wewnętrznego, a najczęściej odnieść je należy już to do przyczyn ogólnych, jak np. znaczna nerwowość, blednica, albo też bywa ono, według teorii Fliesa, przejawem odruchowym zachorzeń innych narządów, jak np. nosa; wreszcie przyczyną bolesnego miesiączkowania bywają cierpienia miejscowe, jak np. nazbyt silne zgięcie macicy, połączone z załamaniem kanału szyi, choroby jajników, trąbek, macicy.

Tak różnorodny a liczny zbiór przyczyn, warunkujących miesiączkowanie bolesne, tłumaczy nam to na pozór dziwne zjawisko, że dysmenorrhoea nie ustępuje nieraz po bardzo znacznym rozszerzeniu ujścia wewnętrznego, a nawet całego kanału szyi. Następnie, zdaniem kol. Jaworskiego, proponowana przez prelegenta operacja nie znajduje szerszego zastosowania i dla tego, że zwężenia całego przewodu szyi, a tem samem ujścia wewnętrznego, najczęściej idą w parze z ogólnym niedorozwojem narządów płciowych, gdy jest. t. z. infantylismus, a przynajmniej z niedorozwojem samej macicy. Z tego względu wynik rozszerzenia szyi, podejmowany w celu usunięcia naprzykład nieplodności, bywa w tych razach ujemny, a proponowana przez kol. Boryssowicza operacja plastyczna na macicy ze zwężonym kanałem, ale niedorozwiniętej wydaje się kol. Jaworskiemu wprost niewykonalną; odseparowanie i wszycie płatów uda się, gdy macica będzie tej wielkości, co model, który pokazuje prelegent, lecz operacja plastyczna chybi, nie da się wykonać, gdy to będzie jedna ze znanych postaci anatomicznych niedorozwoju macicy, o ścianach bardzo ściętych, lub wogóle defekt kanału rodnego, o jakim mówi prelegent. Pozostaje jeszcze kategoria zwężeń, powstałych mianowicie na tle spraw za palnych z przrostem, lecz tutaj mamy rozległe zmiany w całej macicy, i dla tego w tych przypadkach, zdaje się, będzie odpowiedniejszą, bo doprowadzić może cały organ do sprawności, operacja, która łączy w jeden akt rozcięcie całej szyi z częściowem klinowatym wycięciem warg, t. j. t. z. *discidirende amputation Schrödera*. W ostatecznym wniosku kol. Jaworski, podnosząc raz jeszcze oryginalność pomysłu, o którą zawsze niełatwo, przypuszcza, iż operacja kol. Boryssowicza może mieć tylko nader wyjątkowe zastosowanie, a na szersze rozpowszechnienie jej nie wpłynię zapewne dodatnio i ta okoliczność, że wykonywać ją trzeba w dwa tempa z dłuższą przerwą (4—6 tygodni), czyli że wypada robić dwie operacje, każdą oddzielnie.

Kol. ZWEJGBAUM. Również jestem zdania, że wskazania do operacji zwężonego ujścia wewnętrznego macicy powinny być jak można najbardziej ograniczone, zwężenia te bowiem poczytuję za przytrafiające się nader rzadko. Przekonałem się, że najczęściej zwężenia są następstwem wrodzonego niedorozwoju macicy albo też wrodzonego zgięcia macicy ku przodowi pod kątem stałym — *anteflexio angularis*, lub zgięcia bocznego — *lateroflexio uteri*. Zgięcia te powodują właściwie nie zwężenie ujścia wewnętrznego w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz raczej zamknięcie światła, nie pozwalające na przeprowadzenie zglębnika macicznego lub na odpływ krwi miesięczkowej. Z usunięciem zgięcia znikają napewno i objawy zwężenia ujścia wewnętrznego.

Co do zwężeń nabytych, zależą one najczęściej od blizn, pozostałych po zapaleniach lub uszkodzeniach macicy. Cięcie blizny nie tu nie pomoże, po zagojeniu się blizna będzie jeszcze większa i zwężenie znaczniejsze. Pomoże tu raczej systematyczne rozszerzanie kanału zapomocą coraz grubszych sond macicznych.

Co do operacji kol. Boryssowicza, to uznając całą jej pomysłowość, muszę jednak wyrazić wątpliwość, czy kawałki błony śluzowej, wprowadzone do nacięć ujścia wewnętrznego, będą mogły przyrosnąć w ten sposób, żeby, rozłożywszy się wygodnie, przykryły należycie powierzchnię przecięcia. Mnie się zdaje, że w miejscu tak ciasnym płaty

owe zwiną się w walczki, które przyrosną tylko gdzieniegdzie, a w każdym razie przyczynią się jeszcze bardziej do zwężenia kanału.

W rezultacie więc będziemy mieli w dalszym ciągu zwężenie, a dodawana jeszcze następnie przez kol. Boryssowicza operacja Emmeta powiększy je jeszcze bardziej.

Kol. ENDELMAN. Poruszoną przez kolegów Jaworskiego i Zwejgbauma sprawę wskazań do operacyjnego leczenia zwężeń szyi macicznej uważam za bardzo ważną. W sprawie tej ginekologowie dzielą się na dwa obozy. Jedni twierdzą, że zwykłe zwężenia ujścia macicznego nie wymagają leczenia operacyjnego, mają bowiem mały tylko wpływ na powstawanie bólów miesięczkowych i na nieplodność. Dysmenorrhoea ma zależeć nie tyle od stopnia zwężenia, ile od zmian zapalnych w macicy lub jej przydatkach, od większego lub mniejszego obrzęcia błony śluzowej podczas peryodu, wreszcie od ilości krwi i szybkości, z jaką się wydziela. Im więcej krwi wydziela się jednorazowo i im prędzej to następuje, tem łatwiej mają powstawać bóle miesięczkowe. Wpływ zwężeń na nieplodność, zdaniem tychże autorów, jest również problematyczny; większą tu rolę odgrywa stożkowaty kształt szyi i niepodatność brzegów ujścia macicznego. Inni są wprost przeciwnego zdania, uważając rozszerzenie ściśnionej szyi macicznej za zabieg zbawienny. Aczkolwiek plemniki (spermatozojdy) z punktu widzenia teoretycznego mogą przejść przez największe ujście, to jednak liczyć się trzeba z tym faktem niezaprzeczonym, iż częstokroć kobiety bardzo długo czekają na pierwsze zajście, gdy następnie ciąży powtarzają się ad libitum. Dowodzi to jedynie, że rozszerzona po pierwszym porodzie szyja maciczna ułatwia przejście nasienia do macicy, a przeciwieństwo do tego samego wyniku prowadzi i sztuczne rozszerzenie.

Co się tyczy metod operacyjnych, stosowanych przy zwężeniach szyi macicznej, to, zdaniem mojem, wybór sposobu zależeć powinien od miejsca zwężenia. Przy spostrzeganych zwężeniach ujścia zewnętrznego najstosowniejsza będzie operacja Mars-Rosnera. Zwężenia ujścia wewnętrznego leczy się zapomocą rozszerzania tępego lub stosuje się discisio cervicis bilateralis lub sagittalis. Niektórzy ginekologowie, jak np. Schauta, są przeciwnikami krwawego rozszerzenia ujścia wewnętrznego, gdyż po przecięciu tworzy się blizna, bardziej jeszcze w następstwie zwężająca ujście. W podobnych przypadkach Schauta stosuje galwanizację.

W przypadkach zwykłych dotychczasowe metody zupełnie nam wystarczają, gdy jednak spostrzeżać się przypadki w rodzaju opisanych przez kol. Boryssowicza, których leczenie nasuwa znaczne trudności, operacja, proponowana przez Sz. prezesa, oddać może znakomite usługi. Uważam ją za bardzo pomysłową i do wykonania łatwą.

Kol. RYLKO. Nie wdając się w omawianie wskazań do rozszerzania ujścia wewnętrznego, co zresztą nie jest tematem odczytu, zaznaczę, że jednak bywają przypadki, w których czasowe rozszerzenie zapomocą sondowania lub tępych rozszerzadeł działa na krótko: należy więc szukać sposobów stałego rozszerzenia ujścia wewnętrznego.

O ile więc okaże się, iż krwawy sposób, podany przez prelegenta, wymaganiom zadość czyni, należałoby operację przyjąć z uznaniem. Co się tyczy kwestyi twierdzenia kol. Zwejgbauma, jakoby wprowadzenie płatów w rozcięte ujście wewnętrzne i kanał szyi miało zwężyć jego światło, jestem zdania, że są to obawy płonne. Istnienie szerokiego kanału szyi i ujścia wewnętrznego w następstwie operacji stwierdziłem sam w przypadku, przytoczonym przez kol. Boryssowicza.

Kol. NEUGEBAUER zaznacza doniosłe znaczenie zwężeń ujścia wewnętrznego macicy dla patologii miesięczkowania (dysmenorrhoea spastica, mechanica) oraz dla nieplodności kobiecej (sterilitas feminina czyli niezależna od męża), upatrując, jak Olshau-

sen, w ciasnocie orificii interni oraz w zagięciu trzonu macicy ku przodowi pod ostrym kątem (*anteflexio corporis uteri nimia*) zarówno przyczynę spastycznych bólów miesięczkowych, jak i przyczynę mechanicznego utrudnienia poczęcia przy normalnej owulacji, prawidłowej miesięczce i zdolnym do zapłodnienia mężu. Zwężenie ujścia wewnętrznego zwalcza mówca dotychczas drogą mechaniczną — *per hysterookpetasin* tępą, rozszerzając kanał maciczny na jednym posiedzeniu przez wprowadzenie do macicy szeregu coraz to grubszych rozszerzań niklowanych i tamponując potem jamę macicy gazą wyjałowioną na 24 godziny. W celu rozpoznawczym lub też leczniczym dokonywał równocześnie nieraz wyskrobania, o ile błona śluzowa okazywała się przerosłą (*endometritis hyperplastica* zastoinowego pochodzenia, „*Stauungsendometritis*“). Wyniki tego postępowania bez wyjątku prawie były dodatnie, i nieraz po jednorazowym rozszerzeniu dolegliwości ustawały na zawsze, w innych przypadkach tylko na kilka miesięcy. Zapłodnienie nastąpiło w jednym przypadku w 21 lat po ślubie, raz jeden po upływie 17 lat, raz wreszcie po 13 latach u dotychczas niepełnej pacjentki, w wielkiej ilości przypadków po kilkoletnim (3—5 lat) niepełnym pożyciu małżeńskim. Kol. Neugebauer nie widział jeszcze ani razu potrzeby użycia noża w przypadku zwężenia ujścia wewnętrznego macicy, lecz gdyby kiedykolwiek zaszła po temu konieczność, to wolalby zastosować postępowanie, podane przez kol. Boryssowicza niż inne, ponieważ sposób ten jest racjonalny i prawdopodobnie łatwy do wykonania.

Co się tyczy zwężenia ujścia zewnętrznego macicy, to, zdaniem kol. Neugebaura, tylko rzadko odgrywa ono rolę w etiologii bolesnej miesięczki oraz niepełności. Zwężenia ujścia zewnętrznego tylko wtedy wywołują wpływ ujemny, gdy są pochodzenia bliźnowatego czy to po urazach porodowych, czy po przesadnych przyżeganiach leczniczych, czy po operacjach plastycznych, czy też po wygojeniu się owrzodzeń, powstałych w przebiegu chorób zakaźnych (*cholera*, *dur brzuszny*, *blonica*, *szkarlatyna*). Zwężenie ujścia zewnętrznego towarzyszy dalej zwężeniu całego kanału szyi macicznej przy różnych stopniach niedorozwoju macicy, głównie przy *elongatio colli uteri sapravaginalis* (Martin), „*col tapiroide*“, *uterus infantilis*, nareszcie przy *cirrrosis syphilitica*. Kol. Neugebauer widywał niejednokrotnie bardzo wąskie ujście zewnętrzne maciczne, o brzegach tak miękkich i podatnych, że nawet zglębniak guzikowaty przechodził z łatwością, wdrażając od razu do rozszerzenia części kanału szyi, rodzaju *ampullae*, jak *fossa navicularis* u mężczyzny. Zwężenia tego rodzaju, zdaniem kol. Neugebaura, nie grają żadnej roli ani w etiologii miesięczkowania bolesnego, ani też wśród przyczyn niepełności. W szeregu zwężeń ujścia zewnętrznego macicy najważniejsze znaczenie mają zwężenia bliźnowate. Tutaj rozszerzenie tępe nie pomaga, a jedynie operacja plastyczna. Zwykła głęboka, obustronna dyscezyza posiada tę stronę ujemną, że wskutek sztucznie wytworzonych kolobomatów powstaje wycnicowanie warg macicznych (*ectropium labiorum oris uteri*) z całym szeregiem następczych dolegliwości, jak: *catarrhus cervicis uteri secundarius ectropionalis*, usposobienie do *abortus habituales*, do zboczeń w położeniu macicy (*retroversio*, *retroflexio*) oraz do złośliwego zwyrodnienia wycnicowanych warg. Z tych powodów kol. Neugebauer jest przeciwnikiem wszelkiego rodzaju dyscezyji szyi macicznej. Znaczniejsze kolobomaty ujścia macicznego pochodzenia porodowego zeszycamy zapobiegawczo sposobem Emmeta, mielibyśmy tedy w innych przypadkach sztucznie wywoływać *ectropium warg macicznych*? Jeśli już wogóle decydować się na dyscezyję, to kol. Neugebauer zgodziłby się chyba—przy nadmiernym przodozgięciu macicy—na pośrodkowe rozcięcie tylnej ściany części pochwowej (*coloboma medianum posticum*), stwarzając sposobem Chrobaka *labium leporinum* w celu ułatwienia poczęcia.

Czy sposób postępowania, zalecony przez kol. Boryssowicza, okaże się praktycz-

ny w leczeniu bliźnowatego zwężenia ujścia zewnętrznego macicy tudzież zwężenia całego kanału szyi, udowodnić może doświadczenie praktyczne.

Kol. JAWORSKI. Kiedy w kwestyi omawianej slysze powolywanie się na nazwiska i powagi, to muszę przypomnieć, iż Fritsch niegdyś powiedział, że rozpoznawanie zwężenia ujścia wewnętrznego było dawniej rzeczą mody, a obecnie z mody wyszło, zaś stary Gusserow twierdzi, że rozpoznanie tego zwężenia jest wogóle niemożliwe. Przypominam także pracę E. Martina, opartą na badaniu wielkiej ilości zwłok noworodków, według której zwężenia wrodzone nie istnieją, a powstać mogą następnie z przyczyn, wogóle rozwojowi macicy niesprzyjających.

Kol. BORYSSOWICZ. W odpowiedzi na przemówienie kol. Jaworskiego zmuszony jestem zaznaczyć, że jego zarzuty właściwie skierowane są do operacyj, przedsięwziętych na części pochwowej macicy w celu rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy; źle więc chyba byłem przez kol. Jaworskiego zrozumiany, gdyż opisaną przezemnie operację dokonałem na górnej części szyi macicznej, i zalecam ją wyłącznie w rzadkich przypadkach zupełnej niedrożności lub przy wysokich stopniach zwężenia ujścia *wewnętrznego*, resp. kanału szyi macicznej, przy których to stanach zawsze i bez wyjątku występują najcięższe objawy miesiączki bolesnej. Nie zalecam omawianego zabiegu w celu leczenia miesiączki bolesnej wogóle lub też dla ułatwienia zapłodnienia, lecz jedynie w zdarzających się rzadko, lecz ciężkich przypadkach bolesnej miesiączki, zależnej od zarośnięcia lub zwężenia górnej części kanału szyi macicznej. Dowodem fakt, iż opisaną operację raz tylko jeden zdołałem wykonać, pomimo że była pomyślana już przed siedmiu laty.

W sprawie różnorodnych przyczyn, wywołujących bolesną miesiączkę, o których toczyła się żywa dyskusja, winienem zaznaczyć, że dysmenorrhoea, o ile jest bardzo rozpowszechnionem cierpieniem u dziewię i mężatek bezdzietnych, o tyle rzadko się zdarza u kobiet, które rodziły. Fakt powyższy przemawia na korzyść tych, którzy utrzymują, że mechaniczne warunki odgrywają przeważną rolę w etyologii bolesnej miesiączki.

Co do trudności technicznych lub niemożności wykonania podanej operacji na macicy małej, to mogę zapewnić kolegów Jaworskiego i Zwegjbauma, że ten zabieg dokonany się bardzo łatwo i prędko, nawet na macicy małej i mało ściągającej (in situ).

Zarzut kol. Zwegjbauma, że wycięte płyty poskręcają się i jeszcze bardziej przyczynią się do zwężenia kanału szyi macicznej, jest niesłuszny, gdyż płyty te nie wykazują najmniejszej skłonności do skręcania się, przylegają one do cięć, dokonanych na bocznych ścianach kanału, i tu przyrastają na całej powierzchni: przekonałem się o tem w pięć tygodni po pierwszej operacji, podczas dokonywania operacji Emmeta (asystowali kole-dzy: Thieme i Natanson). W kilka miesięcy po obu zabiegach widziałem pacjentkę; badanie wykazało wtedy, że pręcik, dość grubo owinięty watą, z wielką łatwością dawał się wprowadzić do wnętrza macicy (był obecny przytem kol. Ryłko).

#### IV.

## FELIETON

ECHA „GŁOSU NA PUSZCZY.“ — NIECO O WYPRACOWANIACH LEKARSKICH.

W zeszycie paździenikowym *Krytyki Lekarskiej* znajdujemy artykuł p. t. „Głos na puszczy“, pełen głębszych refleksyj, w którym autor (Dr. Z. Kramsztyk), przejęty uczuciami prawdziwie patriotycznymi, chłoszcze jedną z większych naszych wad narodowych, dotyczącą w wysokim stopniu i nas lekarzy, — mianowicie: zamięłowanie do cudzoziemszczyzny.

Niejeden powie, że uwagi d-ra Kramsztyka tchną zbytym pesymizmem. Co znajdziemy jednak na usprawiedliwienie się z czynionych nam zarzutów? Czy zaprawdę nie odnosimy się z dziwnym zubożeniem i nieufnością do wytworów myśli i pracy swojej? Autor w silnych wyrazach potępia nasz brak godności narodowej, ale niechaj by większe jeszcze gromy były w nasze wady, niechaj by tylko w ślad za nimi przyszły usiłowania otrząśnięcia się z bezmyślnego, niewolniczego naśladowania obcych.

Ten brak zaufania w nasz własny rozum, we własne siły sprawia, że za mało pracujemy i za mało myślimy samodzielnie, a zwłaszcza popełniamy wielki i zasadniczy błąd, tłumacząc brak chęci do pracy niezwykłymi warunkami naszego ustroju społecznego. Szukajmy przyczyny nieszczęść nie poza nami, a w nas samych.

W piśmiennictwie naszym lekarskiem przyjął się i rozkrzewił wspaniale niemiecki sposób tworzenia wielkich a pełnych erudycji artykułów. Kwestya, godna li notatki lekarskiej, rozwałkowana bywa do rozmiarów kolosalnych, przytem autor dla wykazania swej głębokiej wiedzy przytacza dziesiątki prac z obcej literatury, często z pominięciem rodzimej, choć mówiąc nawiasem, prac tych najczęściej nie czytał, a w najlepszym razie poznał z jakiegoś *Zentralblattu*. W ostatnich czasach prócz wielkich—ze względu na ilość zużytego papieru—wypracowań oryginalnych spotykamy nawet streszczenia tak szczegółowe, iż drukowane bywają w kilku numerach kolejnych,—streszczenia, które, jak sama już nazwa wskazuje, winny być treściwe i zwięzłe.

Jeśli młodzi autorzy piszą w sposób podobny, nie w tem niema dziwnego: może im się bowiem zdawać, że tą drogą snadniej zdobędą wawrzyny uczonych; czy dobrze jednak postępują pisma nasze, gdy strawą tego rodzaju karmią swych czytelników?

Listopad, 1904.

*Verus.*

## V.

# WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

### WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

OD REDAKCYI. Redaktor *Ginekologii* dr. Czesław Stankiewicz, powołany na Daleki Wschód, został uwolniony od służby wojskowej.

Listopadowe posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej Warszawskiej odbyło się dnia 24 b. m. pod przewodnictwem prezesa kol. Teodora Boryssowicza. Obecnych było 17 członków Sekcyi i 8 gości. Posiedzenie było nader ożywione. Między innemi odczytano odezwę kol. Mieczysława Themersona w sprawie napisania pogadanki dla ludu „O czystości w położnictwie“. Chorych i okazy anatomiczne przedstawili koledzy: Boryssowicz, Jaworski, Krukowski, Leśniowski, Natanson i Neugebauer. Wreszcie kol. Franciszek Neugebauer wypowiedział rzecz p. t. „Etyologia i dyagnostyka kręgozmyku“.

Następne posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej Warszawskiej odbędzie się we Czwartek, d. 29 Grudnia.

— Dnia 16 października r. b. została otwarta w Mińsku Szkoła położnicza wraz z przytułkiem dla rodzących na 10 łózek. Kierownikiem Szkoły mianowano kol. M. Obiezińskiego; prócz niego wykladać będą koledzy: C. Grabowiecki i J. Szabad.

— Zeszyt dziewiąty *Odczytów Klinicznych*, wydawanych przez *Gazetę Lekarską*; zawiera pracę kolegów A. Karczewskiego i Z. Koronkiewicza p. t.: „O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wycisowania macicy“.

### ZJAZDY LEKARSKIE.

V Zjazd międzynarodowy położników i ginekologów odbędzie się w sierpniu 1905 r. w Petersburgu.

## DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

— Wobec ostatecznego zrównania w Rosyi praw lekarek z prawami lekarzy, Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu wydała uchwałę, zezwalającą na dopuszczenie kobiet do egzaminów na stopień doktora medycyny. Donosząc o tem, *Russkij Wracz* (№ 44) robi uwagę, iżby „czas już było wogóle zaprzestać wydawania dyplomów na stopień doktora medycyny, jako niezgodnego z istotnym stanem rzeczy“.

— Do wiadomości naszych współpracowników podajemy, iż sprawozdawcą z piśmiennictwa polskiego do czasopisma chorwackiego „Ličnički Viestnik“ (redaktor Dr. Čačković) jest Dr. Justyn Karliński, zamieszkały w m. Čajnica w Bośni. Wszelkie więc odbitki należałoby przesyłać pod powyższym adresem, by informować pobratymców o ruchu naukowym w naszej dziedzinie.

— *Zeitschrift für Krebsforschung* (1904, 1) podaje, iż zaledwie  $\frac{1}{3}$  chorych na raka umiera z powodu samego cierpienia. Większa część przypadków t. z. charactwa rakowatego—to przypadki przewlekłej posocznicy (sepsis) w skutek rozpadu nowotworu i wessania do krwi wielkiej ilości drobnoustrojów.

— Śmiertelność wśród niemowląt w Paryżu obniża się od lat 20 z rokiem każdym. Na 56 652 urodzonych w roku 1880 zmarło w pierwszym roku życia 10 510 czyli 18,75%. Liczba zmarłych w roku 1890 wynosiła 15% (8 557 z ogólnej liczby 55 927). Wreszcie w roku 1900 odsetka śmiertelności w pierwszym roku życia spadła do 12% (6 864 zejść na 56 569 urodzin). Obniżenie się śmiertelności zależy przeważnie od rzadszego występowania biegunki i gastroenteritis od czasu, gdy wprowadzono mleko wyjalowione w użycie powszechne przy sztucznem odżywianiu niemowląt. Dr. Variot, autor powyższych danych, dodaje, iż w warunkach obecnych rok rocznie pozostaje przy życiu 4 000 niemowląt więcej niżli przed laty dwudziestu.

— Jako dzielný środek przeciw starości profesor Miecznikow poleca mleko zsiadłe, przygotowane sposobem profesora Massola z Genewy. W mleku tem, którego zaczyn sprowadzono z Bułgaryi, znajduje się duży lasecznik, odznaczający się zdolnością wytwarzania wielkiej ilości kwasu mlecznego. Lasecznik nie ginie w przewodzie pokarmowym człowieka i wydziela się z ustroju w stanie żywym. Wielka siła fermentacyjna, jaką obdarzony jest powyższy lasecznik, ma zabezpieczać organizm ludzki od szkodliwych drobnoustrojów w jelitach. Zasluguje na uwagę, iż okolica, skąd przywieziono zaczyn mleczny, słynie z długowieczności swych mieszkańców. Mleko to jada Miecznikow codziennie i znalazł wielu naśladowców w szeregach uczonych paryskich.

(*Gaz. méd. de Paris*, № 45)

— W Paryżu zaczęło wychodzić pismo humorystyczno-lekarskie ilustrowane p. t. *Medica*. Najznakomitsi rysownicy i karykaturzyści paryscy zasilają lamy nowego pisma. Na czele dwóch pierwszych zeszytów znajdują się podobizny profesorów Debovea i Hayema.

— Stuletni jubileusz znanego powieściopisarza Eugenjusza Sue będzie wkrótce obchodzony w Paryżu. Sue był chirurgiem marynarki francuskiej, zanim rozpoczął zawód literacki.

— Pewien profesor amerykański podaje na zasadzie obszernej statystyki, w jakim wieku przedstawiciele różnych zawodów dochodzą do sławy. A więc literaci w 38 roku życia, artyści w 40 roku, *lekarze w 47*, profesorowie i dziennikarze w 50, prawnicy wreszcie w 55 roku. Kobiety osiągnają sławę również w wieku późniejszym: artystki



i literatki w 40 roku życia, *lekarcki w 42*, dziennikarki dopiero w 60 roku. Wyjątek stanowią aktorki, które już w 25 roku życia zbierają wawrzyny.

(*Gaz. méd. de Paris*, № 45).

— Pismo lekarskie w języku Esperanto p. t. *Medicina internacia Revuo*, zacznie wkrótce wychodzić w Paryżu. Jak wiadomo, twórcą języka Esperanto jest dr. Zamenhof, lekarz warszawski. *Medicina internacia Revuo* będzie trzecim pismem, wydawanem w tym języku we Francji.

— Prof. Pozzi poświęcił w r. b. swój wykład wstępny sprawie „Wskazań obecnych do wycięcia macicy przez pochwę“. Wykład ten, wygłoszony dnia 18-go b. m. w szpitalu Broca, dowcipni paryżanie nazwali: „La grandeur et la décadence de l'hystérectomie vaginale“.

#### WIADOMOŚCI OSOBOWE.

— Towarzystwo nauczycieli szkół wyższych mianowało prof. D-ra *Henryka Jordana* członkiem honorowym za niepożyte zasługi, położone koło fizycznego wychowania młodzieży polskiej.

(*Przeegl. Lek.* № 46).

Prof. *Czyżewicz* został wybrany przewodniczącym galicyjskiej Krajowej Rady zdrowia na następujące 3-letnie.

Współpracownik naszego pisma kol. *Mieczysław Themerson* (z Płocka) został powołany do czynnej służby wojskowej na Dalekim Wschodzie. Życzymy mu szczęśliwego powrotu.

Katedrę kliniki chirurgicznej w fakultecie paryskim objął znany prof. *Reclus*.

## VI.

### ZAPISKI LECZNICZE

**Wypalanie** misek, miednic i t. p. zapomocą spirytusu nie daje pewności zupełnego wyjałowienia. Claudot i Niclot wykonali w tym kierunku długi szereg doświadczeń. Umieszczając w miseczkach kultury gronkowców, tężca i wąglika (anthrax) i wypalając następnie nalany do miseczek spirytus, autorzy ci po zasianiu na podłożach znów otrzymywali kultury. Przypalanie kultur płomieniem lampki Bunsena również nie prowadziło do celu.

Działanie wypalania bywa jeszcze słabsze, gdy bakterye są zabezpieczone warstwą krwi lub ropy. (Presse méd. 1904, № 27.)

**Azbest zamiast waty.** Saniter zaleca obwijanie zgłębnika Playfairowskiego azbestem zamiast waty. Azbest ma tę zaletę, iż daje się łatwo w ciągu kilku sekund wyjąłować w płomieniu lampki. W budowie zgłębnika Playfaira Saniter wprowadził zmianę o tyle, iż polecił zaopatrzyć go w rowek podłużny na powierzchni wykupłej. Zgłębnik Playfair-Sanitera zaleca się z tego względu, iż zdjęcie nawiniętej waty lub azbestu nie wykonywa się palcami, lecz jakimkolwiek ostrem narzędziem, wprowadzonym do powyższego rowka. (Z. f. G. 1904, № 25.)

**Protargol przy leczeniu zapalenia śluzówki macicznej** (endometritis). 10% roztwór protargolu ma być, zdaniem Mainzera, doskonałym środkiem do pędzlowań wewnątrzmacicznych. Przy leczeniu nieżyty szyi macicznej należy przedewszystkiem usunąć śluz przy pomocy waty i mocnego roztworu sody, następnie zaś wprowadzić do kanału szyi cienki pasek gazy, napojony 10% roztworem protargolu, i pozostawić go na kilkanaście godzin. Nawet bardzo uporczywe nieżyty leczą się w sposób powyższy. (Z. f. G. № 25.)

**Wyciąg z gruczołu tarczowego przy drgawkach porodowych.** Sturmer obok morfiny, wlewań podskórnych, przebicia błon, rozszerzenia szyi macicznej i wydobycia płodu poleca przy eklampsyi użycie wyciągu z gruczołu tarczowego (Thyroid-extract) co 4 godziny po 0,3. Ilość moczu po użyciu tyreoidyny natychmiast się wzmacza, prawdopodobnie w zależności od rozszerzenia naczyń, doprowadzających krew do nerki. Śmiertelność w przypadkach Sturmera spadła do 12%.

Nicholson z Edynburga stwierdza również dobroczynny wpływ tyreoidyny przy eklampsyi. Baldonsky z kliniki Grammatikatiego w Tomsku sprawdził działanie tego środka w dwu przypadkach. (The Brit. gyn. journ. 1904, August. Transact. of the Obst. Society of London, 1904.)

**Eserinum salicylicum po laparotomiach.** Vogel gorąco zaleca wstrzykiwania podskórne ezeryny we wszystkich przypadkach, gdzie istnieje obawa wytworzenia się ileus po laparotomii. Stosuje 0,0005, 3—4 razy dziennie, rozpoczynając wstrzykiwania bezpośrednio po operacyi. Ezeryna ma działanie wybitnie zapobie-

gawcze; gdy ileus już się wytworzył, działanie jej nie jest pewne. Streszczenie pracy Arndta, dotyczącej działania ezeryny, pomieściliśmy w zeszycie lipcowym *Ginekologii*. (Z. t. G. № 21)

**Species gynaecologicae Martin.** Podajemy skład ziółek czyszczących, bardzo rozpowszechnionych w Niemczech pod nazwą powyższą:

Rp. Corticis frangulae conc.  
Foliorum sennae conc.  
Herbae millefolii conc.  
Rhiz. graminis conc. aa 15.0

MDS. Łyżkę stołową ziółek zaparzyć w filiżance gorącej wody.

**Liquor Sedans**, jako lek kojący i przeciwkrwotoczny przy chorobach macicznych. 100 cm.<sup>3</sup> zawierają oprócz ciał aromatycznych: 14 grm. *Viburnum prunifolium*, 14 grm. *Hydrastis*, 7 grm. *Piscidia erythrinae*. Dawka wynosi ½ — 1 łyżeczki od kawy. Podawany jest przy grożącym poronieniu, krwotokach, bólach w podbrzuszu i t. p. Wyrabiany przez firmę Parke & Davis. (Wiad. farm. № 14.)

**Maść Credégo przy mastitis** daje jakoby dobre wyniki. Weiera się po 1,0—4,0 na raz. Działanie tej maści przy zapaleniu sutki stwierdził Quinn w trzech przypadkach. (Prześl. Lek. № 45)

**O działaniu trującym urotropiny.** Urotropina w rzadkich tylko przypadkach działa trująco; może jednak już w dawce 0,45 grm. wywołać hematuryę i hemoglobinuryę. Powoduje niekiedy bóle głowy, podrażnienie żołądka, kiszek, pęcherza moczowego i wysypki skórne. Zatrucie zależy od działania formaldehydu. Objawy powyższe natychmiast znikają, skoro tylko zaprzestanie się zażywania urotropiny (Pharm. Centralhalle, № 23).

(Wiadom. farm. № 16)

**Helmitol** stosowano z dobrym skutkiem przy rozmaitych postaciach zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Helmitol działa odkażająco dzięki wydzielaniu się formaldehydu. Przy bakteryurii widziano również dobre wyniki. Sposób przepisywania podług Schützego: 3 razy dziennie po 1,0, najlepiej w postaci tabletek po 0,5. Tabletki helmitolowe dość łatwo rozpuszczają się w wodzie.



## DO NABYCIA W REDAKCYI „GINEKOLOGII”

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

Cena zniżona 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.

Redakcyja i administracyja w WARSZAWIE,  
NOWO-SENATORSKA 6.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

# KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

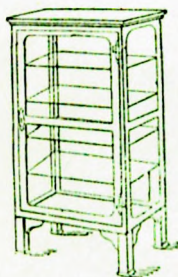
w WARSZAWIE

Fabryka ul. Ciepła № 12.

WARSZAWA, ul. Grzybowska Nr 49.

PETERSBURG, ul. Morska Nr 45.

MOSKWA, ul. Wielka Łubinka,  
dom Tow. Ubezp. „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 kółkach 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.

**Prawiła** dla słuźatelnic żeńskiej farmaceutycznej szkoły pri ap-  
tiekie A. B. Leśniewskiej. Str. 4.

**Kemmerskija** siernyja wody i griazi. Riga. 1903. Str. 24 z ry-  
cinami.

---

CENA „GINEKOLOGII” wraz z odnoszeniem do do-  
mu 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 otrzy-  
mywać „Ginekologię” za połowę ceny.

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

---

## CENA OGŁOSZEŃ.

Za wiersz jednolamowy drobnem pismem lub jego miejsce:

Przed tekstem — kop. 10. Za tekstem — kop. 8.

Na pierwszej stronie okładki — kop. 50.

Na ostatniej stronie okładki — kop. 25.

*Uwaga.* Strona zawiera 2 lamy; lam 71 wierszy. Najmniejsze ogłoszenie  
8 wierszy.

OGŁOSZENIA PRZYJMUJE:

**Redakcyja „Ginekologii”, Złota 3, w Warszawie.**