

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Co robić przy poprzedzaniu łożyska?

Napisał

D-r Dawid Wassercug.

Poprzedzanie łożyska (placenta praevia) t. j. rozwój lub usadowienie się części łożyska w okolicy wewnętrznego ujścia macicznego, stanowi w przeważnej liczbie wypadków powikłanie groźne, zarówno dla matki, jako też dla płodu; obu zagraża niebezpieczeństwo nie tylko w czasie porodu i po porodzie, ale już w ciągu ostatnich miesięcy ciąży. Nadto, bardzo jest prawdopodobnem, że rozrost łożyska w okolicy szyjki macicznej, podług planu natury do tego celu nie uzdolnionej, staje się powodem poronień w 3 lub 4 miesiącu.

Mając głównie na celu stronę praktyczną tego powikłania, radbym przystąpić wprost ad rem. Dla uzasadnienia jednak rozmaitych metod leczenia, nie mogę pominąć kwestyi patogenji oraz źródła krwotoków przy poprzedzaniu łożyska, i przeto uznaję za odpowiednie najpierw tutaj o tem pomówić.

Nie ulega wątpliwości, że odklejenie łożyska jest niezbędnym warunkiem krwotoku. Ale zbyt wiele zajęłoby nam miejsca przytaczanie rozmaitych teoryj mechanizmu tego odklejania się łożyska przoduującego. Ograniczę się na przytoczeniu teoryi Barnes'a, oraz poglądów Duncan'a i Schröder'a.

Powierzchnię wewnętrzną macicy przez dwie równie prostopadłe do osi podłużnej Barnes (1^o) 1) dzieli na 3 pasy, mianowicie:

1) Pas biegunowy górny — od bieguna do koła gór-

1) Cyfry przy autorach umieszczone odnoszą się do spisu dzieł podanego na końcu tej pracy.

nego. Rozwój łożyska w tym pasie jest najpomyślniejszym.

2) Pas pośrodkowy v. południkowy. Poród powolny. Krwotok post partum.

3) Pas dolny v. szyjowy — poniżej koła biegunowego dolnego. Rozwój łożyska w tym pasie, na mniejszej lub większej tegoż przestrzeni, warunkuje rozmaite odmiany poprzedzania łożyska. Jest to więc pas w tym względzie w ogóle bardzo niebezpieczny. Ważną przeto rzeczą jest określenie granic tego pasa. Przypuśćmy, że mamy przed sobą położenie podłużne płodu i poprzedza główka. Łatwo zrozumieć, że części macicy leżące poniżej najszerszego wymiaru główki, muszą uleż rozpieraniu przy postępowaniu tej ostatniej naprzód, podczas gdy części macicy powyżej tego wymiaru leżące, pozostają od tegoż rozpierania wolne. — Otóż, jeżeli określimy długość linii, poprowadzonej od największego obwodu główki zgiętej do najniższego punktu jej wierzchołka, otrzymamy średnio 76 mm. A zatem największy obwód główki i zarazem koło biegunowe dolne znajduje się w oddaleniu około 8 ctm. (w promieniu) od ujścia wewnętrznego.

W ogóle przyczyna odklejenia łożyska zasadza się na dysharmonji, zachodzącej pomiędzy rozwojem ostatniego a okolicą szyjki. Zwłaszcza w epoce miesięczkowej, kiedy krew nadmiernie napływa do macicy i łożyska, ostatnie obrzmiewa i staje się zbyt obszernem względnie do zajmowanej przez siebie przestrzeni, odrywa się przeto od brzegów ujścia a z naczyń przerwanych krew wypływa. Następnie, pod wpływem podrażnienia, spowodowanego przez to odklejenie częściowe, nasiąknięcia krwią samego mięszu łożyska, jako też z powodu obecności skrzepów pomiędzy łożyskiem a ścianą macicy następuje kurczenie się ostatniej ¹⁾. Kurczenie się pasa biegunowego dolnego może następnie spowodować oderwanie znacznej części łożyska, nie sięgające jednak nigdy po za granicę tego pasa.

Jeżeli po odklejeniu łożyska, samoistnem lub sztucz-

1) Schatz spostrzegł u 10% ciężarnych skurcze typowe macicy, pojawiające się w regularnych czasu odstępach i trwające 12—24 godzin. Jest to objaw ważny ze względu na zrozumienie tworzenia się odcinka dolnego, jakoteż wczesnego odrywania się łożyska. (Annales de Gynécologie. T. XXVI. Sept. 1886 p. 203).

nem, krwotok ustaje, jak stwierdzają spostrzeżenia, wtedy zależy to w pierwszym razie nie od odklejenia łożyska, ale od skurczu energicznego samej macicy, który to odklejenie wywołał, a w drugim od interwencji operatora, który dokonywając odklejenia, pobudza zarazem czynność macicy.

Krwotok więc występuje zawsze i trwa tak długo, dopóki odklejenie łożyska nie dosięga granic pasa dolnego. Po osiągnięciu tych granic krwotok ustaje, jeżeli przytem macica kurczy się energicznie.

Przyczynę krwotoku podczas porodu Mathews Duncan (18) objaśnia w sposób następujący: Odcinek dolny macicy, mający podczas ciąży postać odcinka kuli, staje się z powodu rozszerzenia ujścia wewnętrznego niejako walcowatym. Z tego powodu, części odcinka dolnego muszą ulegz powiększeniu w kierunku poprzecznym (do 11 ctm. w średnicy) i to tembardziej, im bliżej są położone do ujścia wewnętrznego. Najbliższe zatem tego ostatniego części doznają kolosalnego powiększenia powierzchni, ponieważ ciasny otwór ujścia wewnętrznego zostaje rozciągniętym aż do osiągnięcia rozmiarów równych obwodowi główki płodu. Jak w warunkach prawidłowych łożysko po odejściu płodu oddziela się dla tego, że nie jest w stanie podzielać kurczenia się jego gleby macicznej, tak znów tutaj łożysko odkleja się, ponieważ nie może powiększać się i wyciągać wraz z miejscem przyczepu ¹⁾. Schröder (23) jednakże sądzi, że rozciągliwość i zdolność łożyska akomodowania się do stanu miejsca przyczepu jest dość znaczną, tak że krwotoku przy poczynającym się rozwieraniu ujścia wewnętrznego nie można przypisać powiększaniu się powierzchni przyczepu łożyska. Z tego powodu Schröder widzi główną przyczynę krwotoku w przesuwaniu się ścianki macicy po jajku nienaruszonym, jakie prawidłowo zachodzi podczas porodu, a przy łożysku przodującym zapewne bez wyjątku przed pęknięciem pęcherza. To przesuwanie się macicy w górę po jajku musi mieć miejsce, gdyż w ten sposób obnaża się pęcherz płodowy, a ujście maciczne roztwiera się. Przy łożysku przodującym odcinek dolny macicy może być pociągniętym

¹⁾ Duncan utrzymuje, że rozmiary pasa szyjowego (t. zw. zony Duncan aut.), podane przez Barnes'a są zbyt wielkie i że 6 ctm. w promieniu, licząc od środka ujścia wewnętrznego, właściwiej granice tego pasa określa.

ku górze tylko dzięki odklejeniu się ściany macicznej od jaja resp. od łożyska. Z tego wynika, że jak długo przy łożysku przodującym osłony płodowe są nienaruszone, odcinek dolny macicy unosząc się, musi odrywać się od łożyska. Dla tego też, im więcej ujście się rozszerza, tem większa część łożyska poprzedza, ale nie z powodu opuszczania się ostatniego, ale raczej unoszenia się ujścia ku górze. Z chwilą zaś pęknięcia pęcherza, łożysko może wraz z macicą iść w górę, ponieważ przyczyna odklejania się tegoż ustała. Oprócz tego czynnego przesuwania się odcinka dolnego, ma jeszcze miejsce bierne rozciąganie przez opuszczające się jajo resp. płód. Można by uniknąć odklejenia łożyska spowodowanego przez przesuwanie się macicy wzdłuż doczesnej, gdyby to przesuwanie się zachodziło pomiędzy kosmówką a owodnią; wtedy łożysko mogłoby wraz z odcinkiem dolnym iść w górę. Ale to wzajemne prześlizgiwanie się osłon płodowych, dość często zdarzające się przy porodach zwykłych, jest tylko w nieznacznym stopniu i to wyjątkowo możliwem przy poprzedzaniu łożyska, ponieważ przyczep pępowiny stanowi niezwalczoną do tego przeszkodę; mogłoby być nieco rozlejszem przy insertio marginalis lub velamentosa.

Co się tyczy źródła krwotoku, t. j. czy krew wypływa z macicy bezpośrednio czy też pośrednio z łożyska, to opierając się na spostrzeżeniach ścisłych, jakoteż na doświadczeniach (Mackenzie) wszyscy są tego przekonania, że krew wyłącznie z macicy — z przerwanych tętnic maciczno-łożyskowych pochodzi.

Przyczyny ustania krwotoku prawdopodobnie szukać należy w działaniu współczesnem czynników następujących: w tworzeniu się skrzepów w naczyniach, oraz pomiędzy łożyskiem a macicą, w anemji miejscowej i ogólnej, w spadku ciśnienia tętniczego, w skurczu macicy, w ucisku wywieranym przez jajo lub płód, w oderwaniu częściowem lub całkowitem łożyska, w wypływie wód i postępie porodu. Z tych czynników wszakże rolę najważniejszą odgrywają: skurcze macicy i ucisk wywierany na odcinek dolny macicy przez część przodującą płodu.

Krwotok może nastąpić także po porodzie i staje się wtedy szczególnie groźnym ze względu na możliwość wyczerpania ostatecznego kobiety. W większości wypadków zależy od inercyi macicy. Należy pamiętać, że odcinek dolny macicy jest już fizjologicznie atonicznym (Witzel) i że w wy-

padkach poprzedzania łożyska jest siedliskiem niezwyklego unaczynienia, przedstawiając budowę niemal jamistą z nieznanym stopniem kurczliwości.

W żadnej może gałęzi sztuki lekarskiej spostrzeganie objawów danej sprawy nie jest tak ważnym, jak w akuszerii, gdzie na raz rozstrzyga się los dwojga istot: tutaj z całą bacznością należy podpatrywać działanie sił natury samej — w stanie prawidłowym lub chorobowym, aby być w możności działanie to w wypadku odpowiednim sztucznie sprowadzić, spotęgować lub utrzymać w granicach pożądanym. Trzeba zrozumieć i ocenić celowość wielu zjawisk, aby w razie potrzeby niewystarczające wysiłki natury podtrzymać i wzmocnić; mylne zaś tłómaczenie planów natury zbyt często niestety prowadzi do interwencji wtedy, kiedy jest zbyteczną lub nieodpowiednią. W skreślonych poniżej metodach postępowania przy poprzedzaniu łożyska przekonamy się, jak ważną jest rzeczą zrozumienie każdego wypadku i jak bardzo los matki i dziecięcia zawisł od trafności wyboru tej lub owej metody.

W opisie poniższym trzymać się będziemy następującego planu: W części I-iej wyszczególnimy wszelkie metody leczenia przy poprzedzaniu łożyska, niepowikłanem żadnym innym stanem patologicznym, z wyjątkiem wadliwego położenia płodu. Po rozbiorze szczegółowym każdej metody zajmiemy się w części II-iej zestawieniem metod, oraz zastosowaniem ich klinicznym; w końcu, rozpatrzemy leczenie przy poprzedzaniu łożyska powikłanem cierpieniem matki lub jaja.

Część I.

Wyszczególnienie rozmaitych metod leczenia.

Dla porządku połączymy wszelkie metody w dwie grupy główne:

A. Metody skierowane na matkę.

B. „ „ „ „ jajo.

Te zaś rozpadają się na oddzielne metody, jak następuje:

A. Matka.*1. Zwalczanie krwotoku.*

- I. Metoda Dubois (1836 r.)—Sporysz.
 II. „ Seyfert'a (1852). — Wstrzykiwania do pochwy.
 III. „ Leroux (1776)—Tampon.
2. Rozszerzanie ujścia.
 IV. „ Guillemeau (1571).—Rozwiązanie forsowne.
 V. a) „ Barnes'a (1862). — Rozszerzadło hydrostatyczne.
 b) „ Jungbluth'a (1883).—Gąbka prasowana.
 VI. „ Greenhalgha (1865). — Rozwiązanie przedwczesne.

B. Jajo.*1. Odklejenie lub wyrwanie łożyska.*

- VII. „ Simpson'a (1844).—Wyrwanie całkowite.
 VIII. „ Barnes'a (1862).—Odklejenie częściowe.
 IX. „ Bunsen'a (1839).—Wyrwanie częściowe.
2. Wypuszczenie wód.
 X. „ Puzos'a (1759).—Przerwanie osłon.
 XI. „ Cohen'a (1855).—Przerwanie osłon wraz z odklejeniem częściowym łożyska.
 XII. „ Deventer'a (1734). — Przedziurawienie łożyska.
3. Działanie na płód.
 XIII. „ Kristeller'a (1865).—Wytłaczanie płodu.
 XIV. „ Wigand'a (1812). — Obrót na główkę zewnętrzną.
 XV. „ Braxton Hicks'a (1864). - Obrót na nóżki dwubiegunowy.
 XVI. Wydobycie płodu kleszczami, ręką (po obrocie lub bez), rozkawalenie.

Do opisu każdej metody dodamy odnośną cyfrę śmiertelności, o ile to będzie możebnem. Cyfra ta, rozumie się, jeżeli nie określa absolutnie prawdziwego stanu rzeczy, to ma przynajmniej wartość względną i porównawczą.

I. Sporysz.

Był to ulubiony środek P. Dubois⁽⁸⁾ przeciwko krwotokowi przy poprzedzaniu łożyska, ale jeżeli zasada Pajo-

t'a (³⁹ str. 24), „nie podawać sporyszu, dopóki cośkolwiek pozostaje w jamie macicy“ w ogóle jest racjonalną, to przy łożysku poprzedzającym tem bardziej godną jest uwzględnienia. Jest to w każdym razie środek obusieczny, jeżeli nie dla matki, to przynajmniej dla płodu. W ogóle oddaje usługi wtenczas tylko, kiedy poród sam przez się postępuje i kiedy główka płodu daleko jest zaawansowaną we wchodzie. Przyśpiesza rozwieranie się ujścia, zwłaszcza przy działaniu współczesnem tamponu; oprócz tego, potęguje skurcze macicy po porodzie, przez co zapobiega krwotokowi w tym okresie. Przeciwwskazaniem do użycia sporyszu będzie: zwężenie miednicy, wadliwe stawianie się płodu; w tych bowiem razach łatwo pęknięcie macicy nastąpić może.

Śmiertelność matek 42⁰/₀.

„ płodów 77⁰/₀.

(Auvard—³⁹ str. 25).

II. Wstrzykiwania do pochwy.

Wstrzykiwania do pochwy: octu, ałunu, wina czerwonego, nalewki jodowej, kreozotu, były zachwalane przez rozmaitych autorów, począwszy od Hippokrates'a. Najgorętszego poplecznika znalazły w Seyfert'cie (¹²). Stosował on wstrzykiwania wody zimnej w postaci wstępującego natrysku macicznego przy krwotoku—przed rozpoczęciem się porodu, podczas okresu rozwierania się ujścia i po odejściu łożyska; przy ujściu dostatecznie rozwartem — kleszcze lub obrót. — Tampon, podług Seifert'a, należy stosować tylko w jednym wypadku: jeżeli po odejściu łożyska wstrzykiwania wody zimnej nie zatrzymują krwotoku.

Wstrzykiwania wody gorącej zaleca Pinard (³⁹ str. 27). W szpitalu Lariboisière stosowano ten środek kilkanaście razy, wykonywając wstrzykiwania (o 48⁰ C.) co 2 godziny przed rozpoczęciem się porodu i podczas okresu dilatacji. W ogóle działanie hemostatyczne wody gorącej jest w tym razie niewielkie, a skuteczność zależy od tego, czy odklejenie łożyska postępuje dalej lub nie. Pinard sądzi, że wstrzykiwania wody gorącej do samej macicy są skuteczniejsze.

Za mało posiadamy materyjału, aby módz w cyfrach wyrazić wartość tej metody.

Nie będzie od rzeczy wspomnieć, że Richardson⁽³³⁾ zaleca zakładać na szyjkę maciczną laseczkę z żelaza i alunu (Iron-alun), która wywołując tworzenie się zbitego skrzepu, wstrzymuje krwotok. R. w 4-ch wypadkach stosował ten środek z pomyślnym skutkiem.

III. Tampon (zatykadło).

Tamponada pochwy należy do metod najstarszych, a Leroux (?) najbardziej przyczynił się do jej rozpowszechnienia. Przy opisie tej metody następują się liczne kwestyje, tyżące się wartości rozmaitych sposobów zatykania pochwy, oraz wielostronnych zarzutów jej stawianych. Dla ładu przeto trzymać się będziemy następującego planu:

- 1) Cel i rodzaje tamponów.
- 2) Założenie tamponów i ich wartość.
- 3) Strony ujemne tamponu.

1. Przy zakładaniu tamponu mamy na celu utworzenie tamy dla krwi odpływu, a zatem wywołanie jej krzepnięcia oraz zasklepienia ujść naczyniowych. Z drugiej strony mamy na celu wywieranie ucisku na odcinek dolny macicy od dołu, licząc na przeciwdziałanie z góry nieściśniętych wód płodowych przy nienaruszonych osłonach lub przodującej części płodu. Tym sposobem wypełniamy niejako sztucznie brak ścianki macicznej i na pewien czas stawiamy odcinek dolny macicy w warunkach dna lub ścianki bocznej. Zrozumieć łatwo, że w ten sposób działać będzie każde ciało obce do pochwy wprowadzone i szczelnie ją zatykające. Skutek więc zależeć będzie od własności fizycznych tamponu. Pod tym względem najlepiej odpowiada celowi wata lub skubanka, wełna, a w braku tych ciał pakule, hubka, gąbka. Znaną jest powszechnie przytomność umysłu starego chirurga (cytow. przez Baudelocque'a), który w braku czegoś lepszego, użył do tamponu peruki własnej i zdołał tym sposobem groźny powstrzymać krwotok.

W rzędzie tamponów miejsce poważne zajmują pęcherze rozszerzalne, które wprowadzamy próżnymi do pochwy, a następnie napełniamy powietrzem lub wodą, albo też, za radą Sippel'a⁽³⁴⁾, roztworem sublimatu (pęcherz Gariel'a, colpeurynter Braun'a, przyrząd Chassagny).

2. Rozpatrzmy najpierw sposób zakładania tamponu z waty—tamponu klasycznego Leroux. Jest to środek wyborny i nie bez słuszności powiedział Lumpe: „pozbawiony

tamponu, nie chciałbym być akuszerem“. Założyć go łatwo, ale założyć go dobrze, jest czynnością o tyleż mozolną, ile ważną. Wielu bowiem lekarzy nie umie wcale tamponować pochwy: zadawalniają się wepchnięciem 10 — 12 kulek waty i dziwią się następnie, że nic a nic na zmniejszenie krwotoku nie wpinęli. Często też zdarza się, że lekarze czynność tę poruczają akuszerkom, które również waty skąpią, ale za to hojniejsze są w znaczeniu jej półtorachlorkiem żelaza.

Dla wykonania należytej tamponady potrzeba pewnej, dość znacznej ilości waty karbolowej albo salicyłowej, ilości takiej, która starczyłaby np. na wypełnienie wysokiego cylindra, t. j. około 500 grm. Trzeba pamiętać, że tampon działa skutecznie pod jednym tylko warunkiem, mianowicie, jeżeli szczelnie (hermetycznie) zapycha pochwę; ostatnia zaś przedstawia kanał rozciągliwy i zwykle też więcej daleko waty potrzeba, niżby się na pozór zdawać mogło. Jeżeli waty jest za mało, wtedy skutek jest prawie żaden.

Z waty robimy pewną ilość (około 60) kulek (czopów) wielkości orzecha. Część ich (30) wiążujemy ze sobą na jednej nitce w oddaleniu 15 — 20 ctm. (tampon *en queue de cerf-volant*), albo też obwiązujemy każdą kulkę oddzielnie. — Resztę kulek zostawiamy bez nitek. Tak przygotowane kulki należy zanurzyć w płynie antyseptycznym (kwas karbolowy 2—5%, kwas borny 4—5%, sublimat 0,1%), aby dostatecznie nim nasiąkły; po wyjęciu zaś trzeba płyn zbyteczny wycisnąć. Tuż obok powinniśmy mieć dostateczny zapas oliwy lub wazeliny karbolizowanej, pewną ilość kompresów i opaskę w postaci T.

Ciężarną pozostawiamy w pozycji zwykłej, albo układamy ją w poprzek łóżka i jeżeli czas pozwala, opróżnimy pęcherz i odbytnicę. Niezmiernie ważną jest rzeczą dezynfekcja ciężarnej. Po wszystkie czasy, od kiedy poznano poprzeczanie łożyska, zarówno obawiano się krwotoku, jak zakażenia. I w samej rzeczy, zawarte normalnie w wydzielinie pochwowej grzybki mogą osiągnąć przy warunkach sprzyjających takiego stopnia rozwoju, że czy to same, czy też wytwory ich groźne wywołać mogą następstwa. Części rodne kobiety przedstawiają naturalny termostat i łączą zarazem warunki nader sprzyjające zakażeniu. Oprócz tego, w okolicy łożyskowej jad septyczny prawie wprost zostaje

do naczyń matczynych wprowadzony. Usilnie więc powinniśmy się starać, aby grzybki te o ile możliwości usunąć lub uczynić nieszkodliwymi i do rozwoju niezdolnymi. W tym celu przed założeniem tamponu musimy części rodne zewnętrzne i najbliższe okolice starannie mydłem obmyć, następnie przemyć pochwę płynem aseptycznym (kwas karbolowy 5% sublimat 0,1%) i jednocześnie dwoma palcami ręki dezynfekowanej obmyć dostępne części wewnętrzne. Przy przemywaniu pochwy wydalone też zostają skrzepy krwi.

Teraz przystępujemy do wkładania powiązanych czopów waty—jeden po drugim, poczynając od sklepienia pochwy i nie zaniedbując obfitego naoliwienia dla ułatwienia ich przenikania oraz oszczędzenia kobiecie bólu. Po wypełnieniu sklepień łatwiej jest odnaleźć ujście w postaci otworu zięjącego pośród masy waty; w otwór ten również wkładamy kulkę, bez gwałtu jednakże, ale zręcznie i łagodnie.

W miarę wprowadzania kulek trzeba je uciskać i przyniatać jedną do drugiej, aby jak najściślej do siebie przylegały. Po wypełnieniu głębi wprowadzamy kulki bez nitki aż do wypchania pochwy. Krocze wtedy powinno wystawać w postaci sklepienia tak, jak w chwilach napierania główki. Na srom również kładziemy watę, okrywamy 3—4 kompresami i całość utrzymujemy za pomocą opaski T. Opaska taka, choć często zaniedbywana, jest bardzo ważnym dopełnieniem; bez niej bowiem, przy poruszeniach kobiety, skurczach mięśni brzusznych i obniżaniu się części płodu czopki po jednym wysuwają się z pochwy.

Zbytecznym, zdaje się, jest maczanie pierwszych kulek w półtorachloru żelaza, occie i innych płynach krew tamujących, działanie bowiem tamponu jest czysto mechaniczne, jako ucisk i zarazem tama dla krwi odpływu, oraz dynamiczne, jako bodziec dla skurczów macicy.

Opisany sposób tamponowania ogólnie rozpowszechnionym jest we Francji. W Anglii i w Niemczech postępują nieco inaczej, mianowicie: po wprowadzeniu do pochwy wziernika i ustaleniu ujścia, wkładają do wziernika kawał płótna batystowego lub chustkę tak, aby rogi wystawały na zewnątrz; dopiero w tak wytworzony worek wkładają czopy bez nitki, przytem w miarę wypełniania chustki a zatem i pochwy, wziernik wycofują. — Niektórzy postępują jeszcze w ten sposób, że okrywają wziernik kawałem płótna, kauczuku lub guttaperki i po wprowadzeniu do pochwy, wypełniają czopami. Postępowanie to tłumaczą tem, że w razie potrzeby można przez pociąganie za rogi worka wydobyć tampon en bloc. Pomijając konieczność użycia wziernika, potrzebę oświetlenia etc., zdaje się że wypełnienie herme-

tyczne pochwy tym sposobem nie może być tak ściśle, jak przy postępowaniu akuszerów francuzkich. Co zaś do łatwości usuwania tamponu, to przez pociąganie za nitki rzecz uskutecznia się również łatwo.

Po założeniu tamponu pod kobietę kładziemy czysty podkład biały i pozostawiamy ją w spokoju absolutnym. — W razie potrzeby podajemy buljonu, wina, etc., a przy wskazaniu odpowiedniem sporysz lub jego przetwory.

Jeżeli tampon jest dobrze wykonany t. j. jeżeli wypełnia pochwę hermetycznie, wtedy pozostaje prawie suchym. W przeciwnym razie, gdy krew przezeń przesiąka i przedostaje się na zewnątrz, będzie to dowód jego wadliwości. Trzeba go wtenczas usunąć i całą procedurę powtórzyć. Aby uniknąć tej przykrości dla stron obu, z góry należy starannie i powoli postępować, pomnąc, że krwotok przy łożysku poprzedzającym jest nieraz strasznym i że los dwojga istot może się rozstrzygnąć w ciągu bardzo krótkiego czasu.

Nastęcza się teraz pytanie, jak długo można lub trzeba tampon zostawić?

Odpowiedź ze względu na niezgodność zdań nie jest łatwą. Barnes nie radzi pozostawiać go dłużej nad 1 godzinę, Tarnier pozostawia go na 12 godzin, a Bailly na 24 g. Zbyt krótkie pozostawanie tamponu nie może, zdaje się, wiele dokonać, gdyż wywiązanie się czynności ekbolicznej tamponu oraz sprawa zakrzepowa w naczyniach wymaga pewnego czasu, a już co najmniej chyba 5—6 godzin. Zbyt długie zaś pozostawanie tamponu naraża kobietę na przypadki ucisku i możliwość zakażenia. Na postępowanie akuszerza w tym względzie, rozumie się, wpłynąć mogą rozmaite okoliczności. Podwyższona ciepłota ciała, silne, czasem nieznośne bóle, wysiłki ekspulsyjne, zwiastujące bliskie wydalenie płodu, mogą nas zmusić do wcześniejszego usunięcia tamponu.

Ale oto nowe pytanie: Czy zawsze należy wyjąć tampon w okresie ekspulsyjnym, czy też pozwolić kobiecie urodzić samodzielnie najpierw tampon a następnie dziecię? Depaul radził w tym czasie usunąć tampon i ukończyć poród możliwie prędko przez kleszcze lub obrót. Pajot i Bailly (32, str. 383) zaś wolą tampon pozostawić. Ostatni radzi nawet, aby w chwili, kiedy się przypuszcza dostateczność otworu, sprzeciwić się wypychaniu tamponu przez podtrzymywanie podczas bólów i wpychanie go w przestą-

kach (wątpliwem jest jednak, czy tampon in toto da się do pochwy napowrót wepchnąć). Następnie, jeżeli z wielkości wypchanej części tamponu sądzić można o bliskiem ukończeniu porodu, należy podać 1,0—2,0 sporyszu, aby spotęgować skurcze macicy i zapobiedz atonji po porodzie. Sam Bailly jednak dodaje, że przy takim postępowaniu dziecię pada ofiarą częściej, niż przy szybkim opróżnieniu macicy. W każdym razie ważnym warunkiem dla takiego postępowania są energiczne skurcze macicy i położenie podłużne płodu resp. poprzeczanie główki — warunki, które właśnie przy poprzeczaniu łożyska nie często się spotykają. Po przerwaniu osłon również tego sposobu stosować nie można ze względu na możliwość powstania krwotoku wewnętrznego.

Najczęściej przywoływani bywamy do rodzącej zbyt późno i zastajemy: rodzącą w wysokim stopniu anemiczną i wyczerpaną, pęcherz dawno rozerwany i położenie płodu wadliwe, bóle niedostateczne. W takich razach, jeżeli wybieramy ze środków tampon, postępujemy podług Depaul'a i Dubois (³², str. 384): zakładamy tampon i pozostawiamy go lub po pewnym czasie odnawiamy, aż do osiągnięcia otworu dostatecznego, do czego współdziałamy przez podanie sporyszu, i jeżeli tylko ukończenie porodu jest możliwem przystępujemy doń.

W rezultacie więc, zwłaszcza w obec braku danych statystycznych, trudno jest coś pewnego wyrzec, a postępowanie w każdym wypadku może być innem. Jeżeli np. podczas okresu ekspulsyi skurcze są energiczne, szczególnie jeżeli płód nie żyje, możemy postępować podług metody Pajot'a; jeżeli zaś skurcze macicy są słabe lub rzadkie i jeżeli płód żyjący może z powodu opóźnienia ucierpieć, lepiej będzie tampon usunąć i poród możliwie prędko ukończyć.

Przechodzimy teraz do drugiego rodzaju tamponów, mianowicie pęcherzy rozszerzalnych, zakładanych do pochwy w celu zatamponowania jej. Od czasów Rouget'a (1807 r.), który zaproponował użycie w tym celu pęcherza świńskiego, opatrzonego w rurkę dla nadymania go, przyrządy tego rodzaju uległy ulepszeniom i obecnie posiadamy przyrządy kauczukowe Gariel'a (pessaire á air — 6 numerów) i Braun'a (colpeurynter), i przyrząd Chassagny'ego (appareil élytro-ptérygoide) z pęcherza świńskiego. Ostatni był ma-

ło dotychczas stosowanym, nie znamy przeto jego wartości. Co się tyczy kolpeurynteru, jako tamponu przy poprzedzaniu łożyska, to Braun (¹¹, str. 563) przytacza następujące okoliczności na jego korzyść. Tamponowanie pęcherzem kauczukowym (*colpeurisis*) nie wymaga żadnego przygotowania, jest proste, nieuciążliwe i szybko wykonalne, bezpieczne i niebolesne, jeżeli ilość zawartego w pęcherzu płynu w każdej chwili nie jest nadmierną. Jako środek ekboliczny jest pewnym, wstrzymuje krwotok i przyspiesza działalność bólów porodowych.

Porównajmy tedy wartość obu tamponów:

Przy stosowaniu tamponu bez względu na jego rodzaj i na przeciwność wypadła:

Śmiertelność matek 28⁰/₀ — płodów 62⁰/₀ (Auvard)
(³⁰, s. 41).

Przy stosowaniu kolpeurynteru . . . „ „ 27⁰/₀ „ 60⁰/₀ (Müller)
(²⁴).

Przy stosowaniu przyrządu Gariel'a . . . „ „ 29⁰/₀ „ 59⁰/₀ (Auvard)

Przed wprowadzeniem antyseptyki w Matérnité paryskiej . . . „ „ 38⁰/₀ „ 55⁰/₀

Przy przestrzeganiu antyseptyki w tamponie klasycznym . . . „ „ 6⁰/₀(!) „ 55⁰/₀

Hemostatyczne znaczenie tamponu jest większe po stronie tamponu klasycznego, jeżeli, rozumie się, należycie jest wypełniony i jeżeli przesączenie surowicy nie uważać za krwawienie. Pęcherz kauczukowy nie jest w stanie wypełnić szczelnie pochwy i pozostawia zwykle w głębi pewną przestrzeń, w której krew się gromadzi i następnie po bokach pęcherza na zewnątrz odpływa; to też w 34⁰/₀ wypadków kolpeurynter krwotoku nie wstrzymuje (Müller l. c. str. 316).

Ważną jest kwestyja wpływu tamponu na bóle poro-

dowe czyli na przyspieszenie porodu. Na 128 wypadków zebranych przez Müller'a, w 78-miu skurcze macicy po założeniu tamponu stały się energiczniejszymi i to w ciągu nie dającego się z góry określić czasu. Wprawdzie bywają wypadki, w których na pobudzenie skurczów (i przez kilka dni (3—8) czekać możemy, ale w ogóle po założeniu tamponu skurcze maciczne pojawiają się w ciągu 12-tu godzin. Bywają także wypadki, w których działanie ekboliczne tamponu jest prawie żadne; np. w wypadku Schoeller'a⁽¹⁰⁾ tampon pozostawał na miejscu przez 17 dni i dopiero po upływie tego czasu skurcze nastąpiły. Zdarza się też, że po usunięciu tamponu przed rozpoczęciem się porodu, ciąża postępuje dalej trybem prawidłowym.

Tampon założony podczas porodu potęguje pracę porodową w większości tylko wypadków, a więc nie zawsze.

Wielu autorów mniema, że kolpeurynter energiczniejszym jest bodźcem ekbolicznym, niż tampon zwykły. Tak np. Behm⁽²⁹⁾ utrzymuje, że ujście zwarte przed jego założeniem już po upływie 1½ godziny, rozszerza się do wielkości trzechmarkówki.

3. Przechodzimy do zarzutów robionych tamponowi klasycznemu, mianowicie:

- 1) Zamienia krwotok zewnętrzny na wewnętrzny.
- 2) Może wywołać poród przedwczesny.
- 3) Wykonanie go zajmuje wiele czasu, sprawia kobiecie ból, wstrzymuje wydalanie moczu i kału.
- 4) Najważniejszym zarzutem jest niebezpieczeństwo zakażenia.

Ad 1. Obawa krwotoku wewnętrznego więcej jest opartą na rozumowaniu, aniżeli na ścisłej obserwacji. W samej też rzeczy krwotok wewnętrzny wydarza się nadzwyczajnie rzadko. Dopóki łożysko przyłączone jest do odcinka dolnego macicy, a płód zawarty w osłonach nieprzerwanych, krwotok wewnętrzny, gdyby nawet miał miejsce, nie może być poważnym. Jeżeli łożysko jest odklejone na pewnej przestrzeni t. j. jeżeli sprawa porodowa już się rozpoczęła, wtedy krew uwięziona przez tampon tworzy pomiędzy nim a łożyskiem skrzep, który dalsze krwawienie powstrzymuje; tylko surowica przez tampon przesiąka.

Zupełnie inaczej rzecz się ma po przerwaniu osłon, kiedy istotnie krwotok wewnętrzny może być znacznym, zwa-

szcza przy wadliwym położeniu płodu, przy braku bólów, lub ich niedostateczności. Tutaj trzeba bacznie zwracać uwagę. Wadliwe położenie należy poprawić przez rękoczyny zewnętrzne, a objętość brzucha i macicy zmniejszyć przez ściśle nałożoną opaskę lub pas kauczukowy. Jeżeli pomimo to objętość macicy nieważnacznie się powiększa należy niezwłocznie tampon usunąć.

Jeżeli po przerwaniu osłon skurcze macicy są energiczne, nie mamy zasady obawiać się krwotoku wewnętrznego: objętość macicy samodzielnie się zmniejsza, a nadto, obecność płodu ogranicza przestrzeń, w której krew nagromadzaćby się mogła. Gdy jeszcze i główka poprzedza, to ta będąc przez macicę przyciskaną do odcinka dolnego, tworzy contre-tampon od wewnątrz.

Tampon jest więc środkiem ekbolicznym i zarazem hemostatycznym. Seyfert⁽¹²⁾—wróg tamponu—rozumuje jednak w ten sposób: jeżeli tampon wstrzymuje krwotok, nie może tedy wywołać porodu, ponieważ obie te sprawy przy poprzedzaniu łożyska idą w parze; jeżeli wywołuje poród, może więc tylko powiększyć krwotok. Przypuśćmy, że tak jest w istocie, t. j. że tampon wywołuje skurcze, a przeto i krwotok, ale w takim razie cóż robić, byłby to krwotok nieunikniony. Na szczęście tampon zarazem tworzy tamę dla krwi odpływu,

Ad 2. Zarzut drugi jest żaden, ponieważ krwotok pojawia się najczęściej w tym okresie ciąży, kiedy płód zdolnym jest do życia zewnątrzmacicznego. Wiadomo też, że tampon nie zawsze bóle wywołuje, a w wypadkach gdzie poród przyśpiesza nie możemy robić sobie wyrzutów z powodu zastosowania środka, który matkę ocala prawie na pewno, a płodu nie pozbawia szans życia¹⁾.

Ad 3. Przygotowanie i założenie tamponu rzeczywiście wiele czasu zabiera, a tutaj czas to krew, wraz z krwią zaś ucieka życie matki i płodu. To też możeby należało posiadać w swym arsenale pewien zapas tamponów na każde zażądanie, zupełnie na tej samej zasadzie, na jakiej posiadamy gotowe kleszcze i inne przyrządy. Wszak łożysko

¹⁾ Należałoby się w ogóle przy niewątpliwym rozpoznaniu poprzedzenia łożyska w każdym wypadku zastanowić, co lepsza: czy rozmyślnie wywołanie porodu w 8—9 mies. ciąży, nawet w obec braku krwotoku, czy też pozostawienie obu istot losowi z zawieszonym nad nimi mieczem Damoklesa.

poprzedzające to wróg groźny, w obec którego należy być zawsze pod bronią. Zresztą, w wypadkach wymagających szczególnego pośpiechu, możemy ograniczyć się na zatamponowaniu jedynie głębi pochwy, a resztę wypełnić kolpeurynterem Braun'a lub Gariel'a.

Co do bólu, to w istocie obecność tamponu jest w ogóle co najmniej przykrą z powodu rozpychania pochwy, jakoteż ucisku na pęcherz i odbytnicę (na zwieracze tych narządów). W większości wypadków ból jest znośnym, ale u niektórych kobiet, zwłaszcza nerwowych bywa tak dokuczliwym, że zmusza do usunięcia tamponu. Wypadałoby i w tych razach wykonać tamponadę częściową i dopełnić kolpeurynterem. Przez tę kombinację zmniejszamy ucisk bolesny przez zastąpienie ciała twardego więcej podatnym i elastycznym.

Zatrzymania moczu i kału możemy uniknąć przez opróżnienie pęcherza i kiszki przed założeniem tamponu. Gdyby nawet tampon pozostawał 12 godzin, to niewielka będzie krzywda z zatrzymania wypróżnień przez ten czas. — Zresztą łatwą jest rzeczą usunąć kulki powierzchowne i kateeter do pęcherza wprowadzić.

Ad 4. Zarzut ten upada, jeżeli postępowanie nasze będzie ściśle przeciwnym. Łatwiej, rozumie się, uczynić kolpeurynter aseptycznym, niż tampon zwykły. Należy go starannie mydłem obmyć, a raczej wyszorować i przed użyciem przechować w 0,1% sublimacie (Sippel). Również aseptycznym mógłby być tampon z gazy jodoformowej.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć tutaj o nader interesujących poszukiwaniach Koch'a (38) (z Heidelberga) nad własnością septyczną tamponu. Zanurzał on czopy z waty w rozmaitych płynach przeciwnym, a następnie w mieszaniu krwi wołowej z wydzieliną pochwową. Kulki przechowywał w termostacie przy temperaturze zwykłej ciała. Po upływie pewnego czasu badał, czy rozwinęły się grzybki. Oto rezultaty Kocha:

1) Zapach tamponu nie daje pojęcia o obecności bakterij, ponieważ często w czopach bezwonnych bakteryje obficie się znajdowały.

2) Do dezynfekcyi tamponów nie może być użytym sublimat, ponieważ łącząc się z białkiem krwi, traci własności antyseptyczne. Nawet rozczyń 1:500 nie wstrzymują rozwoju bakterij; również jodoform, kwas borowy (1:3 wrzątku), kwas karbolowy 1% i gliceryna karbolizowana 10% nie są środkami niezawodnymi.

3) Zawsze skutecznym był kwas karbolowy 2,5 — 5%, kwas salicylowy w alkoholu 5—10% (nie dający się jednak z powodu alkoholu zastosować do części rodnych) i wreszcie octan glinu (essigsäure Thonerde), któremu ze względu na łagodność działania należałoby dać pierwszeństwo przed karbolem.

Koch jednak sam dodaje, że nie zbadał, czy grzybki rozwijające się przy tych warunkach, należą do chorobotwórczych. Wypadałoby doświadczenia te w każdym razie powtórzyć, a raczej skontrolować klinicznie. Zawsze niewątpliwem jest to, że tampon aseptyczny zapobiega zakażeniu i że cyfra śmiertelności matek przy jego stosowaniu spadła do $6\frac{0}{0}$ ¹⁾.

IV. Rozwiązanie forsowne.

Jest to metoda najdawniejsza i w swoim czasie (w ciągu XVII-go i w pierwszej połowie XVIII-go stulecia) była jedyną. Stosowano ją zarówno przy poprzedzaniu łożyska, jak przy wszelkich znacznych krwotokach podczas ciąży. — Dopiero Levret ⁽⁶⁾, który nadał tej metodzie nazwę „accouchement forcé“ i odróżnił już poprzedzanie łożyska zupełne (całkowite) od brzeźnego, stosował ją tylko w wypadku pierwszym.

Przy tamponowaniu staramy się walczyć przeciwko krwi odpływowi, przeciwko wyjściu łożyska, a nawet płodu (jak to radzi Pajot), przy tej zaś metodzie starali się opróżnić macicę za jaką bądź cenę. Wprowadzano więc, a raczej przepychano w gwałtowny sposób rękę do macicy, nawet przy ujściu niedostatecznym, aby możliwie szybko przez obrót wydobyć płód, a zaraz potem łożysko. Jest to więc rękoczyn brutalny, gdyż przy najłagodniejszym postępowaniu zawsze narażamy obficie unaczynioną szyjkę na gwałt, sprowadzając zmiążdżenia, rozdarcia, zgorzel z krwotokami następczemi i sprawą zapalną lub zakaźną. Jakkolwiek bowiem szyjka z powodu niezwykłego unaczynienia bywa podatniejszą niż zwykle, to jednakże podatność ta nie przekracza pewnych granic; zdarzają się też wypadki, w których szyjka i usta maciczne są bardzo odporne, tak że wydobywanie płodu bywa często czynnością trudną, a ściąganie się szyjki macicznej na około szyi płodu, stawia nieraz trudności niezwalczone. Dla tego też niektórzy radzą tę metodę nieco zmodyfikować, zwłaszcza wtedy, jeżeli zewnętrzne ujście maciczne tworzy płaską, wystającą listwę: po wprowadzeniu 1 — 2 palców robić nacięcia ust macicznych, (hysterostomatia) wielokrotne, ale płytkie, aby przez to, otrzymać otwór dostateczny. Ale do tego sposobu nigdy nie

¹⁾ Pragnącym bliżej zapoznać się z zasadami antyseptyki gorąco polecić mogę dzieło Schaechter'a: Anleitung zur Wundbehandlung. — Wiesbaden, 1887 r.

należy uciekać się, jeżeli szyjka jest jeszcze zachowaną, wtedy bowiem, zwłaszcza przy poprzedzaniu łożyska, nacięcia następnie z łatwością przechodzą w rozdarcia po za granice pożądanę, powstają więc krwotoki groźne etc. Jasnym więc jest, że wskazanie do nacięć ust macicznych przy poprzedzaniu łożyska nadzwyczaj rzadko w praktyce przytrafić się może, a pamiętać należy, że przy tem powikłaniu całość ujęcia resp. odcinka dolnego macicy powinna być przedmiotem największych starań ze strony akuszerą.

W rezultacie więc rozwiązanie forsowne (gwałtowne) może być tylko ultimum refugium—po wyczerpaniu wszelkich innych środków. Zauważyć wypada jeszcze, że operacja ta zawiodła znakomitych nawet akuszerów,

Śmiertelność matek 48 ⁰ / ₀	49 ⁰ / ₀
(Müller) ^{(24,}	(Auvard) ^{(39,}
str. 278).	str, 57).
„ płodów 63 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀ .

V. a) Rozszerzadło hydrostatyczne.

W celu przyśpieszenia rozwarcia ujęcia, w czasie którego powstaje i trwa krwotok, Barnes ⁽¹⁹⁾ zaleca użycie pęcherza kauczukowego w postaci skrzypiec (sacs violons, geigenförmige Colpeurynter). Pęcherz ten za pomocą przewodnika metalowego, dla którego na ścianie bocznej znajduje się kieszonka, ostrożnie wprowadza się do ujęcia. Następnie napęnia się powoli wodą lub powietrzem. 6 numerów wystarcza dla wszystkich wypadków.

Przed wprowadzeniem pęcherza Barnes odkleja łożysko współśrodkowo do ujęcia (patrz niżej) i jeżeli to dla hemostazy nie wystarcza, co bywa przy braku bólów, wtedy zakłada dilatator. Rozszerzadło pozostawia na miejscu przez $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Pod jego wpływem oraz przy współczesnem działaniu opaski brzusznej pobudza się czynność macicy, a krwotok ustaje. Następnie usuwa dilatator i jeżeli bóle trwają dalej a przoduje główka, to dalszy przebieg porodu pozostawia siłom natury. W razie przeciwnym sprowadza nóżkę do pochwy (p. metodę Hicks'a).

Jest to więc tylko ogniwo w metodzie właściwej Barnes'a, ale umieszczamy je już tutaj dla tego, że stosujemy dilatator także w tych wypadkach, gdzie odklejenia łożyska od pasa szyjki dokonała sama natura, ale gdzie pomimo to

wskutek beczynności macicy krwotok trwa dalej, a ujęście samo nie rozwiera się. Trudno orzec, co w tej metodzie jest ważniejszym, czy rozwieranie ujęcia czy też odklejenie łożyska; dla rozwiązania tej kwestyi nie posiadamy żadnej statystyki.

b) W celu osiągnięcia „szybkiej i natychmiastowej“ hemostazy przy zachowaniu całości osłon aż do chwili dostatecznego rozwarcia ujęcia, Jungbluth⁽³⁰⁾ używa aseptycznej gąbki prasowanej. Laseczki rozmaitych rozmiarów aseptycznie przyrządzone i przechowywane zakłada do ujęcia, nie krępując się żadną odmianą poprzedzania łożyska, ani położeniem płodu. J. sądzi, że pęcznienie gąbki wzrasta w miarę tego, jak nowe odcinki łożyska zostają odklejone i że tym sposobem gąbka w każdej chwili tamponuje miejsce krwawiące, że tak powiem, in statu nascendi krwotoku. Oprócz tego działania, gąbka, jak wiadomo, wywołuje jednocześnie rozwieranie się ujęcia i przeto daje możliwość przyspieszenia chwili wydobywania płodu. Temu zaś, podług J. nie zagraża żadne niebezpieczeństwo.

Jest to metoda niedawna, i jakkolwiek przez samego twórcę i Walther'a⁽³¹⁾ gorąco zalecana, nie posiadamy jeszcze dosyć materyjału, aby ją ocenić. — Po szczegóły przygotowania aseptycznego gąbek odsyłam czytelnika do oryginału.

Murphy (1885) radzi w celu rozszerzenia ujęcia posilkować się palcami lub ręką całą. Wprowadza rękę ułożoną w stożek do ujęcia i powoli ją zagłębia w miarę rozwierania się ujęcia. Postępowanie więc jest takie, jak przy otwieraniu kapeiucha. Wątpliwem jednak jest, czy rozszerzadło ręczne może być zarazem wdzięcznym tamponem.

Do przyrządu Barnes'a wielkie ma podobieństwo balon podwójny Chassagny'ego (1868). Stosowano ten przyrząd w Matérnité paryżk. w 6 wypadkach, ale rezultat wypadł nie bardzo szczęśliwie: śmiertelność matek 33⁰/₀, płodów 88⁰/₀ (Auvard, l. c. str. 62).

VI. Rozwiązanie przedwczesne.

Opierając się na spostrzeżeniach własnych i cudzych Greenhalgh⁽¹⁶⁾ przychodzi do wniosku, że poród przedwczesny daje najlepsze wyniki dla matki i płodu (?). Idealnym więc postępowaniem dlań jest: wywołać poród przedwczesny, jak tylko rozpoznanie łożyska przodującego nie ulega wątpliwości. W tym celu podczas krwotoku tamponuje pochwę przyrządem podobnym do kolpeuryntera, wy-

pełniąc go powietrzem. Jednocześnie obwiązuje brzuch opaską elastyczną, aby uciskać macicę i zapobiedz krwotokowi wewnętrznemu.

W rezultacie więc możemy się spodziewać zupełnie tego samego wyniku, co od tamponu zwykłego lub kolpeurynterów, stosowanych przed rozpoczęciem się porodu. — Z zestawienia Auvard'a (l. c. str. 64) wypada:

Śmiertelność matek 22⁰/₀.
 „ płodów 61⁰/₀.

VII. Wyrwanie całkowite łożyska.

Simpson (²⁰), opierając się z jednej strony na mniemaniu, zresztą mylnem, co do patogenji krwotoku, że krew odpływa z łożyska (po przejściu przez część jeszcze przyczepioną), a z drugiej na faktach klinicznych, w których krwotok ustawał po odejściu łożyska przed urodzeniem się płodu (Radfort), radzi odkleić zupełnie łożysko, a następnie szybko je wydobyć. Jeżeli po tym rękoczynnie krwotok ustaje, pozostawia przebieg dalszy porodu naturze. Dziecię, rozumie się, skazanem jest na śmierć przez uduszenie. Jeżeli krwotok nie ustaje, możliwie szybko kobietę rozwiązuje (przez accouchement forcé ?).

Wątpliwą jest rzeczą, czy przy ujściu niedostatecznym operacyjna ta jest w ogóle bez gwałtu wykonalną, ponieważ długość palców wynosi około 8 ctm., a średnica łożyska 23 do 25 ctm., tak, że często dna macicy dosięga. Jeżeli więc łożysko nie zostało wydalone po odklejeniu a dziecko urodziło się żywym, tedy nie mamy zasady twierdzić, że dokonano całkowitego odklejenia.

Naturalnie, iż Simpson radzi stosować tę metodę tylko w wypadkach groźnych, w których przerwanie osłon lub obrót są środkami nie wystarczającymi do powstrzymania krwotoku. Możliwość wprowadzenia ręki bez gwałtu wobec niewątpliwej śmierci lub niedojrzałości płodu, może nas do tej metody ośmielić.

Z szczegółowego rozbioru wypadków zebranych przez Simpson'a wypada:

Śmiertelność matek 6,3⁰/₀.
 „ płodów 96⁰/₀.

Z zestawienia wypadków innych autorów otrzymujemy 20⁰/₀ i 83⁰/₀.

Co się tyczy wpływu hemostatycznego, to w istocie w większości wypadków krwotok zostaje powstrzymanym, w mniejszości trwa dalej, a czasem staje się tylko mniej groźnym. Z tych względów, zwłaszcza w obec przerażającej śmiertelności płodów obecnie nie wielu do tej metody się ucieka.

VIII. Odklejenie częściowe łożyska.

Zamiast odklejenia całkowitego Barnes (19) dokonywa odklejenia częściowego, po czym łożysko pozostaje przyczepionem do macicy—po za obrębem pasa biegunowego dolnego. Wprowadza rękę do pochwy, a następnie 1—2 palce przez szyjkę o ile możliwości głębiej, pomiędzy łożyskiem a ścianką macicy i, opisując niemi koło, odkleja łożysko. — Jeżeli po drodze napotyka brzeg łożyska, przerywa osłony tuż przynim i jednocześnie, przed wydobyciem ręki, określa położenie płodu, o ile to jest możliwem. Po tym rękoczynie krwotok c z ę s t o ustaje; w wypadkach, gdzie krwotok trwa dalej—w skutek bezczynności macicy, zakłada dilatator hemostatyczny.

Dzięki odklejeniu częściowemu Barnes spodziewa się osiągnąć: 1) Ułatwienie rozwarcia ujścia przez oswobodzenie odcinka dolnego od łożyska nierozciągliwego, i 2) wstrzymanie lub zmniejszenie krwotoku przez przesunięcie przyczepu łożyska po za granice okolicy niebezpiecznej.

Z wypadków Murphy'ego (39, str 71) przy stosowaniu tej metody wypada:

Śmiertelność matek	0 ⁰ / ₀ (!).
„	płodów 43 ⁰ / ₀ .

IX. Wyrwanie częściowe łożyska.

Bunsen (9) w 7-miu wypadkach— w 3, 4, 5 i 8 miesiącu ciąży—wrywał sterczące w ujściu kawałki łożyska i zdołał tym sposobem nietylko krwotok powstrzymać, ale nawet zapobiedz grożącemu poronieniu lub porodowi przedwczesnemu i ciężę szczęśliwie do kresu doprowadzić. Można by więc tę metodę nazwać cudowną, gdybyśmy tylko posiadali więcej materiału do oceny jej i gdyby się nie wydawało zagadkowem, jak można część łożyska wyrwać bez uszkodzenia osłon.

X. Przerwanie osłon.

W 1759 r. Puzos⁽⁵⁾ nader starannie opisał swą metodę postępowania przy przodowaniu łożyska, jakkolwiek o niej już przed nim wspominają akuszerzy. Dokonywał on najpierw za pomocą ręki rozszerzenia ujścia—stopniowo i z przestankami, a wskutek tego rękoczyn pojawiały się lub potęgowały bóle. W chwili, kiedy pęcherz płodowy był dostatecznie dostępnym i napiętym, śpiesznie go przerywał, aby wody wypuścić. Po odejściu wód objętość macicy zmniejsza się, bóle stają się jeszcze energiczniejszymi i napędzają płód w kierunku ujścia, przez co krwotok zostaje wstrzymanym, a dalszy przebieg porodu odbywa się pomyślnie dla matki i płodu.

Jakkolwiek w opisie oryginalnym Puzos'a znajdujemy wyszczególnienie dwóch czynności: rozszerzenie ręczne ujścia i przerwanie osłon, to jednakże obecnie pod nazwą metody Puzos'a rozumiemy tylko przerwanie sztuczne osłon, jeżeli te są dostępne. Pęcherz płodowy przerywamy za pomocą palca, pióra gęsiego lub stalowego, kolca jeża.

Działanie hemostatyczne tej metody jest prawie niezawodne (w 87,5% wypadków). Wielu też akuszerów uważa ją za najskuteczniejszą, ale jakkolwiek zastosowanie jej nie wymaga żadnego prawie przygotowania i zachodu, to jednakże skuteczność jej zależy od wielu warunków. Hemostaza osiągnana przez tę metodę objaśnia się łatwo teorią Schroedera'a—gorącego jej zwolennika. Nietrudno zrozumieć, że przy poprzedzaniu częściowem lub brzeżnem łożyska, przez przerwanie osłon zapobiegamy przesuwaniu się macicy wzdłuż łożyska, a zatem i odklejeniu się ostatniego podczas rozwierania się ujścia: zamiast odklejać się łożysko wraz z odcinkiem dolnym macicy unosi się w górę. Z drugiej strony, przez upuszczenie wód staje możebnym drugi nader ważny czynnik hemostatyczny, mianowicie część poprzedzająca płodu może wtenczas działać jako tampon wewnętrzny. Naturalnie, że wcale nieobojętną jest w tym względzie rzeczą, jaka część płodu poprzedza. Jeżeli jest to bark, to tamponada wewnętrzna nie może być dostateczną, chyba przy ewolucyi samoistnej. To samo powiedzieć możemy o przodowaniu pośladków. Nader zaś pomyślnem będzie przodowanie nóżkami, ponieważ wtedy jedna lub obie, wklonowane w ujście, wybornie jako tampon

ne, Cohen (13) wprowadza 1 — 2 palce do ujścia i przenika w głąb między łożyskiem i ścianką macicy w tym kierunku, gdzie opór jest mniejszy i to na głębokość dwóch członków palca. Przy napotkaniu osłon, obejmuje palcami brzeg łożyska, przerywa osłony, następnie ruchem kolistym odkleja łożysko na pewnej przestrzeni obwodu jego przyczepu (190°—200°); nareszcie, wyjmując rękę, sprowadza przez ujście do pochwy oddzielony zraz łożyska. W ten sposób Cohen zamienia poprzedzanie całkowite na brzeżne. — Jeżeli nie znajduje osłon w obranym kierunku, wtedy stara się dosięgnąć drugą ręką w kierunku przeciwnym. — Po dokonaniu tej czynności pozostawia poród siłom natury.

Przy stosowaniu więc tej metody z góry przypuszczamy, że łożysko przyczepia się ośrodkowo względem ujścia i dokonywamy odklejenia częściowego w tym celu, aby dosięgnąć osłon, to jest umożliwić zastosowanie metody Puzos'a.

Nie będzie tu od rzeczy następująca uwaga. Jeżeli przy badaniu znajdujemy, że ujście wewnętrzne jest przez tkankę łożyskową w zupełności zakryte, to w każdym razie klinicznie mamy przed sobą poprzedzanie całkowite, ale czy ono jest współśrodkowym względem ujścia lub nie, o tem wiedzieć nie możemy; więcej nawet, jeżeli łożysko nie zostało sztucznie przedziurawionem tuż po nad ujściem, to na łożysku samem po jego odejściu nie stanowczo nie wskazuje, czy było ściśle współśrodkowym lub nie. Dodać należy, że nie wszystkie wypadki rozpoznane w pierwszej chwili jako poprzedzanie całkowite, są takimi w istocie, ponieważ przy postępującej pracy porodowej zwykle płac mniejszy samoistnie zostaje od macicy odklejonym i sterczy w ujściu tak, jak to bywa zwykle przy poprzedzaniu brzeżnem.

XII. Przedziurawienie łożyska.

Przy poprzedzaniu całkowitem Deventer (4) w celu upuszczenia wód dokonywał za pomocą palców przedziurawienia łożyska i rozszerzenia otworu. Opisując swą metodę (1734 r.) Deventer wspomina, że akuszerki przedziurawiają łożysko szpilką do włosów, ale sam nie radzi jej używać z obawy zranienia płodu. — (Jednakże Baudelocque używał w tym celu trójgrańca). Dalszy przebieg porodu D. pozostawiał naturze; przy wadliwym zaś położeniu płodu, „akuszerka powinna usiłować pociągać go za nóżki“.

Przedziurawienie łożyska już z powodu upuszczenia wód może przyczynić się do ściągnięcia się macicy i zatamponowania wewnętrznego, jeżeli, rozumie się, poprzedza

główka, ale nie może w zupełności zapobiedz ponownemu odklejeniu się łożyska. Zupełnie co innego zachodzi po przerwaniu osłon, ponieważ tutaj otwór otrzymany jest obszerny, tak że część poprzedzająca płodu z tej strony nie znajduje przeszkód; osiągnięcie zaś takiego otworu w łożysku możliwym jest tylko kosztem zburzenia większej tegoż części; w przeciwnym bowiem razie napierająca na łożysko główka musi pchać je przed sobą i sprowadzać odklejenia ponowne.

Hofmeier ⁽²⁸⁾ i Behm ⁽²⁹⁾ przy stosowaniu metody Br. Hicks'a uciekają się do tego rękoczynu w razie niemożności bezpośredniego dosięgnięcia błon płodowych.

W chwili przerwania łożyska, co przy wiotkości macicy nie zawsze jest rzeczą łatwą do dokonania, krwotok znaczenie się wzmacnia. Należy o tem z góry pamiętać. Behm wspomina o pewnym lekarzu, który badając rodzącą, tak został gwałtownością fali krwawej przerażony, że zemdlął.

Śmiertelność matek 34⁰/₀.
 „ płodów 65,8⁰/₀.

(Müller ²⁴, str. 304).

XIII. Wytłaczanie płodu.

Kriesteller ⁽¹⁾ w dwóch wypadkach poprzedzania łożyska dokonywał wytłaczania płodu w celu ustalenia główki i przyśpieszenia ekspulsji płodu.

Nie posiadamy dosyć materyjału, aby tę metodę (właściwie masaż macicy) należycie ocenić; musimy ograniczyć się na treściwym opisie tych wypadków.

I. Pierwiastka, 21 lat; miednica prawidłowa, główka po nad wchodem, ruchoma; bóle niedostateczne, brzeg łożyska na 1,5 ctm. powyżej ujścia. Ujście 5 ctm. Krwotok. — W celu sprowadzenia główki do środka miednicy i zatamponowania naczyń K. objął dno macicy oburącz i co 2 — 3 minuty dokonywał wygniatania; za każdym razem macica tężała i od czasu do czasu zjawiał się skurcz energiczny. — Po 15-tu rękoczynach, które zajęły 40 minut, główka zstąpiła do małej miednicy i ustaliła się w ujściu. Krwotok ustał zupełnie. Bóle pojawiały się co 7—10 minut, stopniowo potęgując się. Poród ukończył się szczęśliwie dla matki i płodu (l. c. str. 374).

II. Multipara, 40 lat. Krwotoki obfite. Wypadła rączka i znaczny zraz łożyska. Ujście 6 — 7 ctm. Obrót wewnętrzny na nóżki. Pociąganie za nóżki nie wstrzymuje krwotoku. Wytlaczanie z przestankami zajęło 6 minut. — Płód przedwczesny, nieżywy. Wytlaczanie łożyska (l. c. str. 377).

XIV. Obrót na główkę zewnętrzną.

Pinard'owi⁽²⁶⁾ należy się zasługa zastosowania metody Wigand'a przy leczeniu poprzedzania łożyska. Metoda ta zasadza się na sprowadzeniu główki do wchodu i ustaleniu jej tutaj w wypadkach, gdzie ta nie poprzedza, mianowicie przez rękoczynny zewnętrzny. Jest to więc tylko czynność wstępna, umożliwiającą zastosowanie innych metod: tamponacji, przerwania osłon etc. Nie możemy przeto tej metody oceniać z tego samego stanowiska, co inne. Auvard (l. c. str. 114) na zasadzie 9 wypadków, w których tę czynność wstępną stosowano, otrzymuje:

Śmiertelność matek	0%
„	„
płodów	28%

XV. Obrót na nóżki dwubiegunowy.

Metoda ta ogólnie znana pod nazwą metody dwuręcznej Braxton-Hicks'a lub obrotu dwubiegunowego (Barnes) jest dziś tak cenioną, że nie waham się przytoczyć tutaj opisu Br. Hicks'a⁽¹⁴⁾.

„Po ułożeniu chorej na grzbiecie, wprowadzam rękę do pochwy o tyle, o ile jest koniecznym, aby palcem na całą jego długość przeniknąć do szyjki; czasami należy wprowadzić do pochwy całą rękę, w innych razach wystarczą 3—4 palce. Określam położenie główki i jej kierunek względnie do jednej lub drugiej strony ujścia; rękę prawą układam na powłokach brzusznych w pobliżu dna; następnie staram się oznaczyć położenie pośladków, co rzadko jest trudnem. Za pomocą ręki znajdującej się na zewnątrz popycham łagodnie, ale stanowczo, pośladki ku stronie prawej; w miarę tego, jak pośladki ustępują popycham główkę w kierunku przeciwnym w ten sposób, aby ją unieść po nad brzeg miednicy.

Zauważyć należy, że kiedy główka znacznie zstąpiła do

jamy miedniczej lub większą połowę przeszła przez ujście maciczne, wtedy rzadko jest możebnem unieść ją po nad brzeg miednicy, zwłaszcza jeżeli macica rozwija swą czynność.

Kiedy poślądki opuściły się już prawie do wymiaru poprzecznego macicy, wtedy główka znajdować się będzie powyżej brzegu miednicy, a przy ujściu napotkamy bark. Bark popychamy w ten sam sposób jak główkę i po lekkim ponownym ucisku od zewnątrz na poślądki sprowadzamy do ujścia kolanka, które możemy uchwycić.

Przy nienaruszonych osłonach często wydarza się, że jak tylko wyczuwa się bark, w jednej chwili przy ujściu pokazują się poślądki i nóżki, a to z powodu dążności macicy utożsamienia swej osi podłużnej z odpowiednim wymiarem płodu. Jeżeli zatem zachodzi pewna trudność przy schwyceniu kolanka, to przy uciskaniu ponownem zawsze ukażą się nóżki.

Czasami obrót jest łatwiejszym, jeżeli w chwili kiedy główka znajduje się po nad skrajem miednicy, umieścimy pod nią rękę zewnętrzną i jeżeli część poprzedzającą płodu unosimy współcześnie z obniżaniem pośladków.

Wszystko to może być dokonaniem w czasie o wiele krótszym, niż do opisu potrzeba, ale czasami koniecznem jest połączyć łagodną cierpliwość z nieustanną wytrwałością.

Jeżeli do ujścia nie można wprowadzić więcej nad jeden palec i jeżeli przeto niemożebnem jest przeprowadzić przezeń nóżki, to ostatnią należy utrzymać w pobliżu ujścia, a to przez przyciskanie jej palcem do powierzchni wewnętrznej ujścia, mianowicie do części przedniej, gdzie spojenie łonowe temu sprzyja. Zarazem, jeżeli kobieta tylko nie jest zbyt tęgą, ucisk wywierany od zewnątrz na łono współdziałać będzie do utrzymania nóżki w omawianem położeniu. W ten sposób, jeżeli ujście będzie dostatecznie rozwarte, mamy zawsze nóżkę dostępną. Możliwość utrzymania jej niezmiernie ważną jest w wypadkach, gdzie obrót nie da się wykonać bezpośrednio po uchwyceniu nóżki; przez zatrzymanie i ustalenie jej wytwarzamy między macicą a jej zawartością stosunek właściwszy i z tego powodu dalszy rękoczyn staje się łatwiejszym. Zależy to po części od czynności macicy, po części od współczesnego pociągania łagodnego i nieznacznego za nóżkę.

Jeżeli twarz płodu zwrócona jest ku lewej stronie macicy, wtedy cała różnica rękoczynu w tym razie polega na uciskaniu pośladków ku stronie lewej, a główki ku prawej.

Przypuśćmy teraz, że nie można było stanowczo określić położenia, w jakim więc kierunku należy uciskać część poprzedzającą płodu? Jeżeli główka znajduje się ściśle w środku, to usuwamy ją ku stronie, w którą się nachyla, a pośladki w stronę przeciwną; ale jeżeli nie odpowiada absolutnie środkowi a położenie nie da się ściśle określić, w którą tedy stronę należy uciskać?

Wiadomo ze statystyki Naegele'go, że grzbiet płodu w 75% wypadków zwrócony jest ku stronie lewej; otóż należy uciskać pośladki ku stronie prawej, a główkę ku lewej, w ten sposób w $\frac{3}{4}$ ilości wypadków nie będzie omyłki.

Zresztą, ze względów praktycznych nie ma to wielkiego znaczenia, ponieważ jeżeli uciskamy nie w pożądanym kierunku (to samo odnosi się do położzeń poprzecznych), zawsze jednak jeden bok nachyli się mniej lub więcej do ujścia i sprowadzi w ten sposób kolanka w sferę osiągalności dla palca.

Trzeba pamiętać, że jedna z największych trudności obrotu zależy od skurczów macicy, od ich natężenia i częstotliwości, i że należy działać zawsze w przestankach. Otóż jedna z głównych zasług mej metody jest ta, że dzięki jej działa się przy początku okresu dilatacyi t. j. w chwili, kiedy bóle nie dosięgły jeszcze szczytu natężenia.

Przy poprzedzaniu tułowia wystarcza często z początku wprowadzenie dwóch palców przez ujście, aby dosięgnąć i zahaczyć kolanko, ale w późniejszym okresie mogą zajść niektóre trudności, jeżeli osłony oddawna są przerwane. Wtedy do uchwycenia kolanka dopomagają rękoczyny zewnętrzne, przez obniżanie pośladków i unoszenie główki i łokcia. Przy poprzedzaniu barku przywiązuję wielką wagę do uciskania zewnętrznego pośladków; zawsze mi się udało przez to sprowadzenie kolanka do ujścia.

W ten sposób unikamy zawsze starej i niebezpiecznej metody, polegającej na wprowadzeniu całej ręki do macicy. Nie przeczę, że moja metoda uciskania pośladków przedstawia wielkie trudności w wypadkach wyjątkowych, kiedy tułów zgięty we dwoje jest wklonowany w miednicę, kiedy rączki wypo-

dły a główka i poślądki zostały zatrzymane w macicy i przez jej skurcze uciśnięte. Wtedy uciskanie pośladków staje się prawie niemożliwym“.

Przy poprzedzaniu łożyska Br. Hicks po sprowadzeniu nóżki, przerywa osłony, a łagodnie pociągając za nóżkę wytwarza tampon naturalny. Już wyżej mówiliśmy dla czego przy niewielkim stopniu rozwarcia ujścia poprzedzanie pośladków resp. sprowadzenie nóżki przez ujście, jest dla hemostazy daleko pomyślniejszem, niż poprzedzanie główki.

Po ustaleniu nóżki w ujściu, wstrzymujemy się od dalszych rękoczynów czyli innemi słowy dajemy spokój kobiecie—i sobie.

Nic też zrobić nie możemy: krwotok ustał, a ekstrakcji płodu wykonać nie możemy, jeżeli nie chcemy narazić rodzącą na rozerwanie szyjki i krwotok następczy, jako też na następstwa zbyt szybkiego opróżnienia macicy. — Jeżeli jednak cokolwiek krwi się ukaże, zależy to od usunięcia się pośladków w górę, należy je przeto znów ściągnąć do wchodu, aby krwotok wstrzymać.

Co się tyczy czasu, jaki upływa od chwili wykonania obrotu resp. ustalenia nóżki w ujściu aż do ukończenia porodu, to z notatek Behm'a (w 24-ch wypadkach) widzimy, że trwa $\frac{1}{2}$ do 11 godzin. Wprawdzie tedy cierpliwość nasza i osób otaczających zostaje na ciężką próbę wystawioną, ale za to mamy dość czasu dla podania środków orzeźwiających (analeptica): cognac, wino, kawa, dla wstrzykiwań eteru, tak przez Hecker'a zachwalanych i istotnie często życie ocalających. W ciągu 1-ej godziny możemy zastrzyknąć zawartość 5—10—15 strzykawek Pravaz'a. Nadto rodzącą układamy z głęboko opuszczoną głową ze względu na niedokrwistość mózgu, i dla wynagrodzenia utraty oraz zaspokojenia pragnienia podajemy często napój, ale w ilościach niewielkich z powodu skłonności do wymiotów. Staramy się też uchronić kobietę od utraty ciepłika, tak znacznej przy krwotokach, w tym celu stosujemy ogrzewania środkami zewnętrznymi. Przy takim postępowaniu rodzące szybko się poprawiają, tak że ustające zwykle po dokonaniu obrotu bóle na nowo rozbudzają się i sprowadzają samoistne rozszerzenie ujścia. Wtedy możemy bólem dopomódz przez ostrożną ekstrakcję, zwłaszcza przy poprzedzaniu brzeżnem łożyska. Przy całkowitem zaś poprzedzaniu

i płodzie donoszonym najlepiej jest wyczekiwać samoistnego wydalania płodu.

Metoda Br. Hicks'a może być stosowaną w każdej chwili, prawie natychmiast po przybyciu do chorej, bez żadnych przyrządów, nie jest bolesną, tak że kobiety zdumiewają, dowiedziawszy się o dokonaniu operacji (Kaltenbach) ⁽²⁵⁾, i przy należytem jej wykonaniu nie naraża się ujścia na uszkodzenie. Do zalet tej metody należy jeszcze ta, że zapobiega następczemu krwotokowi atonicznemu z odcinka dolnego. Behm objaśnia to w ten sposób, że podczas okresu wydalania płodu część łożyska w obrębie strefy Duncan'a zostaje odklejoną i przez opuszczającą się część płodu przyciskaną do powierzchni przyczepu, przez co w zatokach wytwarzają się skrzepy, zapobiegające krwotokowi po porodzie.

Rozumie się, że dla stosowania tej metody potrzebne są pewne warunki, mianowicie: rozwarcie ujścia dostateczne na wprowadzenie dwóch lub przynajmniej jednego palca; dalej, osiągalność osłon, a gdy odszukanie ich pozostaje bezskutecznem, to nie powinniśmy zbyt długo zabawiać się odszukiwaniem miejsca minoris resistentiae a przystąpić do przedziurawienia łożyska. Wprawdzie nie zbyt miłe wrażenie robi wtedy obfita ablucya ręki krwią gorącą, ale należy być na to z góry przygotowanym i, nie zastanawiając się, szybko i odważnie iść naprzód, oszczędzamy przez to kobiecie bólu, pominiawszy to, że przez długie grzebanie w okolicy łożyskowej narażamy rodzicą na zakażenie.

Pomimo zalet wielostronnych metodzie tej stawiano zarzuty następujące: 1) Usposabia do wypadnięcia sznurka pępkowego (?). 2) Podług Kucher'a ⁽²¹⁾ i innych nie sprowadza bezwarunkowo zawsze hemostazy. Ale Hofmeier ⁽²⁸⁾, Behm ⁽²⁹⁾, Lomer ⁽³³⁾, którzy tak często tę metodę stosowali, utrzymują, że tylko w czasie wykonywania obrotu krwotok jest bardzo obfitym, lecz ustaje natychmiast, jak tylko nóżka została do pochwy wprowadzoną. — 3) Sprowadza krwotok wewnętrzny, ale żadne spostrzeżenie poważne tego nie stwierdza. W jednym tylko wypadku Behm'a nieco krwi nagromadziło się po nad pośladkami płodu. 4) Ważniejszym zarzutem jest ten, że wykonanie rękoczynu jest trudne. Wielu jednak autorów utrzymuje przeciwnie, że jest operacją łatwą i że tylko ci przypisują jej trudności, którzy jej nigdy nie próbowali (Kaltenbach ⁽²⁵⁾). Lomer

właśnie kładzie nacisk na łatwość jej wykonania, z włącza po zachloroformowaniu chorej, jak to czynił Br. Hicks, i dodaje: „try id and then judge for yourself“ *) (l. c. p. 1257). Rozumie się, że całość osłon znakomicie tę czynność ułatwia; przeciwnie zaś po odejściu wód operacyjna ta z łatwo zrozumiałego powodu, staje się czasem niemożliwą. Z drugiej strony, zbyt obfita ilość wód (hydramnion) utrudnia uchwycenie płodu, ale łatwo temu zapobiedz przez upuszczenie pewnej ich części. Nie zapominać też, że mamy tu zwykle do czynienia z mnogorodzającami o zwiotczonych narządach i osłonach brzusznych.

Śmiertelność matek	4,5 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀	
„	płodów 60 ⁰ / ₀	83,4 ⁰ / ₀	
	(Lomer l. c. s. 1235).		(Behm (1 ^v)).

XVI. Wydobyć płodu.

Kleszcze.—Obrót.—Wydobyć ręczne.—Rozkawalenie.

Przy poprzedzaniu łożyska istniejące wskazania mogą nas zmusić do wykonania jednego z rękoczynów powyższych, tak samo, jak w wypadkach zwykłych.

1. **W y d o b y c i e r ę c z n e** musi być zastosowane do położenia płodu i odmiany poprzedzania łożyska, a mianowicie:

a) Przy poprzedzaniu p o ś l a d k ó w dokonywa się na zasadach ogólnych położnictwa.

b) Przy poprzedzaniu b a r k u lub g ł ó w k i musimy wykonać obrót wewnętrzny, rozumie się, przy ujęciu dostatecznie rozwartem, bo nie mówimy tutaj o rozwiązaniu forsownem. Ujęcie zaś przy przodowaniu łożyska jest z niewielu wyjątkami w ogóle więcej rozciągliwe, aniżeli w wypadkach zwykłych. Ta własność ujęcia ma wielką wartość praktyczną, gdyż nie potrzebujemy tracić czasu na wyczekiwanie dostatecznego rozszerzenia, ale tylko dostatecznej rozszerzalności ujęcia. Criterium dla tego stanu jest chwila, w której brzegi ujęcia dają się bez wysiłku rozciągnąć aż do zetknięcia ze ściankami miednicy małej. Trzeba umieć z tej chwili korzystać.

Dokonanie obrotu przy poprzedzaniu łożyska brzeżnem nie przedstawia więcej trudności, niż wypadki zwykłe. Zupełnie co innego zachodzi przy poprzedzaniu całkowitem

*) „Spróbuj i osądź sam.“

lub częściowem. Tutaj w celu wprowadzenia ręki do macicy mamy do wyboru:

1) Metodę Rigby (³⁰) str. 130), t. j. przedziurawienie łożyska i przenikanie przez wytworzony otwór do jamy macicznej.

2) Metodę Mauriceau (²), t. j. odklejenie częściowe aż do osiągnięcia osłon i ich przerwanie.

3) Metodę Peu (³), polegającą na wprowadzeniu ostrożnem ręki o ile możności głębiej pomiędzy osłonami a ścianką macicy i przeniknięciu do jamy tej ostatniej w miejscu odpowiadającym położeniu nóżek.

W ogóle najczęściej bywa stosowaną metoda Mauriceau, ale osiągnięcie błon jest zarówno jej celem, jak szkopułem. Mianowicie trudno jest z góry odpowiedzieć na pytanie, z której strony brzeg łożyska jest bliższym, czyli z której strony macicy znajduje się płat mniejszy łożyska. Niestety nie mamy na to prawidła i zdania autorów są w tym względzie niezgodne; zdaje się, że częściej znajdujemy płat mniejszy ze strony p r a w e j. Dla tego też Behm radzi w pierw obejść cały obwód ujścia i dokonać odklejenia w tym kierunku, gdzie przyczep okazuje się słabszym.— Jeżeli nie jesteśmy pewni co do stopnia odporności, nie możemy się długo namyślać, ale za radą Spiegelberga (²²) wybieramy tę rękę, która w obec danego położenia płodu najdogodniejszą jest do uchwycenia nóżki i wprowadzamy ją w jakim bądź kierunku dość głęboko — aż do osiągnięcia osłon.

Trzeba być przygotowanym na to, że w chwili odklejenia łożyska krwotok gwałtownie się wzmagą, lecz operator nie powinien wtedy tracić krwi—zimnej, mając w swych rękach życie dwojga istot.

Postępowanie dalsze w niczem nie różni się od zwykłego. Rokowanie określa:

Śmiertelność matek	31 ⁰ / ₀ .
„ płodów	60 ⁰ / ₀ .

2. K l e s z c z e, zarówno jak obrót stosowano w dwóch przeciwnych stanach t. j. przy ujściu dostatecznie rozwartem lub rozciągliwem i przy ujściu mało rozwartem.

a) Eshleman (²¹) sądzi, że przy ujściu niedostatecznem kleszcze przenikają łatwiej aniżeli ręka, która więcej sprowadza uszkodzeń. Po uchwyceniu główki E. przez

ostrożne pociąganie spodziewa się osiągnąć hemostazę oraz przyspieszenie rozwierania się ujścia aż do swobodnego przepuszczenia główki. Jest to więc tylko odmiana rozwiązania forsownego.

b) Nałożenie kleszczy przy przodowaniu łożyska częściowem lub brzeżnem i przy ujściu odpowiedniem w niczem nie różni się od zwykłego, ale wymaga tutaj wielkiej ostrożności, aby łyżkami nie zranić łożyska. Przy poprzedzaniu zaś całkowitem należałoby dokonać uprzednio częściowego odklejenia łożyska podług metody Cohen'a. Krwotok zwykle zwiększa się podczas nakładania przyrządu, ale ustaje z chwilą rozpoczęcia trakcyj.

Śmiertelność matek 48⁰/₀.

„ płodów 57⁰/₀.

3. R o z k a w a l e n i e p ł o d u. przy przodowaniu łożyska często było dokonywanem z powodu powikłań niezależnych od samego łożyska.

Część II.

I. Zestawienie metod.

Zestawiając wyniki statystyczne rozmaitych metod odnośnie śmiertelności matek i płodów, otrzymujemy tablicę następującą:

	Śmiertelność.	
	Matek.	Płodów.
1. Rozwiązanie forsowne	49 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀ .
2. Sporysz	42 ⁰ / ₀	77 ⁰ / ₀ .
3. Przedziurawienie łożyska	34 ⁰ / ₀	57 ⁰ / ₀ .
4. Wyrwanie całkowite „	20 ⁰ / ₀	83 ⁰ / ₀ .
5. Przerwanie osłon	13 ⁰ / ₀	46 ⁰ / ₀ .
6. Tampon aseptyczny	6 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀ .
7. Obrót dwubiegunowy	4 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀ .
(Ze statystyki samego Behm'a)	0 ⁰ / ₀	77,5 ⁰ / ₀ .
8. Metoda Barnes'a (J. Murphy)	0 ⁰ / ₀	43 ⁰ / ₀ .

Widzimy tedy, że ze względu na matkę z pierwszych 4-ch metod należy zaniechać zupełnie 1-szą i 4-tą, a sporysz lub jego przetwory i przedziurawienie łożyska

(przy poprzedzaniu całkowitem łożyska w metodzie Br. Hicks'a) stosować tylko jako środki pomocnicze. — O innych metodach tu nie włączonych, nie możemy nic stanowczego orzec.

Tablica ta wskazuje również, że przy stosowaniu 5-ej, 6-ej i 7-ej metody, śmiertelność płodów wzrasta w stosunku odwrotnym do śmiertelności matek, a najgorszą cyfrę otrzymał Behm, który daje 0% i 77,5%.

Nie naszą jest rzeczą rozstrząsać kwestyję, która z dwojga istot zasługuje na większą pieczę. Jakkolwiek bowiem mamy tu do czynienia z jednej strony z mnogorodzącymi czyli błogosławionymi mniej lub więcej licznym potomstwem, a z drugiej często z płodami do życia niezdolnymi lub zmarłymi przedwcześnie, to jednakże ideałem naszych usiłowań powinno być zawsze ocalenie matki i dziecięcia.

W stopniowym udoskonaleniu metod leczenia przodowania łożyska widzimy, że cyfra śmiertelności matek co raz jest mniejsza, a ostatnie cyfry są faktycznie idealnymi ¹⁾. — Z drugiej strony wiemy, że przy najlepszych metodach używano płodu jako narzędzia do ocalenia matki lub też życie dziecięcia pozostawiano losowi, pozbawiając go mniejszej lub większej części łożyska t. j. płuca prowizorycznego. — Musimy jednakże pogodzić się z temi wynikami, albowiem przy obecnym stanie leczenia przodowania łożyska dla płodów do życia zdolnych mógłby istnieć jeden tylko ratunek, mianowicie dostarczenie płodowi powietrza atmosferycznego, a to, rozumie się, bez narażenia matki. Z chwilą bowiem rozpoczynania się asfiksyi, dziecię, wykonywając ruchy oddechowe, mogłoby oddychać jeszcze podczas przebywania wewnątrz macicy...

II. Zastosowanie kliniczne.

Poniżej postaramy się naszkicować sposób postępowania w rozmaitych wypadkach podczas ciąży, porodu i po porodzie ¹⁾.

¹⁾ Dawniej mówiono: „those mothers who are the subjects of placental presentations are submitted to as great peril of life from this obstetric complication as they would be if seized with yellow fever or malignant cholera“. (Simpson l. c. p. 292).

¹⁾ Pomijam tutaj znane zasady czystości i asepsy.

A. *Podczas ciąży.*

Zachowanie się tutaj zależnem będzie od stopnia natężenia krwotoku.

1) **Krwotok niewielki.** Zalecamy spokój absolutny, napój kwaskowaty (ut aliquid f.). Przy tem postępowaniu krwotok zwykle ustaje samodzielnie.

2) **Krwotok groźny.** Ujście jest, rozumie się, mniej lub więcej zwarte, bólów właściwych nie ma.

Moglibyśmy dokonać przerwania osłon i to tylko przy poprzedzaniu łożyska brzeżnem lub bocznem, ale dla należytego skutku brak nam bólów energicznych i pewnego stopnia rozwarcia ujścia. Jeżeli jednak spodziewamy się przez upuszczenie wód wywołać skurcze energiczne, tedy możemy uciec się do tej metody, a jednocześnie nałożyć opaskę na brzuch. Możemy też założyć tampon klassyczny lub kolpeurynter, albo też skombinować te zatykadła, zwłaszcza przy ujściu zwartem, lub też nareszcie postąpić podług metody Barnes'a. Pamiętać jednak należy, że przy stosowaniu tamponu, zwłaszcza przy braku bólów, możemy mieć nadzieję na zachowanie ciąży, przerywając zaś błony lub postępując podług Barnes'a, napewno sprowadzamy poród przedwczesny lub poronienie. Bywają, rozumie się, wypadki, gdzie do osiągnięcia tego rezultatu zmuszeni jesteśmy rozmyślnie przystąpić.

Czy posiadamy środki mogące zapobiedz ponownemu krwotokowi? Niestety, nie. Krwotok ponowny przy zachowaniu ciąży jest prawie zawsze „nieuniknionym“. Możemy więc tylko zalecić, aby po pierwszym krwotoku ciężarna pozostawała pod ciągłą opieką osoby, któraby zdolną była w razie alarmu każdej chwili krwotok powstrzymać i mianowicie założyć tampon—aseptycznie i hermetycznie. Na skutek wstrzykiwań wody zimnej lub gorącej, jak wiadomo, w tym razie nie wiele liczyć możemy.

B. *Podczas porodu.*

Oprócz stopnia natężenia krwotoku musimy tutaj liczyć się z odmianami przodowania łożyska, oraz z okresem porodu i położeniem płodu.

1) **Krwotok niewielki.**

Zachowujemy się wyczekująco, ale nad rodzącą bacznie czuwać należy.

2) **Krwotok groźny,**

a) **Okres rozwierania się ujścia.** Mo-

gą tu zachodzić dwa wypadki t. j. osłony są dostępne dla palca lub ukryte.

1. Osłony dostępne t. j. mamy poprzedzanie łożyska brzeżne lub boczne. Jeżeli poprzedzają pośladki, wtedy czynnością najłatwiejszą i najpewniejszą będzie przerwanie osłon i sprowadzenie jednej nóżki do pochwy. Przy poprzedzaniu główki, jeżeli otwór jest dostateczny, przerywamy osłony; w przeciwnym razie zakładamy tampon lub rozszerzamy ujście za pomocą pęcherza Barnes'a.— Przy poprzedzaniu barku mamy do wyboru: metodę Wigand'a t. j. dokonanie obrotu zewnętrznego na główkę, i metodę Br. Hicks'a. Pierwsza jest pomyślniejszą dla płodu, druga zaś dla matki. Jeżeli więc płód nie żyje, wybieramy ostatnią. To samo, jeżeli płód żyje, ale ujście jest niedostatecznym. Przy ujściu dostatecznym rozwarłem przekładamy metodę Wigand'a wraz z przerywaniem osłon.

2. Osłony niedostępne t. j. istnieje mniej lub więcej całkowite poprzedzanie łożyska. Mamy do wyboru: metodę Cohen'a (odklejenie częściowe wraz z przerywaniem osłon) i metodę Br. Hicks'a. Pierwsza nie przebyła jeszcze próby ogniowej, druga może być wykonaną tylko po uprzednim przedziurawieniu łożyska lub odklejeniu go na mniejszej lub większej przestrzeni. Pozostaje jeszcze tampon lub rozszerzadło Barnes'a, za pomocą których możemy osiągnąć otwór dostateczny dla wydobycia płodu lub też dla udostępnienia osłon.

b) Okres ekspulsyi. Jeżeli krwotoku niema, postępujemy jak przy porodach zwykłych. Jeżeli zaś krwotok trwa dalej, uwzględniamy część przodującą płodu.

Przy poprzedzaniu pośladków wykonywamy wydobycie ręczne płodu. Jeżeli poprzedza bark—obróć wewnętrzny na nóżki, jeśli to główka—obróć na nóżki lub kleszcze. Pamiętać należy, że obrót jest pomyślniejszym dla matki, kleszcze zaś dla dziecka; w razie więc śmierci płodu przekładamy obrót, a w obec płodu żyjącego wybór zależy od właściwości wypadku. W razach wyjątkowych wypada dokonać rozkawalenia płodu.

c) Okres wydalenia łożyska zazwyczaj nie jest prawidłowym, i tutaj trzeba postępować podług ogólnych prawideł sztuki, z tem jednak uwzględnieniem, że w razie krwotoku należy spieszyć się z wydobyciem łoży-

ska ze względu na możliwość ostatecznego wyczerpania rodzącej.

d) Po odejściu łożyska krwotok maciczny może być tak groźnym, że kilka chwil decyduje o losie położnicy. — Musimy więc w tym czasie baczną zwracać uwagę na stan macicy. Jeżeli krwotok jest nie bardzo znaczny, uciekamy się do wstrzykiwań z wody gorącej o 48–50° C., którą te temperaturę przy pewnej wprawie za pomocą ręki określamy, jeżeli możemy ją zatrzymać w wodzie nie doznając bólu. Temperatura wyższa nad podaną sprowadza oparzenia, niższa zaś nie posiada własności hemostatycznej, chyba przy 10° C. i niżej, ale nie zawsze możemy mieć wodę o temperaturze tak niskiej, a o wodzie gorącej łatwo zawczasu pomyśleć można. Po napełnieniu natryskiwacza (irrigatora) metalowego (szkło przy tej temperaturze pęknąć może), kankę doprowadzamy do ujścia i pozwalamy wodzie przenikać do jamy macicznej, uciskając w razie potrzeby rurkę dla zmniejszenia lub przerwania strumienia. Ilość wody zużytej możemy doprowadzić do 1½–2 litrów i więcej, dopóki nie przekonamy się o zadawalniającem skurczeniu się macicy.

Sposób opisany stosowany jest nader pomyślnie od kilku lat w Matérnité paryzkiej (Tarnier ³⁰ str. 153).

Jeżeli krwotok zależy od macicy samej, wtedy pod wpływem wstrzykiwań gorących, zwłaszcza jeżeli je połączymy z zastrzykiwaniem podskórnem ergotyny, zwykle ustaje. W przeciwnym razie może zależeć od rozerwania szyjki. Aby się o tem przekonać, należy uchwycić szyjkę 2–3 szczypczykami hemostatycznymi i uciskając jednocześnie dno macicy, sprowadzić szyjkę do sromu. Zbadanie jest wtedy łatwem, a mając przed sobą źródło krwotoku, nie trudno go powstrzymać. Jeżeli chcemy uniknąć ściągania szyjki, wprowadzamy do niej niewielki tamponik aseptyczny dla wykonania ucisku na źródło krwotoku. Możemy też tutaj zmoczyć tampon w roztworze półtorachloru żelaza.

Farquhar (³¹) w rozpaczliwym wypadku zmusił chorą do wypicia gorącego napoju (coś w rodzaju bawarki) i zaledwie plyn ten tak gorący, że prawie parzył usta, dostał się do żołądka, kiedy czynność serea się podniosła i macica energicznie się skurczyła. Kobieta została ocaloną. — D-r Ostrowski (inspektor urzędu lekarskiego w Plocku) opowiadał mi, że w jednym wypadku krwotoku poporodowego po wyczerpaniu wszy-

stkich środków, kazał chorą wsadzić do wanny gorącej i tym sposobem zdołał krwotok powstrzymać.

Zdarzają się wypadki, w których krwotoki najgwałtowniejsze ustają samoistnie (venesectio ultimum haemostaticum...), ale z drugiej strony bywają i takie, gdzie nas zadowolą wszelkie środki (wstrzykiwania wody gorącej, zimnej, lud wewnątrznie i zewnątrznie, tampon, półtorachlorek żelaza, masaż macicy). Wtedy los kobiety zawisł na włosku, a położenie lekarza też nie jest do pozazdroszczenia. W wypadku podobnym najskuteczniejszym może byłby przyrząd w postaci pęcherza, który będąc wprowadzonym do macicy i następnie wypełnionym, mógłby uciskać od wewnątrz całą powierzchnię macicy i pochwy, ale w braku takiego przyrządu, zadowolnić się musimy przyrządem Barnes'a, tembardziej, jeżeli źródło krwotoku przypuszczamy w szyjce.

Jeżeli krwotok jest b a r d z o g r o ź n y m, należy natychmiast wprowadzić rękę do macicy w celu pobudzenia jej, oraz wycofania skrzepów; następnie postępujemy jak wyżej.

Krwotoki następce, zarówno jak anemię, należy zwalczać na zasadach ogólnych.

III. Leczenie poprzedzania łożyska powikłanego.

Poprzedzanie łożyska, rozumie się, nie wyklucza wcale powikłań najrozmaitszych. Nie możemy jednakże pomieścić w tym rozdziale traktatu o patologii ciąży i porodu, ale ograniczyć się musimy na rozpatrzeniu powikłań główniejszych, przy czem naszkicujemy rysy zasadnicze postępowania leczniczego.

Powikłania te zależą mogą od jaja lub matki i w tym też porządku je rozpatrzemy.

1. C i ą ż a b l i ź n i a c z a. Według statystyki Sichel'a (1859 r.) prawie na 2,000 wypadków ciąży bliźniaczej przypada jeden powikłany przodowaniem łożyska. Przytem jedno łożysko może w rozmaitym stopniu przodować, podczas kiedy drugie rozrasta się w miejscu prawidłowem, albo też oba łożyska przodują, stykając się mniej lub więcej brzegami.

Auvar'd zebrał w literaturze 23 wypadki tego rodzaju, ale trudno jest określić jakiegokolwiek prawidł'a postępowania.

Stosowano metody rozmaite: przerwanie osłon, tampon, w jednym wypadku rozwiązanie forsowne. Z metod najskuteczniejszą chyba będzie tampon i metoda Barnes'a, zarówno podczas ciąży, jak i porodu, po osiągnięciu bowiem rozwarcia dostatecznego możemy dokonać wydobycia płodu czy to przez obrót, czy też kleszcze. Jeżeli płód pierwszy stawia się pośladkami, możemy stosować metodę Br. Hicks'a, jeżeli zaś główką, to możemy przerwać osłony. W każdym razie po urodzeniu się pierwszego płodu należy spieszyć się z wydobyciem drugiego.

2. **W o d o g ł o w i e.** Tu zarówno dobrą będzie metoda Leroux, jak Barnes'a i Br. Hicks'a. Unikać należy przerwania osłon, ponieważ rozmiary główki nie pozwalają jej ustalić się we wchodzie, a przeto krwotok po upuszczeniu wód trwa dalej. Tylko w takim razie możemy osłony przerwać, jeżeli zaraz potem mamy zamiar zmniejszenia objętości główki.

3. **W y p a d n i ę c i e s z n u r k a.** Podług większości autorów poprzedzanie łożyska nb. brzeżne bardzo do tego powikłania usposabia, ponieważ w tym razie zwykle sznurek pępkowy przyczepia się do brzegu wolnego czyli dolnego łożyska. W tych razach należy o ile możliwości stosować się do prawideł ogólnych.

4. **Ł o ż y s k o d o d a t k o w e t. j.** takie, gdzie obok łożyska przodującego (z przyczepionym doń sznurkiem) znajdujemy mniejszy lub większy zraz w pewnym od niego oddaleniu. Wypadki takie wydarzają się stosunkowo dość często. Rzadszem jest, aby ten właśnie zraz dodatkowy całkowicie poprzedzał. Rozumie się, że w ostatnim razie krwotok będzie mniej znacznym, niż jakby to z właściwego poprzedzania całkowitego wypadło. Po odejściu lub wydobyciu tego zrazu brak sznurka pępkowego pozwoli nam zorientować się, z czem mamy do czynienia.

Ponieważ w początku rozwierania się ujścia z góry nigdy nie możemy wiedzieć, czy mamy przed sobą poprzedzanie całkowite łożyska lub też jedynie zrazu dodatkowego, należy przeto postępować zawsze tak, jak przy poprzedzaniu całkowitem. Jeżeli po doczekaniu się pewnego stopnia rozwarcia będziemy mogli obejść w około tego zrazu i rozpoznać go, to należy go odkleić i przeto osłony przerwać. W razie wątpliwości trzeba by ograniczyć się na

przerwaniu osłon tuż obok któregośkolwiek boku, po czem poród odbędzie się jak w wypadkach zwykłych.

5. Zwężenie miednicy. Jeżeli poród może odbyć się siłami natury, wtedy krwotok zwalczamy tamponem, metodą Barnes'a lub Br. Hicks'a. Należy unikać przerwania osłon, gdyż rozmiary miednicy nie pozwalają główce ustalić się i służyć jako tampon wewnętrzny, chyba że natychmiast przystępujemy do zmniejszenia główki, tak jak to z tychże względów wypada przy wodogłowiu. Ale to dozwolonem jest tylko w obec śmierci płodu lub przy zwężeniu tego stopnia, przy którym otrzymanie dziecięcia żywego jekt niemożliwym.

Jeżeli zwężenie dosięga tego stopnia, że zmusza nas do wywołania porodu przedwczesnego, wtedy możemy przy poprzedzaniu całkowitem łożyska stosować metodę Krauze'go (kateter), a przy częściowym—Tarnier'a t. j. balonik rozszerzający, któremu możemy nadać kierunek w stronę przeciwną, niż ta, gdzie przyczepione jest łożysko.

6. W ł ó k n i a k i m a c i c z n e. Przy tem powikłaniu łożysko poprzedza, spoczywając na odcinku zdrowym albo też mniejszą lub większą częścią na samym guzie. — Z wypadków dotąd opisanych żadnych stanowczych wniosków leczniczych wyprowadzić nie możemy. Tyle tylko da się powiedzieć, że przy tem powikłaniu podwójnem należy postępować tak, jak w wypadkach, w których stany te występują oddzielnie.

7. Z kilku znanych stanów pęknięcia macicy, raka jej (jeden wypadek Fischl'a ¹⁵) oraz drgawek (eclampsia) nie możemy wyciągnąć żadnych wskazań, któreby zależały od współczesności tych powikłań i poprzedzania łożyska.

Z przyjemnością uczyniłem zadość żądaniu Szanownej Redakcyi Kroniki Lekarskiej skreślenia metod postępowania przy przodowaniu łożyska. Sam bowiem będąc przez lat parę akuszerem miasta w Płocku, miałem sposobność spostrzegania kilku wypadków poprzedzania łożyska, przy czem przekonałem się z jednej strony, jak groźnem jest to powikłanie, a z drugiej jak kłopotliwym jest dla lekarza wybór środka w obfitym arsenale metod. To też pragnąc dopomóc kolegom, starałem się w pracy niniejszej przedstawić treściwie znaczenie i wartość każdej metody, oraz, gdzie to było możebnem, wykazać warunki i wskazania, przy

jakich dana metoda lub kombinacyja metod może być pomyslnie stosowaną. Dla jasności też oraz oszczędzenia miejsca i czasu unikałem cytat, zdań sprzecznych i kwestyi historycznej przedmiotu. Nie wdając się w obronę prioritatis autorskiej, każdą metodę nazwałem tem imieniem, pod jakim jest obecnie powszechnie znaną. W końcu dodaję spis dzieł ważniejszych autorów wymienionych w tekście. Literaturę dawniejszą czytelnik znajdzie u Müllera (24), nowszą u P. Bitot (Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Paris 1880). E. Pluyette'a (Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta. Paris 1883), i u Auvard'a (39),

Warszawa 15 Maja 1887 r.

Spis dzieł ważniejszych autorów wymienionych w tekście.

1. Guillemeau.—De la grossesse et accouchemens des femmes. Paris 1571.
2. Mauriceau.—Traité de maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris. 1668.
3. Peau.—La partSue des Accouchements. Paris. 1694.
4. Deventer.—Observations importantes sur le Manuel des Accouchements. I-re partie ou l'on trouve tout ce qui est nécessaire... etc. Paris. 1734.
5. Puzos.—Traité de Accouchements. Paris. 1759.
6. Levret.—L'art des Accouchemens. Paris. 1766. Art. IX.
7. Leroux.—Observations sur les pertes de sang des femmes en couches et sur le moyen de les guérir. Dijon. 1776. 3-e partie.
8. Paul Dubois.—Journal de Médecine et de Chirurgie partiques. 1836. T VII.
9. Bunsen.—Erfahrungen aus dem Gebiete d. Geburtshülfe. Neue Ztschr. f. Geburtskunde. 1839. Bd. VII p. 38 — 42.
10. Schoeller (de Berlin).—Tamponnement du Vagin employé dans l'operation de l'accouchement prématuré artificielle. Annales d'obstétrique etc. Paris. 1842. T. I p. 171.—Berl. Med. Ztg. 1842.
11. Braun.—Klinik f. Geburtskunde u. Gynaek. 1851.—Lehrb. der gesamten Gynaekologie. 1881. 2 Aufl.
12. Seyfert.—Der aufsitzende Mutterkuchen etc. Vierteljahrsschr. f. prakt. Heilkunde. 1852. Bd. III, XXXV, XXXVI.
13. Cohen H. M.—Monatschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten, 1855. Bd. V. Hft. IV. 1857, Bd. IX. Hft. V.

14. **Braxton Hicks.**—On combined external and internal version. London. 1864. — Die combinirte äussere und innere Wendung von J. Braxton Hicks. — Aus d. Englischen und mit Zusätzen von W. L. Küneke. Göttingen. 1865.
15. **Fischl.**—Placenta praevia Carcinom d. Uterus. Allg. med. Ztg. IX. 8. 1864. Schmidt's Jahrb. vol. CXXII p. 300.
16. **Greenhalgh.** — Practical remarks upon the treatment of placenta praevia with illustrative cases. Transaction of the Obstetr. Soc. of London. 1865. vol. VI p. 140 — 177 i p. 88—196.
17. **Kriesteler.**—Die Expressio foetus. Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkrankh. 1867. Bd. XXIX. Hft. V p. 337—387.
18. **J. Matthews Duncan.**—Researches in Obstetrics. 1868.—Die spontane Trennung des Kuchens bei Plac. pr. Arch. f. Gynaecol. 1874. Bd. VI. Hft. I. p. 55.
19. **Barnes.**—Lectures on obstetric operations London. 1871. 2 edit. W przekładzie polskim D-ra Stan. Kondratowicza. Odczyty o operacyjach akuszeryjnych. Warszawa. 1875.
20. **Simpson.** — Selected obstetrical and gynaecological Works of Sir J. Y. Simpson edit. by J. Watt Black. Edinburgh. 1871. On the spontan. expulsion and artificial extraction of the placenta before the child. Vol. I. p. 177.
21. **Eshleman.** — Americ. Supplement to the obstetrical Journal. Oct. 1875.
22. **Spiegelberg O.** — Ueber Placenta praevia. Volkman's Sammlung klinisch. Vorträge. N. 99. 1876. p. 772.—Lehrb. d. Geburtshilfe. 1882.
23. **Schröder.** — Ueber d. Bedeutung des Blasensprunges bei Placenta praevia lateralis. Ztschr. f. Geburtsk. u. Gynaekol. 1877. Bd. I.—Lehrb. d. Geburtshilfe, 1876.
24. **Müller.** — Placenta praevia etc. Stuttgart. 1877.
25. **Kaltenbach.** — Zur Technik der Wendung auf d. Füsse nach Br. Hicks. Ztschr. f. Geburtsk. u. Gynaekol. 1878. Bd. III. p. 185—90.
26. **Pinard.**—Traité du palper abdominal, Paris. 1878.
27. **Kucher.** — Ueber d. künstlichen Blasensprung bei Plac. praevia partialis. Wien. Medicin. Presse. Jahrg. XXI. N. 19, 20 i 21. 1880.
28. **Hofmeier.** — Zur Bahandlung d. Placenta praevia. Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynaekol. 1882. Bd. VIII. Hft. I. pag. 89—101.
29. **Behm.**—Die combinirte Wendung bei Placenta praevia. Ibid. 1883. Bd. IX. Hft. 2 p. 373—419.
30. **Jungbluth.** Zur Behandlung d. Placenta praevia. Volman's Sammlung klinisch, Vorträge. 1883. N. 235. — Patrz także protokoły posiedzeń 59 zjazdu przyrodników i lekarzy w Berlinie. 1886.
31. **Farquhar.** — The British med. Journal. London. 1883. T. II. p. 1236.

32. Charpentier. — *Traité pratique des Accouchements.* Paris. 1883. T. II.
33. Richardson. — *Nouvelle méthode de traitement de l'hémorrhagie utérine.* *Annales de Gynecologie.* Paris. 1844. t. XXII. p. 231.
34. Sippel. — *Zur Behandlung d. Placenta praevia.* *Centralbl. f. Gynaek.* 1884. N. 48 p. 763—9.
35. Lomer R. — *On combined turning in the treatment of placenta praevia.* *The American Journal of Obstetrics,* New-York. Dec. 1884 p. 1233—60.
36. Murphy J. — *Remarks on the treatment of placenta praevia.* *The British med. Journal.* 1884. T. I. 2 Febr. p. 215—17.—*The treatment of placenta praevia.* Newcastle. 1885.
37. Walthers A. — *Zur aseptischen Tamponade d. Cervix bei Placenta praevia.* *Centralbl. f. Gynaekol.* 1885. N. 14. p. 115—17.
38. Koch. — *Ueber Desinfection d. Scheidentampons.* *Ibid.* 1885. N. 39 p. 610—11.
39. Auvard. — *De la conduite á tenir dans les cas de placenta praevia.* Paris. 1886.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

74. v. KRAFFT-EBING. **O osłabieniu nerwowem (neurastenii) w zakresie czynności narządów płciowych u mężczyzn.** *Ueber Neurasthenie sexualis beim Manne.* (*Wiener Med. Presse* N. 5 i 6. 1887).

W rzędzie licznych nerwic, które dzisiejsza patologija określa, jako stany neurasteniczne w różnych odcinkach narządu nerwowego, wydatne miejsce należy się przypadłościom zależnym od podrażnienia, a zarazem osłabienia (reizbare Schwäche) nerwów narządu płciowego i ich ośrodków (Erectionscentrum) umiejscowionych w lędźwiowej części mlecza pacierzowego.

Praktyczna doniosłość tych przypadłości wynika nietylko z ich częstości, lecz z ważnego stosunku w jakim się nerwy narządu płciowego znajdują do całego pozostałego narządu nerwowego.

To też życie płciowe posiada dla neuro i psychopatologów wydatne znaczenie, a patogeneza i etylogija wielu cierpień nerwowych i umysłowych ściśle jest związaną z pierwotnymi chorobowymi stanami w zakresie nerwów narządu płciowego, które przez irradycyję i na drodze odruchowej pociągają za sobą cierpienia bardziej oddalonych odcinków narządu nerwowego ośrodkowego.

Monograficzne opracowanie nerwicy narządu płciowego zgodnie z dzisiejszym stanem naszej wiedzy, podobnie jak to uczynili Hiler i Rosenthal dla nerwicy żołądka, jest, zdaniem autora, zadaniem będącym bardzo na czasie, które też autor w pracy swej podejmuje.

Neurastenija narządu płciowego jest albo objawem ogólnej neurastenii, lub też występuje pierwotnie, a neurastenija ogólna jest dopiero następstwem miejscowej nerwicy. — Nerwowe osłabienie w zakresie czynności narządu płciowego u mężczyzny charakteryzuje się coraz częstszymi i coraz wyraźniej chorobowymi zmazaniami nocnymi, jako też zbyt łatwym i zawczesnym wytryskiem nasienia podczas spółkowania już we wczesnych okresach choroby.

Wytrysk nasienia jest jak wiadomo aktem odruchowym wywołanym przez podrażnienie nerwów czuciowych części błoniastej cewki, powstające przez nagromadzenie wydzieliny gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych w tej części cewki moczowej. Podrażnienie to osiąga najwyższego natężenia podczas aktu spółkowania; ztąd przechodzi na ośrodek umiejscowiony w lędźwiowej części mleczca pacierzowego i wywołuje skurcze mięśni ischio et bulbocavernosi i wytrysk nasienia.

Wytrysk nasienia będzie tem łatwiejszym, im pobudliwsze są nerwy czuciowe części błoniastej cewki i ośrodek wytryskowy. Ilość nagromadzonego nasienia ma także pewne znaczenie. Warunki podnoszące pobudliwość peryferyczną lub ośrodkową narządu płciowego są w stanie wywołać nerwowe osłabienie czynności narządu płciowego t. j. zbyt częste nocne zmazania, jakoteż zbyt wczesny wytrysk nasienia podczas aktu spółkowania.

Poznanie tych warunków stanowiących źródło osłabienia, jest bardzo ważnem pod względem leczniczym. Jest kwestyją sporną, czy nerwowe osłabienie czynności płciowych zależnem jest od przyczyn ośrodkowych czynnościowych, czy też miejscowych organicznych i stosownie do jednego lub drugiego poglądu przy leczeniu uwzględniano wyłącznie osłabienie przyrządu ośrodkowego lub peryferycznego.

Prawda, zdaje się, znajduje się pośrodku; w przeważającej ilości przypadków punktem wyjścia osłabienia czynności płciowych są chorobowe zmiany w narządzie płciowym, które następnie dopiero prowadzą do czynnościowego zboczenia ośrodka umiejscowionego w lędźwiowej części mleczca pacierzowego; pozostaje jednak nie mało przypadków, w których punktem wyjścia jest już to wrodzone, już nabyte osłabienie samego ośrodka.

Z peryferycznych organicznych przyczyn najczęstszymi są przekrwienia i nieżyty narządu moczopłciowego. Sprowadzają one nadczułość nerwów cewki moczowej, a stan podrażnienia rozszerza się w dalszym ciągu na ośrodek, zwiększając jego pobudliwość i powodując wyczerpanie jego czynności. Przyczyną zaś przekrwienia i nieżyty narzędzi moczopłciowych jest w pierwszej linii samogwałt, następnie rzerzączka. Leczą i po-

wstrzymywanie się od spółkowania przy podniesionej chuci płciowej (libido sexualis) może wywołać ten sam efekt.

Rzadszemi są, jakieśmy wyżej wspomnieli przypadki pierwotnego osłabienia ośrodków czynnościowych płciowych. Osłabienie to jest objawem ogólnej specjalnie mleczonej, już to wrodzonej, już nabytej naurasteni. Ośrodkowem pochodzeniem dają się wytłómaczyć patologiczne zmazania nocne, często się przytrafiające u osobników w okresie dojrzałości płciowej i prowadzące dosyć szybko do zupełnego osłabienia czynności płciowych. Przypadki te jednak rzadko są czystymi, ponieważ u odnośnych osobników dosyć wczesnie rozwija się chuć płciowa prowadząca do samogwałtu, a zatem i do peryferycznego podrażnienia narzędzi płciowych. Ze jednak istnieją przypadki pierwotnego ośrodkowego osłabienia, o tem autor przekonał się na wielu osobnikach wolnych od pobudzeń i nie oddających się samogwałtowi.

W przebiegu neurasteni płciowej można zauważyć kilka okresów, z których pierwszy może być oznaczonym jako miejscowa nerwica, drugi jako nerwica części lędźwiowej mlecza pacierzowego (Lendemarks-neurose), trzeci jako ogólna mleczoza nerwica.

I Okres (miejscowa płciowa nerwica).

Objawy tego okresu polegają na częstych zmazaniach nocnych we śnie przy naprężonem prąciu, na zbyt wczesnem wytryskaniu nasienia przy spółkowaniu i na miejscowych dolegliwościach w narządach płciowych.

Z początku trudno jest odróżnić zmazania nocne fizjologiczne od chorobowych, zbyt częste zmazania w ciągu jednej lub wielu następujących po sobie nocy, a szczególnie zmęczenie fizyczne i psychiczny zły nastrój w następstwie zmazań, są stanowczo zjawiskami chorobowemi. To samo można powiedzieć o zbyt wczesnem wytryskaniu nasienia przy spółkowaniu.

Dolegliwości miejscowe polegają na nadczołości cewki moczowej (palenie przy oddawaniu moczu, paralgije, szybko przemijające kłócie w cewce, napieranie na mocz), na irradycyji, bóle w zakresie splotu krzyżowego, specjalnie w międzykroczu, sznurku nasiennym, mosznach i prąciu. Często gruczoł krokowy jest nadczołym. — Godnym uwagi jest współudział w tym wczesnym okresie choroby sfery psychicznej. Względna niemoc płciowa, zależąca w tym okresie od zbyt wczesnego wytryskiwania nasienia jest często źródłem hypochondrycznego nastroju. Chorzy tracą zupełną wiarę w siebie, uważają się za nieuleczalnych, z niemocy wpadają w zadumę i często kończą samobójstwem. Inni chorzy obawiają się władu mlecza i również wpadają w zadumę. Rokowanie w tym okresie będzie dobrem, gdy się uda chorego nakłonić do zaniechania szkodliwych przyzwyczajeń i do higienicznego zachowania się.

Zwykle miejscowa chirurgiczna interwencya obok leczenia dyjetetycznego wystarcza do usunięcia cierpienia.

Leczenie w przypadkach peryferycznego powstania choroby polega: 1) na usunięciu anatomicznych zmian w cewce moczowej (przewlekłe przekrwienia i nieżyty) za pomocą oziębiającego zgłębnika (Kühlsonde) i leków ściągających. Oprócz tego należy współcześnie zwalczać dolegliwości miejscowe (nadczułość) za pomocą wkładania woskowych świeczek, metalicznego lub oziębiającego zgłębnika po uprzednim zastrzyknięciu roztworu kokainy. Pomocniczo działają kąpiele połowiczne i nasiadowe, galwanizacja (anoda na międzykroczu). Beard oprócz tego zaleca zastrzykiwanie ciepłej wody, roztworu bromku potasu (1:15); 2) na dyetetyce, to jest unikaniu wszelkich momentów utrudniających odpływ krwi z narzędzi płciowych, (leżenie na grzbiecie, zaparcia stolca) lub też sprzyjających przyplwowi krwi (rozkoszne życie, zbyt rozgrzewająca pościel, pobudzające pokarmy, długie siedzenie na miękkich siedzeniach, napelnienie pęcherza, jeżdżenie konno i t. p.). Pobudzenie sfery płciowej musi być starannie przestrzeganiem. Pobudzenie bez zadosyćuczynienia jest fizycznie tak samo szkodliwym jak samogwałt. Tylko w przypadkach, gdy chuć płciowa jest podniesioną i nie może być usuniętą za pomocą odpowiedniej dyjety, wodolecznictwa i odpowiednich leków (antiaphrodisiaca), powodując częste zmazania nocne, — można pozwolić choremu spółkowania.

Najtrudniejszym jest postępowanie lekarza u cierpiących na impotentia psychica coeundi. Tu przedewszystkiem koniecznym jest leczenie moralne, pomocniczem leczenie pobudzające już to ośrodków, już peryferyi (patrz niżej).

Autor ostrzega przed zbyt wczesnymi próbami spółkowania. Dopiero cielesnie i fizycznie wzmocnionym chorym pozwolić można spółkowania. Żenić się tego rodzaju chorym nie należy przed wzmocnieniem się cielesnie i umysłowo.

Doświadczenie i takt ze strony lekarza skierują działalność jego na właściwą drogę.

II Okres neurastenii płciowej (nerwica części lędźwiowej mlecza pacierzowego).

Okres drugi powstaje z chwilą, gdy występują objawy wskazujące na podrażnienie i osłabienie ze strony części lędźwiowej mlecza pacierzowego.

W tym okresie ośrodek wytryskiwania (Ejaculationscentrum) już pod wpływem najslabszego bodźca zostaje pobudzonym do czynności. Już sam widok osoby płci żeńskiej, rozkoszne obrazy i t. p. wystarczają dla wywołania wytrysnięcia nasienia. Spółkowanie jest niemożliwym, ponieważ nasienie zbyt wczesnie wytryska. Zmazania nocne pojawiają się przy zupełnie obojętnych snach. Chuć płciowa jest zwykle w tym okresie podniesioną tak długo, dopóki w obrazie chorobowym nie bierze udziału sfera psychiczna.

Wytryskowi nasienia nie towarzyszy zwykle uczucie rozkoszy, brak go zupełnie lub jest zastąpione przez uczucie bó-

lu. Ośrodek erekcyi potrzebuje po spółkowaniu dłuższego odpoczynku, aniżeli w stanie normalnym, ztąd może spółkowanie być powtórzonym dopiero po dłuższym odstepie czasu.

Zmazania nocne i spółkowanie wpływają osłabiająco na ogólny stan zdrowia; chorzy po spółkowaniu doznają uczucia zmęczenia fizycznego i umysłowego, są rozdrażnieni, smutni, skarżą się na ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Objawy te trwają nieraz kilka dni i nasuwają chorym myśl o wiaździe mlecza pacierzowego i są źródłem zadumy.

Jako dalsze objawy ze strony mlecza pacierzowego uważać należy ekscentryczne paralgię i nerwobóle w zakresie splotu lędźwio-krzyżowego, przemijający kurcz zwieraczy, kurcz pęcherza.

I w tym okresie racjonalne leczenie oddać może dobre usługi. Oprócz wskazań przy pierwszym okresie choroby podanych, pierwsze miejsce zająć musi leczenie skierowane ku usunięciu podrażnienia i osłabienia ośrodka w lędźwiowej części mlecza umiejscowionego. Pod tym względem znakomite usługi oddają wzmacniające procedury hydropatyczne w postaci wycierań, kąpiei połowicznych, rzecznych i morskich.

Co się tycze leczenia elektrycznością, autor zaleca tylko prąd stały (anodę) wzdłuż kręgosłupa. Ogólna faradyzacja jest stanowczo środkiem pobudzającym chęć płciową (aphrodisiacum) i zwiększa częstość zmazań nocnych.

Z leków nerwowo wzmacniających na uwagę zasługuje chinina, sporysz (*extractum aquosum* po 0,5 dziennie), strychnina, arsenik, zineum bromatum, valerianicum.

Pożyteczną też jest podług doświadczenia autora damiana s. turnea aphrodisiaca (*extractum* do 6 gramów dziennie).

Ważnym wskazaniem jest oszczędzanie ośrodka wytrysku nasienia za pomocą dyjetetycznego zachowania się, unikania spółkowania, zwalczania skłonności do zmazań nocnych za pomocą odpowiednich leków (*sedativa*). Najlepszym środkiem w tym kierunku działającym jest bromek potasu w wielkiej dawce (4 do 6 gramów).

Mniej skutecznymi są: kamfora, bromek kamfory, lupulin, belladonna. Beard podaje następujące leki, mające tamować czynność płciową: *hydrastis canadensis*, *epigea repens*, *triticum repens*, *stigmata maidis*, *rhus aromaticum*, *eucalyptus*, *naparstnica*, *kantarydy* w minimalnych dawkach, *gelsemium sempervivens*, *cimifuga racimosa*. Co się tycze działania tych środków, to brak autorowi własnego doświadczenia.

III Okres. Rozszerzenie się nerwicy części lędźwiowej mlecza na cały narząd nerwowy.

Uogólnieniem się nerwicy, dotychczas tylko do części lędźwiowej mlecza pacierzowego ograniczonej, rozpoczyna się okres trzeciej choroby. Zdaniem autora tylko u osób z wrodzonym neuropatycznym usposobieniem choroba dosięga tak wysokiego stopnia.

Od indywidualnych, miejscowych jako też szczególnych wypadkowych przyczyn zależy, że w jednych przypadkach (szczególnie u uczących się) występuje zaraz od początku postać mózgową neurastenii, u innych mleczowa, sercowa, żołądkowa lub płciowa.

Decydującymi dla pochodzenia płciowego są znane objawy ze strony części lędźwiowej mlecza pacierzowego właściwe I-mu i II-mu okresowi choroby, i wpływ, jaki pogorszenia ze strony narządu płciowego wywierają na ogólną neurasteniję ze współudziałem sfery psychicznej.

W tym okresie daleko posuniętej nerwicy płciowej często występuje nasieniotok, a nawet przemijająca aspermija.

W miejsce objawów paralgicznych i nerwobólowych w zakresie nerwów narządu płciowego w tym okresie występują parastezyje i znieczulenia narządów płciowych wewnętrznych, stają się one niekiedy wiotkimi i do erekcyi niezdołnymi.

Zmazania nocne, jeżeli w tym okresie istnieją, sprowadzają różne dolegliwości ze strony mlecza, (zmęczenie, tępy ból w kręgosłupie, bóle ciągnące w splocie krzyżowym i t. p.) i mógzgowia (ból i ciśnienie w głowie, zły nastrój psychiczny).

Rokowanie w tym okresie jest nieszczególnie dobrem. — Wyleczenie jest możliwem, lecz tylko w domach zdrowia (sanatoryjach) dla chorych nerwowych, w których jedynie dyjetetyczne i moralne leczenie może być przez dłuższy przeciąg czasu przeprowadzonym.

Leczenie musi odpowiadać wskazaniom podanym w pierwszym i drugim okresie choroby; oprócz tego starać się należy o zwalczenie ogólnego osłabienia nerwowego.

Zmazania nocne muszą być z przyczyny ich wstrząsającego wpływu (schokartig schädigende Wirkung) wszelkimi środkami zwalczane.

Przy istniejącym nasieniotoku, który winien być sprawdzonym za pomocą drobnowidzowego badania, właściwemi są miejscowe i ogólnie wzmacniające środki. Z miejscowych chłodzący zglębnik (Kühlsonde), leki ściągające (tannina lub azotan srebra), stosowane na część błoniastą cewki moczowej, chłodne kąpiele nasiadowe, lewatywy z zimnej wody, lekkie natryski na międzykrocze, faradyzacyja kiszki prostej, zastosowanie anody na lędźwiową okolice kręgosłupa, a katody na międzykrocze. Przy skłonności do nocnych zmazań lepiej zaniechać elektryzacyi.

Sporysz, żelazo, strychnina, podtrzymują miejscowe leczenie.

Feliks Arnstein.

75. BABINSKI. O możności przenoszenia pewnych objawów hysterycznych z jednej osoby na drugą pod wpływem magnesu. Recherches servant à établir que certaines manifestations hysteriques peuvent être transférées d'un sujet à un autre sujet sous l'influence de l'aimant. (*Le Prog. Mod.* Novembre 1886).

Nowe poszukiwania autora nad działaniem magnesu wska-

zują, że pod względem transfertu jedna osoba względem drugiej może odgrywać rolę podobną do istniejącej pomiędzy jedną i drugą stroną ciała danego osobnika.

W czasie doświadczeń, chore siedziały w pewnym oddaleniu od siebie, obrócone plecami jedna do drugiej; przy zetknięciu się jednak, transfert następował prędzej.

Wyniki doświadczeń autor dzieli na dwie kategorie:

Do pierwszej kategorii należą doświadczenia przeprowadzone nad 2-ma młodemi dziewczynkami, cierpiącemi na hystero-epilepsyję, z których każda miała znieczulenie połowiczne, tak powierzchowne jak i głębokie, obie doświadczały napadów hystero-epileptycznych i przedstawiały zbiór objawów wielkiego hypnotyzmu.

Magnes został położony blisko jednej ze wspomnianych chorych. Po upływie pewnego czasu zauważyć było można u jednej z nich znieczulenie zupełne, w tymże samym czasie u drugiej chorej czucie powróciło zupełnie. Później nastąpił nowy transfert, u pierwszej chorej (ze znieczuleniem) czucie powróciło w całem ciele, druga zaś stała się znieczuloną zupełnie. Odsunięte od siebie chore powracały nagle do stanu, w jakim znajdowały się przed doświadczeniem.

Następnie to u jednej, to u drugiej sprowadzano porażenia rozmaitych części ciała, tak wiotkie (paral. flasques), jak i z przykurzeniami (p. spasmodiques).

Chora z porażeniem znajdowała się w zetknięciu ze swą towarzyszką, obok której był położony magnes. Po upływie pewnego czasu nastąpił transfert: sparaliżowanie znikło u pierwszej chorej i w tym czasie zjawilo się u drugiej; transfert wystąpił z jak największą dokładnością. Porażenie zazwyczaj miało miejsce u drugiej chorej po stronie magnesu; później występowały wahania następcze od jednej do drugiej osoby. Gdy odsunięto jedną chorą od drugiej, chora mająca w czasie tej czynności porażenie, pozostawała z takowem, — ażeby znieść to ostatnie, należało na nowo uciec się do suggestyi. W ten sam sposób otrzymano transfert nerwie stawu biodrowego (coxalgies) natury hysterycznej.

Wywołana przez poddanie się myśli (suggestion) głuchota hysteryczna, tworzyła również łatwy transfert. Te rozmaite doświadczenia były wykonane z jednomyślnym rezultatem nad chorymi tak zahypnotyzowanymi, jak i znajdującymi się w stanie czuwania.

Nakoniec wprowadzono jedną z osób w stan somnambulizmu, druga zaś znajdowała się w stanie czuwania. Pod wpływem magnesu nastąpił transfert tych dwóch stanów; po upływie bardzo krótkiego czasu pierwsza chora obudziła się, druga zaś stała się somnambuliczną.

Do drugiej kategorii doświadczeń należały osoby hysteryczne, tak mężczyźni jak i kobiety, z objawami naturalnemi hysterycznemi, w formie sparaliżowań wiotkich lub z przykurzeniami. Chorzy ci, po większej części nigdy nie hypnotyzowani, znajdowali się w czasie doświadczeń w stanie czuwania. — Po

zеткиięciu z jednym lub drugim chorym wyżej wspomnianym, wprowadzonym w period somnambulizmu, obok którego był położony magnes, zauważyć można było u chorego zahypnotyzowanego też same przypadłości, które istniały u hysterycznego obok znajdującego się. Jednakże przejście porażen występowało z mniejszą czystością, aniżeli w doświadczeniach pierwszej kategorii. W doświadczeniach drugiej grupy, właściwie mówiąc, nie było transfertu; przypadłości hysteryczne przeszły na chorego zahypnotyzowanego, lecz pozostały ze wszystkimi sobie właściwymi cechami u chorych dotkniętych takowemi pierwotnie. Wszelako, powtarzając kilkakrotnie te doświadczenia, zauważyć było można w jednym wypadku znaczne zmniejszenie się przykurczenia samodzielnego hysterycznego kończyny dolnej.

Autor robi uwagę, że fakta przez niego otrzymane, różnią się zasadniczo od niektórych spostrzeżeń dawnych, które wykazywały, że magnes może działać z odległości na jednego chorego znajdującego się w zetknięciu z drugim, którego ciało służy za przewodnik. Jako przykład załącza opisanie jednego z doświadczeń Proust'a i Ballet'a.

„Dwie hysteryczki, jedna ze znieczuleniem lewem, druga prawem, trzymały się za ręce; magnes znajdował się obok pierwszej z nich; po upływie godziny, chorym powróciło czucie ogólne stron znieczulonych“.

Doświadczenia te nie mają żadnego podobieństwa do zrobionych przez autora.

J. Wojciechowski.

76. D-r S. JACOBSON. **O drżące porażennej.** — (Ueber Paralysis agitans. *Berl. Klin. Woch. N.* 34).

Pierwszym objawem przy paralysis agitans — jest drżaczka. Ruchy drgawkowe są niezależne od woli, istnieją przy zupełnym spokoju członków i składają się z silniejszych lub słabszych prędko po sobie następujących wahań oddzielnych części ciała. Drgania rozpoczynają się zwykle od kończyny górnej. — Jednocześnie z niemi istnieją zaburzenia w czynnościach mięśni. Stopniowo występuje charakterystyczne dla drżaczki porażennej położenie członków — zgięcie stawów. Ruchy dowolne dotkniętych kończyn są zwolnione, utrudnione i niedostateczne. Czasem występuje nadmierne uczucie zimna lub ciepła. Chory są niespokojni i często zmieniają miejsce. Powstają ruchy przymusowe, bóle, zбочenia troficzne.

Przyczyną ruchów drgawkowych jest kolejne rytmiczne kurczenie się mięśni przeciwnicznych (antagonistów).

U osobników z drżaczką porażenną występuje wcześniej lub później niezdolność funkcyjjonowania mięśni-rozginaczy, której jednak nie należy przypisywać parzie tychże, lecz przewadze zginaczy. Te ostatnie pozostają pod wpływem ciągłego podrażnienia ze strony nerwów i dla tego kurczą się ciągle.

Jako dowód prawdziwości powyższego twierdzenia służy to, że atropina (działająca porażająco na zakończenia nerwów

mięśniowych) usuwa ową przewagę zginaczy i z nią razem wadliwe położenie stawów. Ów stan ciągłego podrażnienia dotyczy i nerwów mięśni rozginaczy, które się także ciągle choć słabiej kurczą i dla tego zginanie członków również nie jest normalnem. Atropina usuwa i tę ostatnią niedokładność.

Stan ten mięśni przy drżączce porażennej można porównać z owym stanem, w jakim znajduje się mięsień żaby, do którego przywieszonym został ciężar. Gdy podrażnimy taki mięsień, to wskutek oporu ciężaru nie będzie on mógł skurczyć się w takim stopniu jak mięsień normalny. Otóż jednoczesne kurczenie się zginaczy i rozginaczy w drżączce porażennej działa tak, jak ciężar przywieszony do mięśnia: zginacze przeszkadzają się kurczyć rozginaczom i na odwrót. Również i inne mięśnie są ciągle napięte: *adductores et abductores, pronatores et supinatores etc*. W drżączce więc porażennej mamy do czynienia z nadmierną pobudliwością nerwów ruchowych i drgawkowem napięciem mięśni.

Tem napięciem mięśni tłómaczą się wszystkie wyżej wyliczone objawy drżączki porażennej: 1) drzenie. 2) łatwe męczenie się mięśni, 3) położenie członków, 4) bóle, 5) ruchy przy-
Kamiński.

II. Choroby uszne.

77. D-r E. M. STEPANOW. **O funkcyjach ślimaka.** — Zur Frage über die Function der Cochlea (*Monatsch. f. Ohrenh.* N. 4. 1886.

Autor opisuje przypadek dotyczący młodego człowieka, który cierpiał na wyciek ropny z ucha i u którego przy przestrzykiwaniu wydzielił się martwiak. Przy bliższem zbadaniu okazało się, że wydzielona kość zawierała w sobie górny kanał półkolisty i połowę ślimaka. Na tym chorym S. wykonał szereg doświadczeń, które podług autora upoważniają nas do wyprowadzenia następujących wniosków:

1) Zniszczenie górnej części ślimaka nie powoduje utraty wrażliwości na niskie tony. 2) Fakt ten wystarcza przy braku dowodów przekonywających na korzyść hipotezy Helmholtza, aby hipotezę tę uważać za mylną. 3) Brak górnej części ślimaka nie powoduje braków w percepcyi dźwięków. 4) Brak górnej części ślimaka nie ma również wpływu na percepcyję szeptu i mowy głośniejszej. 5) Z tego bynajmniej nie wynika, że ślimak nie ma żadnego znaczenia przy percepcyi dźwięków, ani też że słuch zachowany w przypadkach w których mamy do czynienia z potwornościami, martwiakami kanałów półkolistych i przy doświadczalnych przecięciach takowych, nie będzie dowodem, iż organy te nie mają znaczenia przy percepcyi dźwięków.

6) Tymczasowo nie mamy dostatecznych danych, abyśmy mogli umiejscowić percepcyję rozmaitych dźwięków (tony, szmery, mowa) w pewnych określonych punktach błędnika.

G.

78. S. MOOS i H. STEINBRUGGR. **O funkcjach ślimaka.** Zur Frage über die Function der Cochlea. (*Zeitschr. für Ohrenh.* XVI Bd. Heft. 4).

Praca ta, charakteru polemicznego, skierowana jest przeciwko wnioskowi Stepanowa, za pomocą których St. stara się obalić teorię Helmholtza. Kwestyja percepcyi dźwięków przez ślimaka była również rozpatrywana na zjeździe naturalistów w Berlinie i wszyscy przyjmujący udział w dyskusyi zgodzili się na to, że w przypadkach jednostronnego cierpienia ślimaka, badanie słuchu zawsze będzie niedokładne, ponieważ chory słysząc uchem zdrowem, może utrzymywać, że słyszy na ucho chore. Autorzy sądzą, że takie spostrzeżenia, jak Stepanowa, bynajmniej nie mogą służyć do zmniejszenia wartości hipotezy Helmholtza. Nawet gdybyśmy przypuścili, że badanie słuchu było bardzo dokładne, i w przypadkach, w których ucho utraciło część ślimaka, słuch częściowo został zachowany, to i wtedy nie mamy jeszcze dostatecznych dowodów. W tych razach bowiem możemy przypuszczać, że wydzielone martwiaki zawierają tylko kostne części ślimaka, przyczem miękkie jego części jeżeli nie zupełnie, to przecież częściowo mogą być zachowane.

G.

79. D-r E. Ménière. **O szumach usznych przy chorobach żołądka.** Des bourdonnemens de l'oreille dans les affections de l'estomac. — *Revue mensuelle de laryng.* etc. N. 6. 1886.

Autor szumy i przytępienie słuchu, pojawiające się przy cierpieniach żołądka czyni zależnemi od wpływów nerwowych. Gałązki nerwowe pochodzące od nerwu błędnego łączą się za pomocą ganglion cervicale inferius z nerwami idącemi do art. vertebralis w błędniku. Na drodze zwrotnej powstaje przekrwienie lub też zastój w naczyniach błędnika, a przez to zmienia się ciśnienie na endolimfę. Badanie ucha zewnętrznego i średniego nie wykazuje żadnych zmian, zmuszeni więc jesteśmy w podobnych przypadkach przyjąć cierpienie ucha zewnętrznego.

Autor spostrzegł 43 przypadki i podaje opis 5-ciu przypadków, z tych jeden dotyczy samego autora. M. sądzi, że w przypadkach, w których mamy do czynienia z przytępieniem słuchu i szumami, powinniśmy baczną zwracać uwagę na żołądek. Głuchota najczęściej jest nieuleczalna.

Natężenie szumów zależne jest w niektórych przypadkach od stanu kanału pokarmowego. Leczenie powinno być głównie skierowane na żołądek. Autor czasami otrzymywał dobre wyniki przy stosowaniu elektryczności i bromku potasu. (Już w roku 1878 Ed. Woakes w pracy swej zatytułowanej „The connection between stomachic and labyrinthine vertigo“ i ogłoszonej w *Brit. med. Journal*, upatrywał taki sam związek pomiędzy cierpieniami żołądka i ucha wewnętrznego, i tak samo go objaśnia jak Ménière).

(Przyp. sprawozdawcy).

G.

80. D-r W. KIESSELBACH. **O dzwonieniu w uszach.** Studie über Ohrenklingen. *Monat. f. Ohrenh.* etc. N. 4. 1886.

Autor dochodzi do następujących wniosków o powstawaniu szumów usznych: 1) Szum w uchu powstaje, jeżeli mamy do czynienia z nadczułością nerwu słuchowego. U niektórych ludzi nadczułość taka zawsze istnieje, u innych powstaje czasowo, a mianowicie przy zwiększonym ciśnieniu wewnątrz błędnikowym.

2) Nadczułość taka nie jest jednak w stanie wywołać wrażenia dźwięku, a ułatwia tylko percepcyję szmeru zależnego od naczyń krwionośnych. W zwykłych warunkach normalnego tego szmeru nie słyszymy, gdyż przyzwyczajamy się do niego.

3) Wzmożenie szmeru (zależnego od naczyń krwionośnych) z jednej strony, i podniesioną wrażliwość z drugiej, są w stanie niezależnie jedno od drugiego ułatwić nam słyszenie szmeru; najczęściej oba te czynniki wpływ swój wywierają jednocześnie.

Co do leczenia, to K. radzi przedewszystkiem usuwać wszelkie wpływy, mogące wywoływać nadczułość nerwu słuchowego, np. muzykę, zgiełk i t. p. Przy szumach zależnych od niezytu trąbki Eustachiusza, radzi K. stosować świeczki i faradyzację mięśni trąbki. W przypadkach ciężkich powstałych w skutek silnych hałasów, urazów i t. p. wpływów, radzi autor stosować upusty krwi w okolicy ucha i zalecane przez Lucaego podskórne wstrzykiwania pilokarpiny. Co do leczenia za pomocą tonów (metoda Magnusa i Lucaego), to K. uważa takowe za stosowne w przypadkach zastarzałych, ostrzega zaś przed stosowaniem tej metody leczniczej w przypadkach świeżych.

G.

81. D-r LAURENCE TURNBULL. **Rzadkie postacie szmeru w uszach.** Some rare forms of tinnitus aurium or uvises in the ears subjective and objective. (*The therapeutic Gazette Marzec 1886 r.*)

Autor opisuje 5 przypadków szumów usznych. Ciekawy jest przypadek szumu, który mógł słyszeć i badający na pewnej odległości od ucha chorego, i który był zależny od skurczów mięśni trąbki Eustachiusza. Autor przy szumach tych mógł za każdym razem spostrzegać kurczenie się luków podniebieniowych. Wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu stałego prądu elektrycznego.

G.

82. D-r LONHIKI. **Zapalenie niezytowe ucha średniego obustronne. Braki w polu słyszenia.** Otite media catarrhale secca bilaterale. Scotomo auditivo sinistro. (*Bulletino delle malattie dell' orecchio Anno III N. 6.*)

Autor badając chorą, która przez dłuższy czas cierpiała na obustronny niezyt ucha średniego, za pomocą kamertonów, zauważył że chora dźwięki kamertonu wyraźnie słyszy na odle-

głośności pomiędzy 25 a 15 ctm., zaś zupełnie dźwięków tych nie słyszy na odległości 15 a 10 ctm.

Na odległości 10 ctm. chora znów zaczyna kamertony dokładnie słyszeć, i już słyszy takowe wyraźnie na całej przestrzeni od 10 ctm. do ucha zewnętrznego.

Autor w zjawisku tem upatruje analogię z okiem i nazywa je *Scotoma auditiva*. Nie uważa jednak stanu tego za oddzielną postać chorobową, lecz jako następstwo nierównomiernego naprężenia różnych części błony bębenkowej lub też w połączeniu ze zбочeniami w akkomodacyi.

G.

III. Choroby dziecięce.

83. Prof. SOLTMAN. **Wyraz twarzy i zachowanie się chorych dzieci.** *Jahrbuch für Kinderheilk.* T. 26. Z. 2, 1887 (str. 206—221.)

Badanie chorych dzieci uważanem jest powszechnie za jedno z najtrudniejszych zadań dla klinicysty. Pomijając bowiem balauntną częstokroć anamnezę oraz zupełny brak danych podmiotowych, dokładne fizykalne zbadanie pojedynczych organów uniemożliwionem jest niekiedy w zupełności z powodu niespokojnego zachowania się dziecięcia. Każdy przeto szczegół ułatwiający nam rozpoznanie choroby zasługuje na baczną uwagę. W szczególności dotyczy się to dokładnej obserwacyi wyrazu twarzy i ruchów chorego dziecięcia.

Już niektórzy dawni badacze w celach dyagnostycznych zwracali uwagę na pewne linije, fałdy i zarysy twarzy jako to: liniją noso-wargową, zarys kąta ust i t. p. wyciągając ztąd wnioski, nie zawsze jednak oparte na danych ściśle naukowych. Autor obrał sobie inne zadanie, nie zadawałnia się bowiem badaniem oddzielnych fałdów lub linij, lecz całego wyrazu twarzy, większej lub mniejszej błędności wzroku, wzajemnego stosunku oddzielnych członków i t. d. Szczególnie ważnem jest to u małych dzieci u których rozmaite bezwiedne odruchowe zjawiska nie są jeszcze hamowane siłą woli, jak to ma już miejsce u starszych dzieci. Zdaje się jak gdyby sama natura przychodziła tu w pomoc lekarzowi, dopełniając w ten sposób braki wyniku, z niedokładnej anamnezy i danych podmiotowych.

Przechodząc do oddzielnych objawów chorobowych, autor zastanawia się na t. z. *facies dolorosa* u ssawców, cechującą się szeroko otwartemi ustami i silnie zaciśniętymi powiekami, wprost przeciwnie jak ma miejsce w danym wypadku u dorosłych, u których zwykle usta lub raczej zęby są zaciśnięte — oczy zaś szeroko otwarte. Fizyologicznie da się to objaśnić w sposób następujący. Ponieważ dziecię nie jest w stanie jeszcze zapanaować nad sobą, gdy mu coś dolega, przeto poczynna płakać, płacz zaś, jak wiadomo, składa się z silnych wdechów, po których następuje szereg krótkich, prawie konwulsyjnych wydechów — naturalnie przy otwartych ustach. Co się zaś tycze za-

ciśnięcia oczu, to jak z badań Bell'a i Donders'a wiadomo, takowe muszą być zamknięte w celu przeszkodzenia zbyt niemu naporowi krwi, napływającej w tym czasie do żył, co też dzieci instyktownie czynią przy każdym silnym akcie wydechowym, jak przy śmiechu, płaczu i t. d. Ztąd również przy nadmiernej kaszlu kokluszowym bierze początek obrzękowa obrzmiałość powiek oraz wynacznienia łącznicy—objawy mające ważne znaczenie pod względem rozpoznawczym.

Dentitio difficilis i *colica* wykazują nam jeden i ten sam wyraz twarzy u dzieci. Zarówno w jednej jak i w drugiej chorobie dziecię płacze rzewnie z jednakowym z powyżej opisanym wyrazem twarzy. Niemniej, podczas gdy przy pierwszej chorobie górne kończyny są w bezustannym ruchu, a ściśniętymi konwulsyjnie rączkami dziecię się stara dostać do zboliałych usteczek, przy *colica* rozpoczyna się prawdziwa gimnastyka dolnych kończyn, podczas której biedne dziecię to przyciska udo do zboliałego i napiętego jak bęben brzucha, to napowrót wyprostowuje kończynę, dopóki obfity stolec z towarzyszącymi mu wiatrami nie oswobodzi go od dokuczliwego bólu. Skoro zaś zauważymy szybkie i bezustanne ruchy wszystkich kończyn wraz z niespokojnym zwracaniem głowy na wszystkie strony i przejmującym płaczem, należy mieć na uwadze zapalenie ucha (otitis).

Niekiedy, zwłaszcza w cierpieniach płuc u dzieci, mamy do czynienia z facies dolorosa niejako zmodyfikowaną lub raczej nieodpowiadającą natężeniu cierpienia. Jako przykład weźmiemy *pleuro-pneumonia*. Oczy wtedy nie tylko nie są szczelnie zamknięte, lecz przeciwnie szeroko otwarte, twarz pała, usta łukowato zgięte z kątami ku dołowi, pochylonemi do takiego stopnia, iż przedstawiają się one w postaci półksiężyca z wklęsłością zwróconą ku dołowi, co wszystko zależnem jest od działania m. *depressoris anguli oris*, prawie nie podlegającego woli u dzieci (Duchenne). Ponieważ powstający wskutek wzmożonej działalności ruchów oddechowych ból w chorej opłucnej lub płucu powiększa się, przeto dziecko instyktownie wstrzymuje się od krzyku, zmniejszony zaś prąd powietrza do tchawicy i płuc połączony z powierzchownemi oddechami wywołuje wyżej wspomnianą postać ust wraz z bolesnym wyrazem twarzy. Dodawszy do tego znacznie przyspieszony oddech oraz położenie chorego dziecięcia, cechujące się przy zapaleniu płuc najczęściej leżeniem na wznak, przy zapaleniu zaś opłucnej na chorym boku lub sztuczną skoliozą z wypukłością ku stronie zdrowej przy tejże chorobie, gdy dziecię znajduje się w pozycji stojącej, oraz powstające ztąd zmiany w wzajemnym stosunku do siebie ramion, łopatki, obojczyka i t. d., a będziemy na dobrej drodze do postawienia właściwej dyagnozy.

Przy zapaleniu otrzewnej dziecię leży na wznak z twarzą nieruchomą, boleśnie wyciągniętą przy najmniejszym bowiem ruchu ból się znacznie powiększa. Ruchy oddechowe zaledwie są widzialnemi, powierzchownemi, przerywanemi od czasu do czasu głębokim wdechem. Inaczej rzecz się przedsta-

wia przy dławcu. O ile w powyżej wymienionych chorobach bezwładność i jaknajmniejsza ilość ruchów jest rysem dominującym, o tyle znów przy dławcu dziecięci ani na chwilę nie pozostają w spokoju. Męczarnie dziecka łaknącego powietrza i chwytające się rączkami każdego przedmiotu dla ułatwienia sobie pracy mięśni oddechowych, twarz paląca i potem oblana wzrok z rozpaczą zwracający się ku otaczającym, stenotyczny oddech, przypominający piłowanie drzewa, od czasu do czasu suchy bezwzględny kaszel są to oznaki tak charakterystyczne, iż nie tylko lekarzowi lecz nawet profanom trudno jest pomylić się w rozpoznaniu. I przy roznieniu pozagardzielowym mają miejsce niekiedy powyższe objawy stenotyczne, nieruchomość jednak głowy wraz z pewną obrzmiałością w okolicy podszczękowej, regurgitacja pokarmów, a wreszcie dokładne zbadanie ust i gardzieli naprowadza nas na właściwą dyagnozę.

Pewne podobieństwo w wyrazie twarzy i ruchach całego ciała przedstawiają choroby serca. Przy wadach serca, zwłaszcza gdy powstają zaburzenia w kompensacie, dzieci siedzą na łóżeczku z ramionami wysoko podniesionymi i rękoma opartymi o poręcz dla ułatwienia oddechania, oczyma błagającymi o pomoc i wyrażającymi najwyższy przestrah i ustami szeroko otwartymi, co ma miejsce tak długo, dopóki w obec zwiększających się zaburzeń w kompensacie nie nastąpi zupełna relaksacja mięśni, a wtedy obraz zmienia się zupełnie,—oczy tracą swój blask, wzrok staje się błędnym, matowym, członki bezwładnie się zwieszają, a cała postać wyobraża zupełną rezygnację i wyczerpanie.

W żadnych może chorobach dokładna obserwacja wyrazu twarzy i ruchów chorego dziecięcia nie daje nam tyle pewnych punktów oparcia dla dyagnozy jak w chorobach mózgowych, ile że badanie fizykalne redukuje się przy nich do minimum. Daje się to najlepiej sprawdzić przy zapaleniu opon miękkich prostem i gruźliczem. Pierwszą rzeczą, która od razu zwraca na siebie uwagę badacza w powyższych chorobach jest rozlany na twarzy chorego dziecięcia, a niewłaściwy jego wiekowi wyraz surowej powagi i zadumy. Pochodzi to stąd, że przy zapaleniu opon miękkich głowa z powodu naprężenia mięśni potylicznych pochyloną jest ku tyłowi. Zrenice są zwięzione, a ponieważ samo zapalenie działa na siatkówkę jak silnie drażniące światło, przeto w pośrodku czoła tworzy się szereg prostopadłe idących zmarszczek, zupełnie jak gdy kto się patrzy na jarzące światło. Dodawszy do tego usta zaciśnięte, kurezowo ściśnięte dłonie i czerwone plamy na policzkach, a będziemy mieli rozlany na całej twarzy wyraz pewnej, stanowczości czyli, jak powiada Darwin, intelektualnej energii. Obraz ten zmienia się, skoro tylko wysięk się powiększy,—następują znane powszechnie objawy paralityczne, znika wyraz stanowczości i energii, dziecięci jak gdyby pogrążone w głębokiej zadumie spogląda nieprzytomnym i zamglonym wzrokiem w dal.

Przy zapaleniu opon gruźliczem rzecz się przedsta-

wia nieco inaczej. Ponieważ sama sprawa trwa nieco dłużej, przeto w początkach oprócz znacznego wychudnienia i bledności skóry, któremu nie odpowiada pełna, rumiana twarz, cały wygląd chorego nie daje ważnych danych rozpoznawczych. Później dopiero zauważyć możemy charakterystyczne objawy, zależne od umiejscowienia sprawy na podstawie mózgu, jakoto powszechnie znane w zmiany oddechania, które stają się nieodpowiednio głębokiem i powolnem, przeplatanem od czasu do czasu głośnem westchnieniem, tak ciężkiem i smutnie brzmiącym, jak gdyby kto choremu dziecięciu położył znaczny ciężar na piersi. Ucisk na miejsce skrzyżowania nerwów wzrokowych wywołuje zwrot gałek ocznych ku górze, co nadaje oczom jakiś nadziemski, ekstazyjny niemal wyraz. Dziecię leży na wznak z rączkami najczęściej skrzyżowanemi nad głową. Wkrótce jednak z powiększeniem wysięku i połączonym z nim uciskiem i podrażnieniem odpowiednich nerwów następują objawy bezwładu jakoto: ptoza, paraliż kończyn i t. p., zwiastuny zbliżającej się śmierci.

Przechodząc do szczegółowości i tężca u noworodków, autor, opierając się na opuszkowem pochodzeniu powyższych chorób, przychodzi do przekonania, iż nerw twarzowy oraz korzeń mniejszy trójdzielny znajdują się w stanie podrażnienia, co ze swej strony wywołuje skurcz odpowiednich mięśni, — czoło się marszczy, oczy mrużą, a wszystko to nadaje dziecku wyraz pewnego niezadowolenia, srożenia się. Objawy powyższe poprzedzające w początkach choroby właściwy napad tężcowy, mogą mieć ważne znaczenie pod względem rozpoznawczym.

Na zakończenie kilka słów o wyrazie twarzy przy cierpieniach kanału pokarmowego. Przy niestrawności, katarze kiszki wyraz przedstawia rodzaj niezadowolenia, wstrętu lub obrzydzenia, usta są otwarte, język wysunięty, dolna warga zwisła, jak gdyby dziecko chciało wyrzucić coś arcyśmacznego. Przy ostrem zapaleniu kiszki lub cholerycznej postaci dziecka okazuje plastycznie upadek działalności serca. Twarz staje się bladą, prawie woskową, nos się wydłuża, wargi zwięzają, oczy głęboko zapadłe, podkrążone sinemi obwódkami, bez życia i blasku, ogólne jednak wychudnienie z przyczyny krótkotrwałego przebiegu choroby nie osiąga zbyt znacznego natężenia. Inaczej rzecz się przedstawia przy przewlekłym niezycie kiszki, przy którym następuje absolutny zanik tkanki tłuszczowej podskórnej, tak, że dziecko wysycha jak mumja, a skóra w wielu miejscach wisi w postaci fałd lub drobnych zmarszczek, ciemiączka głęboko zapadają jak również oczy, usta szeroko otwarte czynią bezustanne poruszenia żucio-we—wszystko to nadaje choremu dziecięciu charakterystyczny starczy wygląd.

A. Koral.

84. Patologija i terapija koklusu. (Kongres medycyny wewnętrznej. Berliner Klin. Woch. 19 1887). Istota koklusu nie jest dotychczas jeszcze stanowczo określoną, albowiem,

gdy jedni uważają go za chorobę ogólną zakaźną, inni zaliczają do chorób umiejscowionych; za pierwszym mniemaniem przemawia pewna liczba spostrzeżeń dotyczących zarażenia noworodków przez matki dotknięte kokluszem, oraz nieznaczność zmian miejscowych. W każdym razie, pomimo nader licznych badań nie dało się odszukać swoistego dla rzeczony choroby drobnoustroju.

Badanie wziernikiem krtaniowem dokonane przez Herffa wykazało przy kokluszach lekki nieżyt, poczynając od choan aż do rozwidlenia tchawicy, w największym stopniu jednak w okolicy międzynaławkowej. W okresie drgawkowym choroby nacisk na powyższe miejsce wywołuje silny napad charakterystycznego kaszlu, przy nacisku zaś na pozostałe części kaszel jest znacznie słabszym lub też zupełnie nie występuje. Zmiany rzeczony mutatis mutandis potwierdzili i inni badacze. Przy chorobach płuc wikłających koklusz znaleźć można w płwocinie rozmaitego rodzaju laseczniki i diplokokki. Krwotoki zwłaszcza skóry mają miejsce dość często, zasługuje też na uwagę nagle występujący krwotok mózgowy z szybkim zejściem śmiertelnem. Co się tyczy związku mającego zachodzić między epidemią odry, a kokluszem, to jedni uznają takowy, inni stanowczo zaprzeczają.

Rokowanie zależy od wieku chorego. Według Weita śmiertelność poniżej pierwszego roku życia wynosi 25%, od 1—5 roku 4,8%, od 5—10 roku 1,1%, po 10 zaś spada do minimum, organizm bowiem wtedy staje się nader odpornym na zarazek kokluszowy. Liczba dzieci chorujących na koklusz wynosi rocznie w Niemczech według Hagenbach'a około 250,000 co przy 4—5% śmiertelności daje 10—12,000 wypadków śmierci. W Anglii na 500,000 zmarłych wskutek rozmaitych chorób na sam koklusz przypada 10,000. W innych miejscowościach otrzymujemy mniej więcej podobny stosunek. Środki lecznicze przy kokluszach możemy stosować: 1) przeciwko objawom nerwowym, 2) przeciwko zarazkowi, i 3) przeciwko nieżytkowi lub też przeciwko wszystkim objawom jednocześnie. W pierwszym wypadku stosujemy środki narkotyczne, z których najlepiej działają makowiec i morfina zwłaszcza w okresie drgawkowym, lecz stosować je możemy jedynie u nieco starszych dzieci. Podobnie i belladonna daje częstokroć doskonałe rezultaty. Słabiej już lub też wcale nie działają preparaty bromu, chlorał, oraz pędzłowanie 5—20% roztworem kokainy. Do grupy powyższej zaliczyć można również chininę, która z jednej strony zmniejsza pobudliwość odruchową, z drugiej zaś skraca przebieg kokluszem. Jako środki przeciwważne stosujemy kwas karbolowy, benzoesowy, chininę, antypirynę, przeciwko wreszcie nieżytkowi wdmuchiwanie w choany chininy, rezorcyny, res. bonzoes, z których ostatni środek działa najlepiej. Michael, stosując środek powyższy w 100 wypadkach, spostrzegł u 8 dzieci wyzdrowienie zupełne po jednorazowym wdmuchnięciu, u 74 po kilkakrotnych wdmuchiowaniach, w 12 wypadkach nie zauważył polepszenia, w 6 zaś objawy się pogorszyły. Próbowano jeszcze stosować w ostatnich czasach z większym lub mniejszym skutkiem in-

halacyje bromowe, oraz emulsyję z terebinthina laricina do wewnątrz.

A. Koral.

W ostatnim czasie Dr. Tonnenberger (*Deut. Med. Woch.* Nr. 14, 1887) poleca przeciw kokluszowi *antipirynę*; b. małe dzieci 0,01, starsze 0,5, trzy lub 4 razy dziennie, wyniki w 70 przypadkach b. dobre, zwłaszcza zaświeża.

(Przyp. R.).

85. R. FÜRSTER. **Marskość nerek u dzieci**, (*Jahrb. f. Kinderheilk.* T. XXVI. Z. I. 1887).

Autor spostrzegł dwa wypadki tej nader rzadkiej postaci u dzieci. Dotyczyły one brata i siostry, należących do rodziny z usposobieniem neuropatycznym, ojciec bowiem chorował na tabes dorsalis, prócz tego przebył syfilis, jeden z braci i matka cierpieli na neurasteniją w wysokim stopniu; całe zaś prawie rodzeństwo matki dotknięte było moczówką cukrową.

U starszego z obchodzących nas osobników, chłopca, już w pierwszych latach życia zauważono niepomierne pragnienie, wypijał bowiem kolosalne ilości mleka. Gdy doszedł do wieku 4½ lat, pragnienie przeszło w zupełną polidipsyję; jednocześnie ilość wydzielanego moczu znacznie się powiększyła (pyluria), dochodząc niekiedy do 4-ch litrów na dobę. Ciężar gatunkowy wahał się między 1,004 a 1,010 mocz bladej, cukru oraz białka nie zawierał. W tym stanie chory stracił zupełnie apetyt, twarz pobladła, wyraz twarzy stał się melancholijny, przyczem chory począł tracić na wadze, tak że w 9 tym roku życia, a na pół roku przed śmiercią, ważył tylko około 40 funtów. Skóra była suchą i szorstką. Leczenie przez cały czas choroby zasadzało się na podawaniu przeważnie środków wzmacniających jak chininy, tranu, żelaza, arseniku i t. p. Na kilka tygodni przed śmiercią, która nastąpiła po upływie pięciu lat od początku choroby, mianowicie w połowie dziesiątego roku życia, wystąpiły ciężkie objawy jako to: senność, niepokój w nocy, powolny i niepewny chód, wzmocnienie odruchów ścięgniętych, nieregularność pulsu i t. p., a na 24 godzin przed śmiercią zatrzymanie moczu.

Sekcya wykonana przez Birch-Hirschfelda wykazała: spłaszczenie zwojów mózgowia, zgrubienie endymy czwartej komórki mózgowej, spłaszczenie mostu Varola, mózdzek po stronie lewej powiększony, lecz twardości normalnej, po prawej bladej i stwardniały, w szarych rogach mlecza paciierzowego, zwłaszcza tylnych, rozsiane wysepki sklerotyczne. Przerost lewego serca. *Nerki marskie*, wielkości jak u noworodków.

Choroba siostry przebiegała zupełnie prawie identycznie. — Rozpoczęła się w połowie piątego roku życia polidipsyją w mniejszym jednak stopniu jak u brata, dzienna bowiem ilość moczu nie przechodziła 2½ litrów. Ciężar gatunkowy 1,003 do 1,010, białkomocz dość znaczny. Brak łaknienia oraz sił zupełny, odżywianie upośledzone, waga ciała wynosząca w początkach choroby 39 funtów, w przeciągu dwu lat prawie się nie powiększyła. Na 1½ roku przed śmiercią, która nastąpiła w dziewiątym roku życia chorej, prof. Erb, badając ją, zauważył wzmocnienie odruchów ścięgniętych, oraz niepewny chód,

w słabszym jednak stopniu jak u brata. Na krótki czas przed śmiercią wystąpiły krwotoki błony śluzowej jamy ustnej, oraz przerost lewego serca.

Sekeyja nie była wykonaną, wnosząc jednak z całego przebiegu choroby, można śmiało przypuścić, iż i w danym przypadku miała miejsce marskość serca.

W powyższych dwu przypadkach zasługuje na uwagę moment przyczynowy. Autor na zasadzie neuropatycznego usposobienia całej prawie rodziny, oraz znacznych zmian w mózgowiu i mleczu, jakie znaleziono przy sekeyi, skłania się ku mniemaniu, iż marskość nerek u wspomnianych chorych pozostawała w ścisłym związku z powyższymi zmianami.

W końcu autor zwraca uwagę na znaczne podobieństwo omawianych przypadków do objawów moczówki prostej. W tej ostatniej jednak chorobie ilość moczu zwykle bywa większą, ciężar zaś gatunkowy mniejszy. Podobieństwo jednak istnieje pod niektórymi względami, mianowicie u pierwszego chorego w ependymie czwartej komórki mózgowej znaleziono zmiany charakterystyczne dla diabetes insipidus, którą to chorobę według zdania wielu autorów cechuje również znaczne upośledzenie na wadze i wzroście całego organizmu, co, jak widzieliśmy, miało miejsce i u naszych chorych i zależało prawdopodobnie od odpowiednich zmian w mózgu, rozwijających się równocześnie ze zmianami anatomicznymi w nerkach. A. Koral.

86. A. STEFFEN. — **O leczeniu tyfusu brzuszno-głównego u dzieci talliną.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*. T. XXVI. Z. I. 1887).

Środek powyższy autor stosował u chorych, z których najmłodszy liczył 1½ roku, najstarszy 14-cie lat. — Wyniki, do których doszedł, można streścić w następujących punktach:

1) Tallinę należy dawać, skoro tylko ciepłota przekracza 38°.

2) Za najodpowiedniejszą uważa dawkę 2 gr. (0,125) przy ciepłocie od 38°—39° i 4 gr. (0,25) przy ciepłocie powyżej 39°; u młodszych jednak dzieci tę ostatnią stosuje jedynie przy 1° sięgającej 40° lub więcej.

3) W tym celu należy mierzyć ciepłotę co godzinę i w razie potrzeby zastosować odpowiednią dawkę.

4) Spadek ciepłoty do normy następuje najczęściej po 1 — 2 godzinach; gdy po upływie tego czasu chory jeszcze gorączkuje, należy powtórzyć mniejszą dawkę talliny.

5) Zupełna deferwescencyja trwa przeciętnie 4—6 godzin, rzadziej 7—12.

6) Ilość dawek w przeciągu jednego dnia w lżejszych postaciach nie przewyższała 3 — 4. W cięższych wypadkach należało stosować znacznie więcej, — nikiiedy nawet ośm dawek.

7) Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty występuje w odpowiednim stopniu zwolnienie tętna oraz zmniejszenie ilości oddechów na minutę.

8) Środek powyższy przyjmowanym jest przez chorych

dość chętnie, rzadko wywołuje nudności lub wymioty. W niektórych wypadkach po przyjęciu talliny występował dość obfity pot.

9) Mocz po przyjęciu talliny przybiera brudną żółto-zieloną barwę.

A. Koral.

87. Carl LOREY. **O leczeniu niestrawności we wczesnym dzieciństwie.** (*Jahrb. für Kinderheilkunde*, T. XXVI, Z. 1. 1887).

Autor gorąco poleca swój sposób leczenia niestrawności, wypróbowany przezeń na 18-tu dzieciach, w wieku od 1 — 16 miesięcy, z nader pomyślnym skutkiem. Sposób ten zasadza się na wydalaniu zawartości żołądka za pomocą angielskiego zgłębnika N-r 11 lub 12 ze szklanym lejkiem i następujących przepłókiwaniach letnią wodą, w której rozpuszczono nieco soli kuchennej. Ilość przepłókiwań nie przekraczała trzech, t. j. póki nie wyszła napowrót czysta woda, — czas leczenia od 2—3 tygodni. Leczenie następcze zasadzało się na podawaniu tincturae ferri chloratae aa z gliceryną kilka razy dziennie po 5 kropel, bismutu, oraz ekstraktu mięsnego Liebiga z winem Xeres w miksturze. Należy dodać, że wprowadzanie zgłębnika nie przedstawiało najmniejszej trudności.

A. Koral.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Terapia ogólna ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Od-czyty F. A. Hoffmans prof. kliniki chorób wewn. w Dorpacie.

Przekład z niemieckiego dokonany staraniem członków Gazety Lekarskiej Warszawa 1877.

Niezbýt bogata literatura lekarska polska wzbogaconą została staraniem Redakcyi Gazety Lekarskiej dziełem cennem i wielce pożytecznem, którego brak dawał się nam bardzo uczuwać.

Terapija ogólna t. j. nauka o podstawach racjonalnego leczenia chorób w ogólności zajmowała zawsze w rzędzie innych gałęzi obszerniej wiedzy medycznej miejsce pośredniejsze, nie mówiąc już o okresie panowania nihilizmu terapeutycznego, kiedy pozostawała zupełnie na uboczu. Wskutek więc tego literatura tego przedmiotu jest dosyć ubogą nie tylko u nas, lecz i w piśmiennictwach innych narodów europejskich. Dopiero w ostatnich czasach pod wpływem ogromnej ilości nowych metod lekarskich, zalecanych i stosowanych często bez wszelkiego naukowego umotywowania zjawily się dzieła, starające się poddać te metody krytycznemu badaniu i oprzeć je na podstawach fizjologicznych. Wśród tych dzieł wyróżniają się: obszerna zbiorowem siłami wydana *Terapija ogólna Ziemssena* mająca więcej znacznie źródłowe, dzieła Jürgensona i Hoffmana, przeznaczone dla szerszego koła lekarzy i studentów. Na zaznaczenie zasługi również dzieło Dujardin Beaumetz: *Leçons de Clinique thérapeutique*".

W piśmiennictwie polkiem posiadaliśmy dotychczas tylko przekład Skobla znanego dzieła o terapii ogólnej Richtera, które jednak, jako wydane

w roku 1858 nieodpowiada wcale obecnemu stanowi wiedzy lekarskiej, i początek dzieła Dybka, stanowiący tylko wstęp do tej nauki. — Terapia Hoffmana wypełnia więc lukę, dotkliwie czuć się dającą, szczególnie przez młodzież uczącą się; tem większe zaś ma znaczenie, że jest dziełem człowieka przenikniętego wiarą w skuteczność środków leczniczych i starającego się wiarę tę przełożyć w swych czytelników. Opiera on całą terapię na fizjologicznych danych, chociaż przyznaje i empiryzmowi pewne znaczenie ale tylko wtedy, jeżeli lekarz wie do czego dąży t. j. jeżeli ułożył sobie dokładny plan postępowania.

W 11 odczytach zajmuje się autor określeniem terapii ogólnej jako nauki o metodach lekarskich, podziałem tych metod na metody bezpośredniego leczenia t. j. działające za pośrednictwem czynności i odżywiania. Tutaj zwraca uwagę na znaczenie ćwiczenia i oszczędzania danego narządu, jako czynników, za pomocą których możemy skutecznie walczyć z chorobami tych organów. Przystępuje następnie do szczegółowego rozbioru metod leczniczych i środków, oszczędzających i ćwiczących serce, płuca, działających na nerki, żołądek, wątrobę, kiszki, mięśnie, układ nerwowy i przemianę materii. We wszystkich tych odczytach mieści się bardzo wiele oryginalnych uwag i ciekawych spostrzeżeń; szczególnie zasługuje na uwagę odczyt, traktujący o działaniu na układ nerwowy. Omawiając rozmaite metody lecznicze, jak leczenie kąpielami, wodami mineralnymi, klimatyczne, mięsienie, kuracją winogronową i inne, nie omija autor działania oddzielnych środków farmaceutycznych, którym również przypisuje często ważne znaczenie w leczeniu chorób. Ponieważ zaś zadanie lekarza jest leczyć chorego nie chorobę wymaga więc od każdego lekarza oprócz specjalnych wiadomości lekarskich znajomości stosunków życiowych, bystrego rzutu oka i znajomości ludzi.

Nie będę przytaczał zresztą tutaj treści tego dzieła, sądząc, że nie wielu znajdzie się lekarzy, którzy książki tej nie przeczytają. Zwrócę tylko jeszcze uwagę na staranność tłumaczy, trzymających się bardzo ściśle oryginału, poprawność języka, w którym nie spostrzegamy zbytnej ilości wyrażen cudzoziemskich, ani też wprowadzenia dziwolągów językowych. Żalowałoby chyba wypada pominięcia rejestru wyrazów, ułatwiającego orientowanie się w książce.

M. Hopfenblum.

RYS BALNEOTERAPII

SKREŚLIŁ DR. MICHAŁ ZIELENIEWSKI.

Niewyczerpany w pracach balneologicznych dr. M. Zieleniewski, lekarz zakładu zdrojowego w Krynicy, wzbogacił literaturę odnośną w roku zeszłym poważnem dziełem „Rys Balneoterapii”, o czem dotąd w pismach lekarskich peryodycznych wzmianki nie znalazłem, a na którą praca tak obszerna (str. XXX, 391, w. 8-ka, Kraków, 1886) i użyteczna z wszech miar zasługuje.

Do obszerniejszych prac d-ra Z. w tym względzie należą: Rys Balneologii Powszechnej, w roku 1873 staraniem Biblioteki Umiejętności Lekarskich wydany, który w swoim czasie ocenie w pismach lekarskich podano, i obecna Balneoterapija, o której tutaj kilka słów powiedzieć pragnę.

Dokładne wiadomości o różnorodnych czynnikach, z balneoterapiją związek mających, pomieścił autor w dziele w mowie będącem w III-ich czę-

ściach i XXIV-ch rozdziałach; oprócz określenia, podziału, tudzież historycznych wiadomości, 12 początkowych str. zajmujących.

W 5-ciu początkowych rozdziałach zastanawia się dr. Z. nad dyjetą balneoterapeutyczną, leczeniem głodowem, kuracją suchą, podróżowaniem, leczeniem wstępnem i następowem, porą leczeń zdrojowych, wyborem mieszkania w zdrojowisku, czynnikami klimatycznymi w całej rozciągłości, tudzież nad fizjologicznymi i patologicznymi skutkami ciśnienia powietrza, obok czego także choroba nurków i górska naleźycie uwzględnione zostały. Rozdział VI-ty traktuje o ciepłe i zimne powietrzn, VII zawiera klimateryją z wylczeniem i ocenieniem szczegółowem uzdrowisk klimatycznych górskich, pomorskich, południowych i letnich schronisk, pomiędzy któremi słusnie i nasze Tatry na uwagę autora zasłużyły. Rozdział VIII-my obznajmia nas z ciepłotą ustrojową i jej wyrobem.

Część I-sza, podzielona na 4 rozdziały, zajmuje się kąpielami. Rozdział IX-ty i X-ty traktuje o działaniu kąpeli w ogólności. Łażnię parową z rozlicznymi jej odmianami, jak też i kąpiele irlandzko-rzymskie i wschodnie opisał także dr. Z. szczegółowo. Za trud, w tym względzie podjęty, wdzięczność się autorowi należy, gdyż przedmiot ten nie był dotąd w języku ojczystym tak dokładnie przedstawiony.

Rozdział XI-ty obejmuje hydroterapiją; w końcu rozdziału mieści się opis zakładów hydropatycznych z szczególnem uwzględnieniem ojezystych.

W rozdziale XII-tym podaje autor lecznicze zastosowanie kąpeli z wód mineralnych, zastanawiając się szczegółowo nad fizjologicznymi i terapeutycznymi skutkami pojedynczych działów kąpeli mineralnych.

Liczebno porównawcze ocenienie źródeł krajowych z zagranicznymi (str. 243, 266) zasługuje także na baczną uwagę kolegów, zwłaszcza w obecnych czasach, gdy zdrojowiska zagraniczne, osobliwie zaś niemieckie, z jednej przyczyny dla nas niedostępnymi się staną.

Kąpielom borowinowym, mułowym, igliwiowym i z suchego piasku poświęcił autor w tym rozdziale także dostateczną uwagę; szkoda tylko, że technika przyrządzania kąpeli borowinowych, osobliwie zaś mułowych nie została tutaj pomieszczoną. Było by to dla zdrojowisk krajowych rzeczą bardzo pożyteczną dowiedzieć się, jakich izb łaźiebnych, gabinetów do wypoczynku, jakich wanien i innych przyrządów, osobliwie zaś jakiego to materyjału do prawidłowego wydawania kąpeli wymienionych potrzeba, gdyż kąpiele wrzeko-mo mułowe, w niektórych naszych zdrojowiskach przyrządzane, nie zasługują nawet na miano takich, co z pewnością wielce ujemnie na skutek, z kąpeli mułowych spodziewany, wpływać musi.

Część II-ga, na 10 rozdziałów podzielona, zajmuje się wewnętrznem użyciem wody mineralnej.

W rozdziale XIII-tym przywodzi autor uwagi, picia wód mineralnych w ogóle dotyczące. Tutaj zaznajamia on nas także z równoważnikami Phoebusa'a, mającemi za zadanie, lekarzom mniej nawet z balneologią obeznanym, odpowiednie zastosowanie źródeł ułatwić, a co prof Skobel jeszcze w roku 1861 w swej broszurze dokładnie wyłożył.

Następne rozdziały aż do XX-go traktują o wewnętrznem leczniczem zastosowaniu pojedynczych grup źródeł mineralnych, jak: szczaw prostych, alkalicznych, alkaliczno-solnych, alkaliczno-ziemno-żelazistych, i t. d. Aby zaordynonowanie tego lub owego zdrojowiska na zasadzie racjonalnej lekarzom ułatwić, podaje także autor w tejże części dzieła spis ważniejszych eu-

ropejskich zdrojowisk, z dokładnem jakościowem i ilościowem oznaczeniem najważniejszych składników pojedynczych zdrojów, dodając przy każdej grupie uwagi o działaniu fizylogicznem i terapeutycznem pojedynczych składników. Rozumie się, że zdrojowiska ojczyście znalazły i tutaj gorliwego orędownika w autorze, co mu się za szczególną zasługę poczytuje.

Rozdział XXI-szy wspomina o podskórnem zastosowaniu wód mineralnych przez Kisch'a do balneoterapii wprowadzonem. Sposób ten ma być odpowiednim dla wód silnie działające składniki (arsen, jod) zawierających. Wątpić należy, abyśmy liczniejszych ochotników do tej kuracyj znaleźli.

Rozdział XXII-gi traktuje o sztucznych wodach mineralnych z dodatkiem krótkiego opisu krajowych fabryk, które autor słusznie za znaczny czynnik w ogólnej balneoterapeutycznej krajowej industyi uważa.

Część III-cia w dwóch rozdziałach obejmuje lecznicze zastosowanie mleka, maślanki, serwatki, żętycy, kumysu, kefiru, winogrodu i innych owoców, z wyliczeniem ważniejszych zakładów mlecznych, żętycznych, kumysowych i uzdrowisk winogrodowych.

Co do osatnich, to może nie będzie zbyt cennym nadmienić, że autor i w naszych dzielnicach jedno takie zaznacza. Jest niem Kamionka, miasteczko nad Dniestrem w gubernii podolskiej, gdzie wszelkie gatunki zagranicznych winorośli wybornie się hodują. Dr. J. Markiewicz opisał tę miejscowość jeszcze w r. 1883.

Treść pracy tej nader bogata, na podstawie najświeższych badań wszechstronnie, naukowo i bez uprzedzenia obrobiona, upoważnia nas do pomieszczenia „Rysu Balneoterapii” doktora Zieniewskiego w rzędzie dzieł balneologicznych pierwszorzędnych. Dzieło to może dać uczącym się dokładne wyobrażenie o dzisiejszem stanowisku balneoterapij, lekarzom praktycznym ułatwi ono z pewnością wybór stosownego sposobu leczenia w danym przypadku i odpowiedniego do tego zakładu, a lekarzom zdrojowym wskaże ono rozliczne sposoby korzystania z materyjałów zdrojowych, tudzież łączenia tychże w całość w zamiarze wywalczenia szybkiego a pomyślnego wyniku z leczenia.

Dodać jeszcze należy, że jasność i potoczystość stylu, jak też nie mniej wzorowa czystość i nieskażona prawidłowość języka mogą także w dzisiejszych czasach, w których się coraz częściej z rażącemi w tym względzie usterekami spotykamy, na baczną uwagę zasłużyć.

Dr. Dymnicki, Lekarz zdrojowy w Busku.

Do dzisiejszego N-ru Kroniki dołącza się dla wszystkich Prenumeratorów prospekt C. K. Zakładu zdrojowego w Krynicy.
