

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

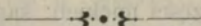
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Nowsze wskazanie do użycia kleszczy porodowych ze względu na zdrowie dziecka.

Odczyt, napisany dla sekcji ginekologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich,
odbytego w Krakowie, w lipcu, 1900 r.

PRZEZ

Józefa Jaworskiego.



Szanowni Panowie i Koledzy!

Pisać, lub przemawiać w dobie dzisiejszej o nowych wskazaniach do rękoczynów operacyjnych podczas porodu, w epoce zalecanej na szczęście tak powszechnie, profilaktyki położniczej; — wskazywać na potrzebę takiej interwencji, — uważanem być musi za rzecz conajmniej niepopularną. .

Przyznając pewną słuszość paradoksalnemu zdaniu Budina, że największą zaletą akuszera, jest potrafić nie operować (*savoir à ne rien faire*), uwzględniając całą doniosłość zasady ograniczania wszelkich interwencji przy porodzie do granic możliwych, jednocześnie życia dziecka ważyć nie możemy tylko na szali naszych chirurgiczno-akuszerskich roztrząsań i kombinacyj. W wielu przypadkach na uwagę mieć musimy i wzgląd na matkę, i wogóle na rodziców, i co do wskazań operacyjnych i ogólnie ludzkiemi, a nawet socyalnemi względami się kierować.

Jeżeli z tej strony dotykam tego przedmiotu, to czynię to dlatego, że mówić zamierzam o wpływie aktu porodowego na stan dziecka, nie tylko zaraz, bezpośrednio, po porodzie, lecz zastanowić się pragnę, nad następstwami pewnych zboczeń aktu tego na przyszłe zdrowie i losy naprzód noworodka, a później dojrzałego człowieka. Zastrzedz się jednak muszę, że podam tylko te wnioski, z którymi się zapoznałem, studiując ostatnimi czasy sprawę porażień mózgowych u nowonarodzonych dzieci. („Przypadek porażenia nerwu twarzewego u małego dziecka“. „Gazeta lekarska“ 1898. „Przyczynek do kazuistyki porażień mózgowych u dzieci na tle choroby zakaźnej“. Ibidem. 1900.

Przedmiot ten wkracza w zakres neuropatologii, pośrednio jednak dotyka zagadnień z dziedziny akuszerji.

Sprawa ukształtowania się główki, wpływ dłużej lub krócej, trwającego ucisku na nią ze strony kanału rodowego podczas samodzielnie odbywającego się porodu, znaczenie tych czynników, dla przyszłego zdrowia dziecka, przedstawia się różnie w zapatrywaniu akuszerów, a w oświeceniu neurologów.

Nim podam różnice tych poglądów, zatrzymać muszę na chwilę uwagę Szanownych Panów, na znanych nam faktach, dotyczących mechanizmu porodu, wogóle, przy położeniu czaszkowym.

Główka płodu, przez kanał rodny się przesuwając, ulega mniej lub więcej znacznym, przemijającym lub stałym zmianom.

Zmiany te dotyczą: części miękkich; samego kośćca czaszki; wreszcie, jej zawartości, a stoją z bezpośrednim stosunkiem i zależnością od ucisku, któremu przy porodzie główka płodu ulega.

Na skórze czaszki, obok otarcia naskórka, podbiegnięć skóry krwią, odgniecen, spotyka się przedgłowie.

Zmiany w kościach polegają na przemieszczeniach, spłaszczeniach i wypukleniach, zagięciach, wyźłobieniach i złamaniach.

Przemieszczenia zasadzają się na zachodzeniu jednej kości na drugą, a także całej jednej połowy czaszki — na drugą połowę. Kości zachodzić mogą na siebie tylko wtedy, jeżeli szwy i ciemiona są szerokie. Przy szwach i ciemionach wąskich, lub przedwcześnie skostniałych, wymiary główki mogą się tylko skrócić przez spłaszczenie pojedynczych kości.

Zachodzenie kości jedna na drugą odbywa się — jak wiadomo — w pewnym porządku. Zachodzenie zaś jednej połowy czaszki — na drugą zależnem jest, bądź, od wrodzonej skoliozy kręgów czaszkowych (Stadfeldt), lub jest wynikiem ucisku podczas aktu poro-

dowego ze strony dna miednicy (Schröder), albo wzgórka kości krzyżowej (Dohrn).

Wyższym stopniem zmian kształtu kośćca czaszki noworodka będą: spłaszczenia i wypuklenia oddzielnych jego części. Tutaj obok ucisku podczas porodu, najczęściej przy miednicy ścieśnionej, odgrywa rolę i podatność, miękkość samych kości.

Do uszkodzeń samej istoty kostnej zaliczamy szczeliny, powstałe podczas porodu, i wyżłobienia kości ciemieniowej wzdłuż rowu wieńcowego. Stopień tych wyżłobień bywa różny: od nieznacznych, do głębokich. Najczęściej bywa to zwyczajne wgłębienie, rzadziej załamane, połączone z rozchodzeniem się szwu tyłogłowego.

Ilustracją zmian tych w kośćcu czaszki są rysunki w atlasie H. Fritscha (przy dziele: Klinik der Geburtshülflichen Operationen).

Między innymi widzimy tam czaszkę noworodka (Tablica I, № 3), którego matka miała ścieśnioną, krzywicowatą miednicę. Z powodu samoistnego pęknięcia macicy podczas bóli porodowych i zapaści rodzącej, wykonano szybki obrót i wydobyte płodu. Otóż, na czaszce tej, na miejscu oznaczonym gwiazdką, a odpowiadającym dolnemu kontowi lewej kości bocznej, widzieć można załamane, sięgające do wewnątrz, a nadto, i w postaci szczeliny — w górę na powierzchni kości. Kość potylicowa wgłębiona — do wewnątrz. Partes condyloideae rozchodzą się ze szwem tyłogłowym.

Na tablicy II pod № 1, widzimy znów czaszkę, samodzielnie urodzoną, w której znajduje się spłaszczenie na kości bocznej lewej, zwróconej przy porodzie do wzgórka kości krzyżowej, i znaczne wypuklenie na kości poprzedzającej.

Na tej samej tablicy pod № 3 znajduje się rysunek czaszki, samoistnie urodzonej, przy ogólnie ścieśnionej miednicy. Mamy tutaj wybitne spłaszczenie czoła. Potylica podchodzi głęboko pod kości boczne.

Nakoniec, na tablicy VI, pod № 3, przedstawioną została czaszka z wyraźnym, najlepiej wydającym się z przodu, przemieszczeniem kości. Prawa boczna (poprzedzająca) uniesiona z swej podstawy; tylna boczna — jest głęboko wtłoczona i spłaszczona.

Wszystkie wyżej wymienione zmiany w ukształtowaniu się czaszki podczas porodu, poczynając od pozornie niewinnego przedgłowia, a kończąc na spłaszczeniach, załamaniach i wgłębieniach, gdy przekraczają granicę zdolności jej adaptacyjnych, nie pozostają bez ujemnego wpływu na zdrowie dziecka.

Wprawdzie, ta właściwość główki, iż jest ona ścieśliwą odgrywa ważną, a zbawienną rolę przy porodzie, z drugiej jednak strony, zachodzenie kości na miejscu szwów jedna na drugą o tyle jest zjawiskiem nieszkodliwym, o ile nie przekracza pewnej granicy.

Określenie tej granicy, po za którą adaptacja czaszki do wymiarów kanału rodneg— przestaje być obojętną dla zdrowia dziecka i odbywać się może pod tym względem bezkarnie, nie daje się ująć i wyrazić w cyfrach ogólnych, a nawet przeciętnych, i w każdym poszczególnym przypadku miara tej szkodliwości bywa różną. Wówczas, gdy H. Fritsch opisuje dziecko, które, ze złamaną kością czołową, żyło 3 miesiące, to tymczasem doświadczenie nas poucza, że tak pozornie niewinny ucisk, jaki wywiera tworzące się przedgłowie, wywołać może zastój żylny w oponach mózgowych i wylewy krwawe, co sprowadza niekiedy obumarcie płodu.

Znaczniejsze przemieszczenia kości czaszki wywołać już mogą poważne uszkodzenia, groźne dla życia płodu. Do takich zaliczamy: rozerwanie zatok żylnych mózgu pod szwami się znajdujących, a jako następstwo tego — krwotok na zewnątrz, pod powłoki czaszki, albo na powierzchnię mózgu.

Wprawdzie, nie duże wylewy krwawe na powierzchnię mózgu, w pewnych przypadkach, przynajmniej na razie, przebiegać mogą bezkarnie dla zdrowia noworodka, stają się one jednak bardzo niebezpiecznymi, gdy siedlisko ich przypadnie w bliskości podstawy mózgu. Zresztą, nieraz wprost dłużej trwający ucisk na mózg wskutek splaszczeń, wgłębień, załamania kości czaszki, a nawet drogą tylko przekrwienia biernego, spowodować może dla zdrowia dziecka poważne niebezpieczeństwo.

A ujawni się to, albo bezpośrednio po urodzeniu dziecka — śmierć; omdlenie i jego następstwa, lub później nieco — paralis infantilis spastica, w formie hemiplegii, albo diplegii, — nareszcie, odbija się niekrytycznie na rozwoju intelektualnym dziecka.

Nawet chwilowe omdlenia wskutek przedłużającego się porodu, choć przemijające, niepozostają czasami bez wpływu na następny rozwój ośrodków nerwowych dziecka.

Obserwacje, w tym kierunku prowadzone, należą nie do nas, akuszerów, lecz do neuropatologów, a w szczególności, zajmujących się chorobami nerwowymi wieku dziecięcego.

Materyał kliniczny, zgromadzony przez Freuda. (Zur Kenntniss der Cerebralen Diplegien des Kindesalters — 1893); statystyka zebrana przez B. Sachsę z New-Jorku (Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters—1897), wymownie świadczą, że długo-

trwały ucisk na czaszkę płodu podczas porodu częstokroć odbija się bardzo ujemnie na przyszłym rozwoju intelektualnym dziecka — (opóźnienie zdolności mówienia, trudność wymawiania oddzielnych wyrazów, słaba pojętność i tak dalej), — a nawet sprowadza pewne cierpienia chorobowe, jak to: chorobę Littla, epilepsyą (sposzczenie Binswanger'a).

Freud wśród etiologicznych momentów podaje tutaj: naprzód, omdlenie dziecka (Asphyktische Geburt); powtórne, przedłużający się poród przy pierwszym dziecku (protrachirte Geburt beim erstem Kinde); nakoniec, wogóle, ciężki poród (schwere Geburt).

Ciężki poród w etiologii ogólnych porażen dziecięcych według Freuda, zajmuje pierwsze miejsce.

Prawie $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby tych porażen pozostaje w przyczynowej zależności od ciężkiego porodu; $\frac{1}{6}$ zaś — przypada na przedwczesny poród.

W powstawaniu wogóle form choreatycznych, w $\frac{1}{4}$ ogólnej liczby przypadków, odgrywa pewną rolę poród, który Freud oznacza mianem „asfiktycznego“.

W 11-tu przypadkach, na 53 dzieci, ze słabym, powoli postępującym rozwojem umysłowym, Freud wskazuje na wyraźne zniekształcenia czaszki, polegające bądź na spłaszczeniach oddzielnych kości, bądź wypukleniach.

Rzecz godna uwagi, że ci sami autorzy stanowczo twierdzą, iż długotrwały poród częściej i w wyższym stopniu wpływa na powstawanie porażen porodowych, niż pomoc, wykonywana narzędziami akuszeryjnymi.

Zbliżony jest pogląd na tę sprawę Oppenheim'a. (Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1898). Zdaniem jego do warunków, przy których nader często spotykają się porażenia mózgowe u dzieci, hemiplegia, diplegia spastica infantilis, należy: przedwczesny poród, ciężkie rozwiązanie przy wysoko ustawionej główce i zwężonej miednicy; ciężki poród następującej główki; poród bliźniaczy; omdlenia noworodków.

Co do roli, jaką w powstawaniu tych cierpień odgrywać mogą operacje akuszeryjne, to autor ten, wogóle twierdzi, że użycie kleszczy, zdaje się, mniejszy tutaj wpływ wywiera w porównaniu z czynnikami, które ich zastosowania wymagają *).

*) „Auch die application der Zange wird beschuldigt, doch scheint weniger die Anwendung des Instrumentes, als die Factoren, welche dieselbe

Sachs zaś wprost mówi, że, gdyby lekarze więcej posiadali zaufania do użycia kleszczy i — zručności w rękoczynach, to długotrwałe rozwiązanie kobiet nie odgrywałoby tak ważnej roli w powstawaniu chorób mózgu u dzieci, jak to obecnie spostrzegać nam się wydarza.

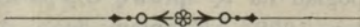
Dalej Sachs powiada: Wiele dzieci może niepopadłoby idyotyzmowi i epilepsyi, gdyby było właściwe działanie w czasie rozwiązania **).

Tak więc, uwzględniając fakta, wprawdzie w dziedzinie innej, niż nasza specjalność i odrębnej, stwierdzone, zaliczyć musimy do wskazań użycia kleszczy porodowych przy przedłużającym się porodzie ze względu na zdrowie dziecka — i ewentualne niebezpieczeństwo powstania chorób mózgu z ich następstwami.

Oznaką niebezpieczeństwa tego, *resp.* wskazaniem do nałożenia kleszczy, (nb. przy uwzględnianiu wiadomych przeciwwskazań), obok słabnącego tętna, ustania ruchów płodu, zniesienia odruchów skórnych — będą:

Zbyt długotrwałe — już po odejściu wód płodowych — bóle porodowe.

Nader szybko wzrastające przedgłowie.



erforderlich machen, bei der Erzeugung des Leidens in Spiele zu sein“.
(Oppenheim).

**) „Viele Kinder wären vielleicht nicht dem Idiotismus oder der Epilepsie verfallen, wenn man zur Zeit der Entbindung richtig vorgegangen wäre“. (Sachs).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

479. Dr. R. Seggel. **O zeszywaniu zranionych tętnic.** („Müncb. med. Woch.“ № 32, 33, 1900).

Zeszywanie żył, dzięki pracom doświadczalnym Tichowa i klinicznym Scheele'go zdobyło sobie prawo obywatelstwa w chirurgii i jest stosowane z powodzeniem od lat kilkunastu.

Szew ścian tętniczych pomimo udatnych prób, sięgających XVIII wieku, pozostawał do czasów ostatnich w zaniedbaniu i dopiero praca Jasinowskiego (Dorpat 1889) zwróciła nań żywą uwagę ogółu lekarskiego. Badacz ten, biorąc za punkt wyjścia dobrze znany fakt, że małe rany tętnic goją się doskonale bez wywołania zakrzepu, postanowił przekonać się, czy rany tętnic duże, za nieuleczalne dotychczas pożytywane, nie dadzą się zapomocą szwu zamienić w szereg ran małych, do zagojenia możliwych. Szereg doświadczeń z pomyslnym wynikiem na zwierzętach wykonanych dowiódł trafności jego pomysłu. Wkrótce też potem ukazują się prace doświadczalne Solterberga, Bruci, Muxatello, Glück'a i Dörfler'a, mając na celu opracowanie techniki operacyjnej tego zabiegu oraz badanie anatomopatologiczne nad przebiegiem gojenia się ran ścian tętniczych. Prócz tego wykonano już dotychczas w 11 przypadkach zeszywania zranionej tętnicy na człowieku. Z tego w 6-ciu przypadkach powodem było zranienie w czasie operacji, 3-razy przypadkowe rany postrzałowe lub cięte, 1 samobójstwo przez poderżnięcie gardła i 1 raz przecięto tętnicę biodrową w celach rozpoznawczych (!). Zeszywane tętnicami były: 6-razy femoralis i po razie iliaca externa, poplitea, axillaris, brachialis, carotis externa. Wyniki na ogół w ogłoszonych przypadkach było bardzo zachęcające: wyzdrowień (bez wytworzenia się tętniaka) 5, rezultat niewiadomy 4-razy i śmierć wskutek zasadniczego cierpienia 2-razy. Prócz tego na kongresie w Moskwie Murphy wspominał o 4 swoich (dotąd nie ogłoszonych) przypadkach, które nie są wykazane w podanej przez autora tablicy.

Zarówno z prac doświadczalnych, jak z ogłoszonej kazuistyki, wypływa, że ogólnie przyjętej metody postępowania przy wykonywaniu szwu tętniczego dotychczas nie ma. Jest jeszcze wiele punktów spornych, z nich najważniejsze są następujące: 1) czy przekłuwać wszystkie warstwy ściany tętniczej, czy też omijać błonę wewnętrzną (intima); 2) jaki jest najracjonalniejszy sposób czasowego zatamowania krwioobiegu w zaszywanej tętnicy. Materiałem używanym wyłącznie do szwu tętniczego jest jedwab, pierwotnie przez Jasinowskiego zaproponowany, wyższość jego nad kutgutem polega na łatwości wiązania mniejszej znacznie grubości nitki przy równej sile. Jeszcze

ważniejszą jest ta okoliczność, że jak przekonał się Jasinowski, nitka jedwabna silniej drażniąc tkanki daje silniejszy impuls do bujania tkanki łącznej i wskutek tego tworzy się od jedwabiu blizna ściany tętniczej silniejsza i grubsza, aniżeli od katgut. Igły używane są prawie wyłącznie Hagedornowskie małego kalibru, tylko Dörfler do swojej metody szwu proponuje zwykle krawieckie, proste i okrągłe igły, jako dające bardzo mały kanał ukłucia. Z pomiędzy wielu istniejących rodzajów szwu używa się wyłącznie kuśnierskiego, dla jego szybkości, możności ustalenia już zaszytej części, jak również dlatego, że przy szwie kuśnierskim możemy uniknąć chwywania, a więc i uszkodzenia, pensetą ściany tętniczej.

Ważnem, a nie zdecydowanym ostatecznie zagadnieniem jest, jakie warstwy ściany tętnicy mają być brane w szew. Jasinowski jest zdania, że błona wewnętrzna (intima) nie powinna być przekłuwana, ponieważ rytmiczne ruchy ścian będą rozciągając kanał ukłucia i mogą dać wtórny krwotok. Przy niepewnej aseptyce nitka sterząca w świetle tętnicy może być punktem wyjścia zakrzepu, powodu do niego zaś unikniemy, ukrywając nitkę pod normalną błoną wewnętrzną. Taż sama intima, jeżeli poprowadzimy igłę równolegle do wewnętrznej powierzchni tętnicy, wskutek bocznego parcia krwi, będzie przylegać do kanału ukłucia i zarazem go tamponować, nareszcie nie wchodząc igłą w światło naczynia unikniemy na pewno zadrapania lub skaleczenia przeciwległej ściany tętnicy. Dörfler, który jest gorącym obrońcą metody przekłuwania całej ściany tętnicy, podaje następujące motywy. Obawa przed zakrzepem jest przesadna, na 43 przypadki stosowaniu swej metody na zwierzętach, a więc w gorszych warunkach aseptyki aniżeli u ludzi, widział zakrzep tylko 5 razy. Obawa ażeby podwiązka nie przecięła się do światła naczynia jest zupełnie bezpodstawą, gdyż, jak dowodzą doświadczenia Tichowa zawsze jest odwrotnie, natomiast przekłuwając wszystkie warstwy ściany tętniczej, unikamy szwu zbyt płytkiego przez samą adventitia z następczem wytworzeniem tętniaka (Saboniejew), dalej metoda ta jako znacznie łatwiejsza technicznie daje się wykonać szybko i zarówno na grubych jak i na cieńszych tętnicach. Dodać jednak należy, że Jasinowski robił doświadczenia na cielecicach jako posiadających tętnice kalibru zbliżonego do ludzkich, Dörfler zaś na psach i ta okoliczność zapewne wpłynęła na odmienne ich poglądy na technikę zabiegu.

Technika czasowego zatamowania krwiobiegu w zaszywane tętnicy jest również nieustalona. Zaciskania tętnicy powyżej i poniżej rany gołą pensetą wyrzekli się już wszyscy, ze względu na obrażenie błony wewnętrznej spowodowane tym zabiegiem. Murphy podprowadza w dwóch miejscach od tętnicy grubą przewiązkę, nie zawiązuje jej, lecz trzymając za końce palcem przyciska do niej ścianę naczynia. Solterberg po przeprowadzeniu przewiązki, skręca ją powoli aż do skutku i utworzony kłębek przewiązki zabezpiecza od rozwinięcia się założeniem uciskadła tuż przy ścianie tętnicy. Dörfler postępuje w ten sam sposób, jak Solterberg, zastępując tylko przewiązkę paskiem gazy. Jasinowski wreszcie i Gluck używają umyśl-

nie w tym celu zbudowanego narzędzia. Jest to zaciskadło z rozdwojonemi na końcu gałęziami. Gałęzie te długie i obciążone gumą powinny zamykać się z umiarkowaną siłą. Z badań Dörflera nad wpływem wyżej opisanych metod ucisku na błonę wewnętrzną tętnicy wynika, że największe uszkodzenia w tunica intima wywołuje założenie pensety bez ochrony gumowej lub zwyczajna przewiązka; mniej silne lecz wyraźne pęknięcia można zauważyć przy metodzie Solterberga; najmniej uszkadzają tętnicę metody Murphy'ego, Dörflera, Jasinowskiego i Gluck'a. Idealnym sposobem, gdyby brak miejsca w ranie nie stał mu na przeszkodzie, byłby ucisk palcami na tętnicę.

Po zeszcyciu tętnicy i usunięciu uciskadeł, pozostaje do zatamowania krwotok z miejsc ukłucia, który zawsze ma miejsce, a siła, którego zależy od metody szwu; przy przekłuwaniu całej grubości ściany jest on naturalnie większy. Opanowanie tego krwotoku nie przedstawia poważniejszej trudności, a daje się ono przeprowadzić lub zapomocą drugiego piętra szwu zakładanego na adventitia naczynia, lub przez ucisk na krwawiące miejsce. Obwinawszy gazą palec uciskamy miejsce zaszyte o tyle, aby wyczuwać jeszcze lekkie tętnienie, zwolnione krążenie sprzyja utworzeniu się zakrzepu w kanałach ukłucia i w ciągu 2—10 minut krwotok ustępuje. Następnym momentem zabiegu jest staranne zaszcycie otwartej pochwy naczyniowej i nigdy zaniedbywać go nie należy dla dwóch powodów: w ten sposób otrzymujemy dodatkową tamę przeciw krwotokowi w razie nieudania się szwu i oddzielamy miejsce zaszyte od powierzchownej rany, która często ropieje, ze względu na warunki w jakich została zadana. Od tych samych warunków zależy, czy powierzchowna rana powinna być zeszyta lub też pozostawiona otworem.

Do wyżej opisanego postępowania nadają się wszystkie rany podłużne tętnic, z poprzecznych zaś i płatowych te, które zajmują mniej aniżeli połowę obwodu naczynia (Murphy, Dörfler) w przeciwnym bowiem razie nieodzowne zgrubienie ściany na miejsce szwu może wywołać silne zwężenie, a nawet zamknięcie się światła naczynia, prócz tego rany takie łatwiej dają początek tętniakom. Ażeby temu zapobiedz, Gluck i Nietze starali zeszcyciemu miejscu dać podporę w postaci protezy z odwapnionej rurki z kości słoniowej.

Przeciawszy zupełnie zranioną tętnicę, nasuwali na jeden koniec rurkę i skończywszy szew przesuwali ją na zaszyte miejsce. Próby te zostały porzucone od czasu ogłoszenia metody Murphy'ego. Polega ona na wgłębieniu centralnego odcinka tętnicy w obwodowy, przyczem dla ułatwienia rękożynu można obwodowy koniec rozszerzyć przez dodanie małego podłużnego cięcia. Zapewniwszy się o możliwości wprowadzenia jednego końca w drugi, nitką uzbrojoną na obydwóch końcach igłą przesywamy błonę zewnętrzną i średnią centralnego odcinka na odległości 4—5 mm. od brzegu, a następnie obydwie końce nitki przeprowadzamy od wewnątrz na zewnątrz przez całą grubość ściany obwodowego odcinka i ponad nim zawiązujemy oba końce.

Szwów tego rodzaju robi się na obwodzie naczyń zwykłe nie więcej, jak trzy.

Górne piętro szwu polega na zeszytciu brzegów zewnętrznej rurki z błonami zewnętrzną i średnią wgłębionej. Pochwa naczyniowa i tutaj powinna być zeszyta starannie. Murphy i Kimmel po jednym razie operowali tą metodą z powodzeniem.

A. Grużewski.

480. Bardenheuer. **Leczenie zastrzałów głębokich.** („Münch. med. Woch. Allgem. ärztlich. Verein zu Köln.“ № 39, 1900).

Cierpienie, wyszczególnione w nagłówku, zajęło uwagę autora z chwilą, gdy sam przed 1½ roku zapadł na nie (panaritium paratendinosum digiti III) i gdy, w następstwie kuracji, ma dziś palec sztywny, zgięty i do użytku niezdatny.

Wobec traktowania istic po macoszemu sprawy omawianej w podręcznikach, nie dziw, że metody operacyjne odznaczają się tu brakiem ściśle wytkniętych zasad. Jedni, bojąc się obnażenia ścięgna na całej przestrzeni, wykonywają liczne na palcu cięcia powierzchowne, inni jak Helferich, starają leczyć ranę zanadto aseptycznie. Chirurg ten do splukiwania używa tylko roztworu fizyologicznego soli kuchennej; po obnażeniu ogniska chorobowego zakłada do rany jedną jedyną tylko warstwę gazy jodoformowej, z wierzchu zaś kładzie opatrunek wilgotny, nasycony roztworem kwasu bornego. Gązka pozostaje w głębi w ciągu dni ośmiu nietkniętą, warstwy powierzchowne zmienia się codziennie. Możliwie wcześniej, po upływie np. dni 12, H. nakłada szew wtórny, wychodząc z tej zasady, że im dłużej trwa ropienie, tem blizna będzie większą i uratowanie funkcji ścięgna — trudniejsze. Sposób ten, mimo niektórych swych stron dobrych, nie może być wolnym od zarzutów.

B. wypełnia ranę przedewszystkiem większą ilością gazy; uznając, bez zastrzeżeń, niezbędność rozległego cięcia; zaznacza tylko, że uratowanie sprawności ścięgien nie jest, bynajmniej, zadaniem łatwym. W przypadkach np. takich, gdzie ropówka przedostaje się na przedramię, nieraz można ocalić ścięgno, zajęte pierwotnie, lecz funkcya jego przepada, a nawet pobliskie, sąsiednie, wtórnie chore ścięgna utracić mogą zdolność swą czynnościową. Wszystko zatem jedno, czy w razie rozległego pochwętek ścięgniastych ropienia, ścięgna dadzą się utrzymać, czy też ulegną zgorzeli. Tam jednak, gdzie sprawa zapalna w pochewce nie trwała długo, pomimo rozcięcia tej ostatniej na całej długości, udaje się uratować sprawność ścięgna dość często. Wątpliwą dalej jest wartość owego wczesnego nakładania szwu, do którego uciec się wypadnie w okresie chyba daleko późniejszym, po upływie 4-ch tygodni np. za zabieg bardziej pożyteczny należałoby uważać operację wytwórczą, dokonywaną celem pokrycia ścięgna. Tę ostatnią warto mieć na uwadze już podczas operowania ropówki,

to też autor, chcąc posiadać płat wystarczający dla pokrycia ścięgna, prowadzi cięcie zawsze opodal nieco od brzegu. W przypadku np. zastrzału wskaziciela prowadzić należy cięcie na brzegu palca promieniowym, t. j. w środku pomiędzy jego powierzchnią dłoniową i grzbietową. Ztąd idzie się nożem pionowo do tkanki łącznej i pochewki ścięgnistej, którą należy obnażyć. Jeżeli pochewka nie jest podminowana i zmieniona, przestaje się na obnażeniu zewnętrznej jej ściany tylko; gdy chodzi jednak o zastrzał ścięgnisty, trzeba otworzyć pochewkę na przestrzeni takiej, dokąd sięgają zmiany zapalne. Jeżeli błona maziowa jest zaczerwienioną mocno, jeżeli z części ośrodkowej pochewki wyciska się zabarwioną wydzielinę, należy prowadzić cięcie dalej ku górze, oszczędzając, ile można, włókna obrączkowe w obrębie członeczków stawowych. Dalej, jeżeli ścięgno samo nie jest zabarwionem i zgrubiałem, a wydzieliną nie zatrymuje się po za włóknami obrączkowymi, należy poprzestać na przecięciu więzów krzyżowych w okolicy członeczków. W tych razach, gdzie obrzmienie bolesne przechodzi na rękę, cięcie posunąć wypadnie aż do więzadeł stawu napięstkowego (lig. carpi volare proprium), a nawet dalej, zawsze w odległości 1 ctm. od brzegu promieniowego ścięgna. Po obnażeniu końca obwodowego torebki, otwiera się ją, gdy jest napiętą, a w razie mocnego zastojów w zmienionym zapalnie palcu, trzeba wiązadło w mowie będące przeciąć, szczedząc jednak błony maziowej. Operacja taka działa stanowczo dodatnio na wyrównanie krążenia krwi i limfy w okolicy chorej. Jeżeli, wreszcie, ropówka sięga głębiej jeszcze, dokonywa się wówczas i cięcia głębokiego, które dochodzić może, w razie potrzeby, aż do tkanki mięśniowej nawet.

Wtórnej operacji plastycznej autor dokonywa najczęściej tam, gdzie wobec wlokącego się długo okresu gojenia rany nieczystej, trzeba wyrzec się szwu. W 2-ch uwieńczonych powodzeniem przypadkach poprowadzono od cięcia podłużnego na dłoni długie na kilka centymetrów cięcie poprzeczne w kierunku ku brzegowi paluszka. Wytworzony w ten sposób płat ruchomy odwraca się ku przodowi w stronę pąznokcia, poczem łatwo już pokryć jest ścięgno, częściowo przynajmniej, i uniknąć powstania blizny ogromnej. W razie braku materiału skórniego E. Martin pokrywa ścięgna gołe zaszczerpionym metodą Thiersch'a naskórkciem. Plastykę taką uważać należy bezsprzecznie za najskuteczniejszy, ku ocaleniu funkcji palca zmierzający środek.

W powstałej ztąd dyskusji dr. Cahen zaznaczył, że w przypadkach roległego zapalenia ropnego w torebkach śluzowych ścięgien zginaczy właściwszem będzie wyłuszczenie chorego palca, rachuby bowiem na utrzymanie sprawności nie są pewne, a długość okresu gojenia skraca się drogą tą znakomicie. Metodę taką zaleca do pewnego stopnia i Plücker, dodaje jednak, że przypadki należy ściśle indywidualizować; nadto, jeżeli usuwa się palec trzeci lub czwarty, amputować trzeba jednocześnie i główki odpowiednich kości śródreżnych (capitula metacarpi), gdyż w razie przeciwnym, powstaje nader wydatne zmiejszczenie palców sąsiednich, co zmienia nie tylko

zarysy ręki, lecz wpływa ujemnie na jej siłę i sprawność czynnościową.

Rzeczą nader ważną jest wczesne, jeszcze w okresie gojenia, rozpoczynanie ruchów czynnych i biernych operowanego palca. To wyrabianie ruchów nastąpić powinno już po upływie dwóch, a najdalej trzech tygodni, licząc od chwili wykonania zabiegu, zaczynać zaś trzeba od lekkich ruchów czynnych zginania, by ścięgno mogło wyrobić sobie odpowiednie łożysko i nie zrastało się z kością.

W spostrzeżeniach, powikłanych przez rozszerzenie się sprawy zapalnej na przedramię, wyniki czynnościowe, jak rzekło się wyżej, są zwykle ujemne. Autor miał niedawno 4 takie przypadki. W jednym z tychże, zasługującym na uwagę bliższą, miano do czynienia z zastrzałem, który powstał na paluchu i wywołał zgorzel ścięgien jego zginaczy. Po oczyszczeniu się rany operacyjnej wycięto wtórnie całą świeżą tkankę bliznowatą, która wytworzyła się pomiędzy pojedynczymi ścięgnami wszystkich czterech palców, i wyosobniono każde ścięgno pojedyncze.

Te ostatnie okolone bliznami, były zbite w jeden kłęb zmienionych do niepoznania tkanek zapalnych, tak że z wielką trudnością tylko można się tu było połapać. Nie też dziwnego, że uszkodzono tu podczas operacji nerw środkowy (n. medianus), którego kawałek niepotrzebnie wycięto, poczem trzeba było nerw zeszywać. Obecnie ruchy chorej przedtem ręki są względnie zadowalniające. W przypadku tym należało dokonać ostatecznie rezekcji stawu napięstkowego, na skutek bowiem blizn, które zajmowały powierzchnię przednią przedramienia, ręka ustawiła się w położeniu zgięcia.

K. Niedzielski.

481. Joseph Müller (z Beckenried). **Przyczynę do zwichnięć nawykowych stawu ramieniowego.** („Münch. med. Woch.“ № 40, 1900).

Jakkolwiek zwichnięcie w obrębie stawu ramieniowego napotyka się często, nie rozporządzamy jednak dotąd typowem tegoż leczeniem operacyjnem. Fakt ten tłumaczyć sobie wypadnie przede wszystkim różnorodnością przyczyn, warunkujących zwichnięcie; w każdym jednak razie przyznać należy, że najskuteczniejsze wobec omawianego cierpienia leczenie chirurgiczne, zamkniętem jest, dotąd, przynajmniej w granicach ciasnych. Terapia, polegająca na stosowaniu tu specjalnych przyrządów, nie ręczy wcale za trwałość wyników; od promieni Röntgen'a, przy stanie techniki obecnym, również nie wiele można się spodziewać, to też wzbogacanie piśmiennictwa ogłaszaniem udatnych przypadków operowanych powinno być bardzo na czasie, tem więcej; że operacja jedynem jest wyjściem z rozpaczliwego, na pierwszy rzut oka, położenia.

W jednym z takich przypadków autor dokonał tego rodzaju operacji na ambulansie d-ra Kronacher'a z Monachium; miano tu do czynienia z 20-letnim chorym, który, przed pięcioma laty, pośliz-

gnąwszy się na moście i usiłując złapać się za poręcz, uległ zwichnięciu ramienia prawego. To ostatnie dało się wówczas jednak odprowadzić samo przez się na miejsce właściwe, a bóle i ograniczenie ruchów trwały zaledwie przez dni kilka. W dalszym ciągu, zażywając gimnastyki pokojowej, człowiek ów nie raz doświadczał zwichnięcia barku, za każdym jednak razem nastawienie skuteczniało się łatwo i bez pomocy lekarskiej. Od dwóch lat, wszelako, nawroty zaczęły występować bardzo często, mniej więcej, trzy razy w ciągu tygodnia. Na 8 dni przed konsultacją pierwszą chory wywichnął sobie ramię w nocy, przewracając się w łóżku, i wezwany tym razem lekarz dokonał repozycji z wielką trudnością. Po tym przypadku chory sam nalegał zaczął na jak najwcześniejsze wykonanie operacji, którą podjęto pod narkozą eterem.

W obnażonym od przodu i od strony jamy pachowej stawie nie znaleziono żadnych zmian natury zapalnej, urazowej lub jakichkolwiek zniekształceń w układzie kostnym. Torebka rozszerzoną była niezmiernie, wobec czego z części jej przedniej wycięto kawałek, długi na 4 i szeroki na $1\frac{1}{2}$ ctm., zwężenie w sposób ten osiągnięte uzupełnione zostało zapomocą nałożenia szwu fałdującego z fil de Florence. Rana zagoiła się przez rychłozrost; po upływie tygodni pięciu rozpoczęto ruchy. Obecnie operowany włada kończyną wyborźnie, wykonywa trudniejsze ćwiczenia gimnastyczne arcydokładnie, nie doświadczywszy już przez czas dłuższy nawrotu cierpienia ani razu.

Z przyczyn, usposabiających do powstawania zwichnięć ramienia nawykowych, autor wyszczególnia niektóre, jako zauważane częściej. Tu należą: niezupełne pęknięcie torebki zagojenie się, obecność nieprawidłowo dużego otworu, łączącego jamę stawu z torebką śluzową mięśnia podłopatkowego, złamania kości, odłupanie się brzegu panewki, brak w główce ramieniowej i t. p. Według Joessel'a, na skutek często powtarzających się zwichnięć ramienia mięśnie nad- i podgrzebieniowy odrywają się zupełnie od wzgórka większego (tuberculum majus) i, przesunąwszy się po za wyrostek barkowy (acromion), nie przyrastają już więcej do ramienia, a dzięki temu umocowanie dośrodkowe obu ciał stawowych staje się niedostatecznym bardzo. Zmiany te uważać można za czynnik bodaj najbardziej usposabiający do powstawania omawianej tu sprawy chorobowej.

Zabiegi chirurgiczne, do których w razach tych uciec się wypadnie, polegają na: a) zmniejszeniu rozszerzonej torebki przy niekniętem rusztowaniu kostnym i b) na wyrezekowaniu główki ramieniowej, jeżeli układ kostny nie jest prawidłowym. W czasach przedantyseptycznych, a niekiedy i dziś nawet, zwężenia torebki, dokonywano bez obnażania jej, t. j. starano się wywołać zmarszczenie bliznowate, a Hippocrates już radził przypalać tego rodzaju chorym jamę pachową żelazem rozpalonem. Genzmer dla wywołania zwężenia jamy stawowej zastrzykiwał doń nalewkę jodową i w dwóch spostrzeżeniach otrzymał wyniki bardzo dobre. Dalej, z prób pojedynczych należy zaznaczyć dwa zabiegi A. Richard'a, który wobec wyraźnego zwioteczenia torebki stawowej, rozszerzonej workowato, ściągnął ta-

kową 3-ma szwami kapciuchowemi, nałożonemi w odległości 2 cm. jeden od drugiego; wynik w obu przypadkach był trwały, a postępowanie to znalazło zwolenników wielu. Inni znowu, do których należy i Mikulicz, wycinają kawałek torebki i zmniejszają wymiary jej szwem. Jeżeli jednak przyrząd kostny, t. j. panewka lub główka ramieniowa, staje się przyczyną zwichnięcia nawykowego, wówczas wyzdrowienia i dobrej barku sprawności spodziewać się można tylko od resekcji. Tę ostatnią jeszcze przed stosowaniem aseptyki doradzał Hüter w przypadkach ciężkich; jednym zaś z pierwszych, który dokonał operacji tej z powodzeniem (resectio capitis humeri) był Cramer.

Spostrzeżenie to dotyczyło pewnej 30-letniej kobiety, u której znaleziono w jamie ciała stawowe i brak odpowiedni w główce ramienia. Dziś, gdy ścisłe postępowanie bezgnilne jest przestrzeganiem stale podczas wykonywania takich rękoczynów, dzięki czemu operowanie niebezpieczeństwem nie grozi, resekcya stawu barkowego wykonywaną winna być częściej, jak również zabieg nad torebką, je-dynie bowiem leczenie chirurgiczne jest skutecznem wobec zastarza-łego, w mowie będącego, cierpienia.

K. Niedzielski.

482. M. Horowitz (Wiedeń). **Cavernitis et lymphangoitis penis**
(„Wien. Med. Presse“ № 10, 1900).

Szereg różnorodnych spraw chorobowych dotyka nietylko powłok prącia, lecz i głębszych warstw jego, jak bielówki (tunica albuginea) i jamkówek (corpora cavernosa), skutkiem czego znajdująca się tu tkanka łączna buja, ściany naczyń grubieją, światło naczyń zwęża się i zamyka, a w rezultacie, zamiast miękkiej elastycznej, gąbczastej tkanki, otrzymujemy twardą łącznotkankową modzel; ta ostatnia niekiedy wapnieje lub kostnieje. Następstwem tego stanu jest utrata zupełna lub częściowa zdolności płciowej, gdyż krew nie dopływa do jamk lub wypełnia je niedostatecznie, a więc i wzwód prącia jest niepełny lub nieprawidłowy (skrzywienie łukowate lub pod kątem).

Ze spraw chorobowych, prowadzących do powyższego, na pierwszym miejscu należy postawić syfilis. Zdawna wiadomo, że jad tej choroby ze szczególnem upodobaniem czepia się naczyń (zwłaszcza chłonicy i żył) i wywołuje w nich zmiany swoiste. Nadto może dojść do bliznowego zniekształcenia prącia inną jeszcze drogą: objaw pierwotny syfilisu — wrzód twardy — w pewnych warunkach (phimosis, paraphimosis), wobec pewnego umiejscowienia (napletek, żołądź), i w razie niedokładnego leczenia — sprowadza głębokie i rozległe zmiany w tkankach, czego wynikiem może być zbliźnowacenie tkanki łącznej. Takie same skutki widzujemy w następstwie ulcera gangraenosa et phagedaenica. Z okresu trzeciorzędnego wymienić musimy kilaki (gummata) prącia; przedstawiają się one pod postacią kulistych, mniej lub więcej elastycznych nieprzesuwalnych guzów,

wielkości orzecha, drażących do tkanki jamistej, umiejscowionych w bruzdzie wieńcowej (sulcus coronarius) lub bardziej ku tyłowi. Pod wpływem leczenia swoistego wysysają się one niemal doszczętnie; zaniedbane — podlegają przemianom wstecznym i warunkują rozrost otaczającej tkanki łącznej; tworzy się wokóło guza gruba, bliznowa otoczka, — trwałe stwardnienie, które nie poddaje się leczeniu swoistemu i zostawia ślad pod postacią zniekształcenia organu.

Czy ziarniaki rzeżączkowe, osiedliwszy się w jamach prącia, mogą prowadzić do podobnych, jak wyżej opisane, zmian, — nie jest dostatecznie ustalone; wszakże, wnosząc z analogicznych przeistoczeń w ciele jamistem cewki, trzeba przypuszczać, że takie stwardnienia (indurationes) są całkiem możliwe. Przeciwnie nacieczenia cewkowe i okołocewkowe okresu ostrego i przewlekłego rzeżączki są niewątpliwym dowodem obecności rzeżączkowców; cóż przeto staje na przeszkodzie, by uznać niektóre postaci cavernitidis penis w przebiegu rzeżączki cewki za wywołane przez ten sam pasorzyt. Echtermayer i Posner opisali podobne przypadki, a Fürbringer i Klebs stanowczo widzą w rzeżączce (obok urazu) jeden z najczęstszych czynników, powodujących stwardnienia prącia.

Uraz należy do częstych przyczyn zapalenia jamkówek i następczego stwardnienia prącia. Najczęściej uraz następuje w czasie spółkowania i polega na nadmiernem rozciągnięciu członka, rozerwaniu bielówki, naczyń i ciała jamistego; na miejscu urazu tworzy się guz wydatny, który stopniowo zanika, pozostawiając po sobie ślad w postaci tkanki łącznej bliznowej, przekształcającej się z wolna w twardą model.

Zarówno rzeżączkowemu, jak i urazowemu zapaleniu jam towarzyszy zazwyczaj zapalenie naczyń chłonnych, niezwykle uporczywe w swym przebiegu. Widzimy wówczas i wyczuwamy na stronie grzbietowej prącia twardy, wijący się wężykowato, grubości tęgiej struny kiszkiowej, sznurek, biegnący od spojenia łonowego do bruzdy wieńcowej. Dwa odnośne przypadki przytacza autor w swej pracy, nadmienając zarazem, że takie zapalenia chłonic trafiają się często w przebiegu bardzo mocnych podrażnień śluzówki cewkowej.

Do rzędu czynników przyczynowych należą wreszcie zmiany starcze, zwłaszcza miażdżycy naczyń. Naczynia prącia, podobnie jak i całego ustroju, podlegają zmianom swoistym, właściwym wiekowi podeszłemu; odziedza wewnątrz (intima) rozrasta się, zwięzając światło naczynia, mięśniówka zanika, odziedza zewnętrzna (adventitia) grubieje, całe naczynie traci swą elastyczność. Autor mniema, że tych zmian wraz ze zmianami (bujanie) tkanki łącznej otaczającej naczynia, kosztem elementów swoistych, — wystarcza, by spowodzić upadek czynności płciowej osobnika. Na poparcie tego poglądu przytacza Horowitz dwa spostrzegane przez siebie przypadki, z których w jednym dały się wykluczyć, zarówno syfilis, jak rzeżączka i uraz, tymczasem po obu stronach prącia wyczuwały się blaszkowate stwardnienia, drażące do jam, zrosnięte ściśle z otaczającymi tkankami.

Co się tyczy cavernitidis penis opisywanej na gruncie dny i kurczycej, to pod tym względem autor niema doświadczenia i bliżej tych postaci nie rozbiiera. Pod względem leczniczym najpomyślniej rokować można o postaciach syfilitycznej i urazowej, o ile leczenie odpowiednie w porę zostało zastosowane. Postać starcza zwykle opiera się wszelkim zabiegom leczniczym.

W. Żurakowski.

483. H. Roché. **Wielokrotna próchnica zębów.** („Caries dentaires multiples“. „Le Progrès Médical“ № 29, 1900).

Roché stara się dowieść, że próchnica zębów nie jest chorobą zakaźną, rozwijającą się niezależnie od stanu całego ustroju, ale że jest ważnym objawem złego stanu ogólnego i może naprowadzić na myśl, że jakaś choroba zaczyna się w organizmie rozwijać. Autor przytacza przykład. Przyszła do niego kobieta z prośbą o poradę na próchnienie zębów. Roché znalazł 4 zepsute zęby, zresztą cały organizm był zdrowy. W sześć miesięcy później ta sama kobieta miała już 10 zębów zepsutych. Autor poradził jej udać się do swojego lekarza i ważyć się. Pokazało się, że ciężar ciała się zmniejszał, ale stan ogólny jeszcze nie był zły. W miesiąc później już pacjentka straciła 7 kilo, zepsutych zębów było 25 i rozwija się gruźlica lewego wierzchołka.

Przy tworzeniu się zęba fosforan wapnia przenika w komórki zębowe, tworzy się jądro mineralne, które rośnie, podczas gdy protoplazma wsysa się. Jeżeli podczas tej sprawy zmniejszy się z jakichś względów dowóz fosforanu wapnia, w każdej komórce zębowej zostaje się więcej, niż uależy, protoplazmy, na którą przedewszystkiem oddziaływają mikroby lub ich wytwory.

Może także ząb wyrosnąć prawidłowo, lecz później organizm na inne potrzeby pożyczca soli mineralnych od zębów. Do takich chwil krytycznych należy przeciążenie pracą umysłową, dojrzewanie płciowe, zamążpójście, brzemienność i karmienie piersią. Beaunis dowiódł, że na drugi dzień po wyczerpanej pracy umysłowej powiększa się łaknienie, szczególnie bierze ochota na chleb i jarzyny wskutek potrzeby fosforanów i potasu. U młodych ludzi, zdających egzamin, często wybucha próchnica zębów.

Kastracja powoduje czasem wydłużenie się szkieletu wskutek zwolnienia mineralizacji.

Wiele kobiet, należących do warstwy zamożnej, mają w tkankach bardzo mały zapas fosforanów. Wskutek tego gdy zostają matkami, organizm nie może wystarczyć na potrzeby nowe i sprawa może dojść do naruszenia kości i do osteomalacji. Tak powstaje próchnica zębów u kobiet brzemiennych.

Próchnienie zębów u kobiet karmiących ma ważne znaczenie, bo dowodzi, że organizm nie może wynaleźć w pożywieniu soli mineralnych, niezbędnych dla dziecka.

Choroby ostre źle wpływają na odżywianie się i wskutek tego mogą powodować zmiany w kośćcu. Robin dowodzi, że utrata soli mineralnych (*déminéralisation*) jest wyższa w pierwszym okresie gruźlicy płuc, niż później. Według autora, taka demineralizacya zwykle poprzedza nawet wybuch gruźlicy. Roché stwierdził w wielu spostrzeżeniach, że próchnica wielu zębów, która rozwinęła się w krótkim czasie, wynikała ze złego stanu ogólnego.

Gdy w przeciągu 6—18 miesięcy zepsuje się 6—15 zębów, należy, według autora, przypuszczać początek jakiejś choroby całego ustroju.

St. Muszyński.

484. L. Rydygier. **Mój najdawniejszy uwieńczony powodzeniem przypadek rezeceyi odźwiernika.** („Centralbl. für Chirurgie“ № 32, 1900).

Przypadek, na który autor powołuje się, dotyczy pewnej kobiety, której przed laty 19-tu dokonano częściowego wycięcia żołądka na skutek wytworzenia się tamże wrzodu okrągłego oraz zwężenia odźwiernika. Operowana wyzdrowiała, żyje dotąd i od czasu tego pięć razy zachodziła w ciążę.

Spostrzeżenie powyższe jest jednym więcej dowodem przekonującym, że rezeceyi odźwiernika, jako operacyi radykalnej, należy zawsze oddać pierwszeństwo przed gastroenterostomią tam, gdzie stan ogólny i miejscowy chorego pozwala na usunięcie zła doszczętne. Na poparcie twierdzenia tego przytoczyć można, zresztą, argumenty bardzo poważne. Doświadczenie poucza, że na tle wrzodu okrągłego i blizny dość często powstaje następczo nowotwór złośliwy i że nieraz, podczas operacyi nawet, trudno jest rozstrzygnąć, czy nie ma się już do czynienia z rozpoczynającym rakiem. A biorąc rzecz ściśle, takie tylko przypadki nadają się do operowania, gdyż, wobec posuniętej naprzód sprawy nowotworowej, to ostatnie musi być bezskutecznem. Tego rodzaju jednak usunięcie raka przypadkowe możliwem będzie w tych tylko warunkach, gdy rezeceyę wykonywać będziemy nawet w razie istniejącego wrzodu (*ulcus rotundum*). W omawianym przypadku badanie najszczegółowsze nie nasuwało przypuszczeń co do możliwości powikłania sprawy chorobowej przez raka, a jednak po operacyi wykryto, zapomocą drobnowidza, istniejące po brzegach wrzodu ogniska natury rakowatej. Drugą, przemawiającą za wykonywaniem rezeceyi zasadą jest względ taki, że gastroenterostomia nie zabezpiecza operowanego, bynajmniej, przed niebezpieczeństwem nader groźnego krwotoku z owrządzenia. Rezeceya zatem musi mieć i będzie miała pierwszeństwo, zwłaszcza gdy technika jej opracowaną zostanie lepiej; podejmować się zatem jej wykonania trzeba tam zawsze, gdzie stan sił chorego jest jeszcze względnie zadowalniający i gdzie miejscowo nie doszło do zrostów, zanadto rozległych.

Przypadek d-ra R., operowany w końcu kwietnia r. 1881-go i w roku następnym przedstawiony na Zjeździe chirurgów niemieck-

kich, ogłoszony został w swym czasie przez tegoż autora w czasopiśmie: „Berliner Klin. Wochenschrift“ i „Przegląd lekarski“. Chodziło tu o rozległy wrzód odźwiernika, który głęboko wdzierał się do trzustki wobec czego część jej trzeba było wyrezekować również. Drogą wycięcia płatu języczkowatego z tylnej ściany dwunastnicy udało się tamże linię szwu wydłużyć na tyle, że można było połączyć światło żołądka ze światłem dwunastnicy bez wytworzenia klinu i nakładania szwu okluzyjnego. Operowana ma obecnie lat 49.

K. Niedzielski.

485. E. Lexer. **Usunięcie włókniaka krezki połączone z rozległym wycięciem jelita cienkiego.** („Berl. Klin. Woch.“ № 1, 1900).

Usuwanie dużych guzów krezki należy do rzędu niebezpiecznych zabiegów, to też nie dziwno, że odsetka śmiertelności po tej operacji jest znaczna. Bégouin podaje 29 przypadków operowanych, a w tej liczbie 15 zakończonych śmiercią; Harris i Herzog zebrali 18 przypadków z 10 wyzdrowieniami (7 guzów łagodnych w tej liczbie, oraz 3 złośliwe). Przyczyną śmierci bywa najczęściej wstrząs lub zapalenie otrzewny; pierwszy jest zrozumiały, gdy weźmiemy pod uwagę, że usuwanie dużych nowotworów krezki, połączone z wycięciem sporego odcinka kiszkki, wymaga dużo czasu, a chorzy są najczęściej wyniszczeni i wiekowi; zapalenie otrzewny już to skutkiem tego rozwija się, że zabieg operacyjny trwa długo, narażając ten czuły narząd na zakażenie, już to dlatego, że szwy kiszki niejednokrotnie puszczają; przyczyną tego ostatniego zjawiska bywa niedostateczne odżywianie zespolonych odcinków jelita, gdy podczas wyłuszczenia nowotworu podwiązano grubsze naczynia i odcinki koźnienia krezki.

Przypadek opisany przez autora powiększył statystykę pomyślnie zakończonych operacji tego rodzaju. Dotyczył on 41-letniego, silnego mężczyzny, który poddał się operacji z powodu guza w brzuchu; guz stopniowo, od pół roku zauważony, powiększał się i to było pobudką dla chorego do usunięcia guza, bóle bowiem, które w pierwszych tygodniach dokuczały nieco choremu, a miały charakter bólów ciągnących, niekiedy kołących, ustąpiły z czasem zupełnie.

Na klinice Bergmanna rozpoznano twardy guz krezki, niewiadomej natury. Po otwarciu brzucha przekonano się, że guz pochodził z krezki ilei; na przodzie jego była przymocowana pętla jelita i wazki pasek krezki, której blaszki obie, rozdzielone, otaczały nowotwór, szypułę zaś guza tworzył korzeń krezki z rozszerzonymi do grubości palca naczyniami. Brak zmian w otrzewnie oraz powiększonych gruczołów kazał wnosić, że nowotwór jest łagodny. Postawiono usunąć guz doszczętnie. Ponieważ wypadło podwiązać lub obkłuć dużą liczbę naczyń w szypule, należało również wyciąć bardzo duży kawał jelita; wycięto go dwa metry. A jednak, autor, z obawy zgorzeli na końcach jelita skutkiem niedostatecznego odży-

wiania, zamknął światło obu odcinków szwem dwupiętrowym i wykonał entero-anastomosis, ułożywszy odcinki jelit w taki sposób, by kierunek ich ruchów robaczkowych był jednakowy. Chory wyzdrowiał i w 6 tygodni po operacji opuścił szpital.

Guz ważył 5 funtów, był prawie kulisty; z największym wymiarem poprzecznym 25 ctm. wynoszącym; pod drobnowidzem określono go jako włókniak, miejscami jako fibroma myxomatodes.

Pozbawienie człowieka dwumetrowego odcinka kiszki cienkiej nie pociągnęło za sobą skutków złych, co zresztą już niejednokrotnie stwierdzili inni. Tak, Ruggi usuwał 3 metry 30 ctm. jelita i to u 8-letniego chłopca; Montprofit wyciął podczas radykalnej operacji przepukliny pachwinowej ze zrostami 3 metry 10 ctm. kiszki; Shepherd, usuwając guz krezki, wyciął 2 m. 34 ctm. ilei oraz 6 cali jelita ślepego.

W. Żurawowski.

II. Choroby kobiet.

486. Vacek. **Czy można zamienić wymóżdzenie płodu żywego inną operacją.** („Časopis lek. ceskych“ № 14, 16, 1900).

Dnia 19-go marca r. b. w „Spółku céskych lékaru“ dr. Vacek wypowiedział odczyt na temat: „czy można zamienić wymóżdzenie żywego płodu na inną operację“.

Plodobójstwo lecznicze jest uważane za złe konieczne, ale wobec współczesnego rozwoju techniki operacyjnej, zdanie podobne nie ma już tyle uzasadnienia, ile go miało jeszcze przed 10-ciu laty.

Rozumie się, że wymóżdzenie żywego płodu bez niezbędnej potrzeby, dla pośpiechu, dla wygody, nie mówiąc już o celach karygodnych, winno być potępione, i na jego miejsce stosować należy rękożyny zachowawcze, mające na celu zachowanie życia matki i dziecka.

Do rękożyn tych należy: symfizeotomia, poród przedwczesnych, założenie kleszczy i cięcie cesarskie. Vacek, rozbiegając oddzielne te rękożyny, objaśnia ich dobre i złe strony na podstawie statystyki instytutu położniczego Praskiego. Od r. 81—89-go w 3 klinikach położniczych było 53,681 porodów. Z tych 171 było wywołanych przedwześnie z 7 (4%) zejściami śmiertelnymi matek i 77 (45%) płodów. Vacek, przyjmując pod uwagę śmiertelność dzieci tych i w późniejszym życiu pozamacicznym, powiększa śmiertelność płodów o 10%, czyli, że wynosić może ona 55%. Symfyziotomię wykonano 16 razy. Żadna matka nie umarła, dzieci 4, a więc 25%.

Co do zakładania kleszczy, to jakkolwiek są one w rękach doświadczonego akuszera doskonałym narzędziem nawet przy znacznie zwężonych miednicach, jednakowoż rękożyna ten nie nadaje się do statystyki, ponieważ wybór zależy od indywidualności operatora. O wysokich kleszczach wyraża się pochlebnie.

Cięcie cesarskie, które Baudeloque już w r. 1781 radził stosować zawsze zamiast wymóżdżenia żywego płodu, dopiero w najnowszych czasach, po wprowadzeniu anty- i aseptyki, przestało być operacją niebezpieczną. W obecnej chwili ogólnie przyjęte jest cięcie zachowawcze Saenger'a.

Statystyka przedstawia się tak: w końcu ubiegłego stulecia umierało po cięciu cesarskiem:

80—90% matek, od 1801 do 1860 — 63%, od 1860 do 1870 — 40%, od 1870 do 1880 — 28%, od 1880 do 1890 — 25%. W klinice prof. Pavlika od 1890 do 1899 roku miano 6—8% śmiertelności matek i 6% dzieci.

Statystyka wymóżdżenia, jaką Wyder podaje od 1880 do 1886 roku, w 168 przypadkach wykazuje 11 przypadków śmierci matek (8,3%); w 81 przypadkach t. j. w 50% wymóżdżono żywe płody.

Mówiąc o wymóżdżeniu, nie należy zapominać o przetokach pęcherzowo-pochwowych. Jako przykład fałszywego uczucia ludzkości, V. przytacza rozpowszechniony zwyczaj wyczekiwania z wymóżdżeniem, dopóki płód nie umrze. Niejedno pęknięcie macicy należy zawdzięczać takiemu wyczekiwaniu. V. na podstawie statystycznych danych i krytycznego przeglądu wymienionych rękoczynów wnioskuje, że wyniki wymóżdżenia żywego płodu w ogóle nie są lepsze dla matek od wyników symfizeotomii, przedczasowego porodu, kleszczy i cięcia cesarskiego. Z tych operacji najlepsze wyniki dla matek i dzieci daje cięcie cesarskie. Wyniki te pozwalają żądać, by w zakładach położniczych i szpitalach wymóżdżenia nie robić, a używać tej operacji chyba w praktyce wiejskiej i w ogóle tam, gdzie stan matki wymaga prędkiej pomocy, a warunki otoczenie nie pozwalają wykonać cięcia cesarskiego.

Dążność do zarzucenia płodobójstwa leczniczego i stosowania rękoczynów zachowawczych opiera się:

1) Na praktycznych wynikach, ponieważ podług danych statystycznych wyniki wymóżdżenia dla matek są podobne do wyników cesarskiego cięcia i reszty zachowawczych operacji, co zaś się tyczy dzieci, to wymóżdżenie daje 100%, cięcie cesarskie 6% śmiertelności.

2) Zarzucenie płodobójstwa ma podstawy moralne i prawne.

Wreszcie Vacek zwraca uwagę na przeszkody do operacji, a mianowicie na niezgadanie się na operację. Chęć uzyskania pozwolenia wpływa z odpowiedzialności lekarza, z przeświadczenia, że przystępuje do poważnego czynu, i z uznaniem osobitej swobody każdego człowieka. Ale potrzeba uzyskania pozwolenia nie opiera się na żadnym prawie, ani w Austrii, ani we Francji lub Niemczech — jest to tradycja.

W zasadzie należy zawsze uzyskiwać pozwolenie, ale zaniedbanie tego nie może być ścigane z mocy § 152, 156, 335 i 411 ustawy karnej (prawa austriackie). Prawo musi pozostawić lekarskim instytucjom rozstrzygnięcie sprawy, czy operacja była potrzebna i wykonana zgodnie z wymaganiami nauki. Lekarz zaś zawsze może bronić swego stanowiska, bo zamiarem jego było wyleczenie, do tego

potrzeba było operacji, ta zaś wykonana była wedle wymagań nauki. W debatach przyjęli udział: Boucek, Franta i prof. Rubeska.

Boucek przemawiał ze stanowiska lekarza-praktyka wiejskiego, którego prawie nigdy nie pytają, jaki będzie poród, lecz wzywają do samego porodu, kiedy już trzeba nakładać kleszcze. Chociaż podług szkoły Brauna wymożdzenie można robić wtenczas, gdy po trzech trakcyach główka się nie posuwa, to jednakże w praktyce musimy robić znacznie więcej trakcyi. W ciągu 20-letniej praktyki położniczej, będąc przy 400 z górą ciężkich porodach, B. musiał wykonać 19-razy wymożdzenie i ani jedna rodząca nie zmarła. Na podstawie 20 szczęśliwie wykonanych cięć cesarskich byłoby rzeczą nie racjonalną odrzucać wymożdzenie z tego względu, że kto robi wymożdzenie, ten dopuszcza się zbrodni. Lekarze, praktykujący w zakładach położniczych, mający wszystkie wymagane warunki pod ręką, inaczej na tę rzecz się zapatrują, aniżeli lekarz wiejski, pracujący w najgorszych okolicznościach. W podobnych warunkach wymożdzenie jeszcze na długo pozostanie rękoźnym niezbędnym.

Franta w przemówieniu swem zwraca uwagę na to, że Vacek na sprawę zapatruje się zanadto idealnie po akademicku, wybierając to, co teoretycznie jest najlepszem. Ale praktyka życia ma dużo przeszkód, których usunąć nie tak łatwo. Przedewszystkiem, co się tyczy zdania, że lekarz bez względu na matkę i rodzinę ma rozstrzygać o potrzebie cięcia cesarskiego, to Franta sądzi, że jest to słuszne przy wskazaniach bezwzględnych, ale zupełnie rzecz się ma inaczej wobec wskazań względnych, o których tylko mogła być mowa. F. nieraz napróżno namawiał mężatki, u których już wykonywano wymożdzenie i przedwczesne porody, na operację cięcia cesarskiego lub symfizeotomię. Sądzi, że bez ich zgody, nie miał prawa tego zrobić. Za to bez skrupułu można wykonać cięcie cesarskie u panny, która wybiera wymożdzenie, usuwające dziecko.

Vacek przychylnie wyraża się o wysokich kleszczach, ale wiadomo, że wyniki ich nie są zbyt dobre dla dziecka, zaś matce grozi poważne niebezpieczeństwo. W takich razach, gdy główka po kilku mocnych a ostrożnych trakcyach nie zstępuje, a rodząca nie zgadza się na cięcie cesarskie lub symfizeotomię, o ile rękoźny nie są dla innych powodów przeciwwskazane, można śmiało robić wymożdzenie. Obrót profilaktyczny z ekstrakcją zwłaszcza przy miednicach płaskich częstokroć z korzyścią także może zastąpić wymożdzenie żywego płodu.

Tak samo poród przedwczesny, o ile rzecz się nie tyczy bardziej zwązonych miednic, daje dobre wyniki. Co prawda, trudno jest porównywać statystyki przedczasowych porodów, ponieważ nie są oparte na jednakowych podstawach. L. Korn, z kliniki Leopolda, podaje, że w latach 1883—1887, na 45 przedwczesnych porodów (0,76% wszystkich porodów) urodziło się dzieci żywych 32, a z tych tylko 30 wypuszczono z zakładu po 10 dniach (66,6%). U pięciu rodzących conjugata v. nie miała 7,5 ctm.; z tych tylko jedno dziecko zostało przy życiu. Z 45 matek zmarła 1 — (2,2%). Podług Ahlfelda z 10 kobiet o conjug. v. niżej 7,5 ctm. — tylko jedna miała ży-

we dziecię. Korn ułożył statystykę 401 przedczasowych porodów z różnych klinik: 271 dzieci urodziło się żywych (68%). Ale z tej statystyki przyjąć można tylko 282 przypadki, w których jest wiadomy los dzieci, z tych 148 (52%) wypisano żywymi z kliniki. Śmiertelność matek była 2,9%.

Podług statystyki E. Braun-Herzfeld'a — przedwczesny poród w klinice C. v. Braun'a wykonano 54 razy na 23,911 porodów (0,2%). Z 48 dzieci, które żyły przed operacją, urodziło się żywych 35, ale wypisało z zakładu tylko 30 (62%).

Pięć razy wykonano przedwczesny poród przy conj. v. niżej 7,5; z tych jedno tylko dziecko zostało przy życiu. Z matek żadna nie zmarła.

Przeoglądając statystyki wymożenia widzimy, że na klinice C. v. Braun'a od r. 1881—1887 na 20,600 porodów wykonano je w 56 przypadkach (0,27%) i tylko przy miednicach zwężonych; na klinice Leopolda od r. 1883—1887 na 5510 porodów 68 razy (1,23%), na klinice prof. Pawlika od r. 1888—1893 na 5765 porodów 55 razy—0,95%.

Żywych dzieci wymożdzono w Lipsku 64%, w Berlinie (Charité) 55%, w Dreźnie 47,9%, w Pradze (klinika czeska) 29%, w Halle 25%, w Wiedniu (C. Braun) 12,5%.

Co do śmiertelności ze względu na samą operację, to na klinice C. v. Braun'a wynosiła 1,96%, u Leopolda i Pawlika zero.

Wyników cięcia cesarskiego nie można sądzić z niektórych ogólnych statystyk (do r. 1888 na 135 przypadków zachowawczego cięcia 25,56% śmiertelność).

Lepiej porównać statystyki oddzielnych operatorów. Leopold do r. 1888 — wykonał 23 cięcia z śmiertelnością 4,3%, Schauta do r. 1895 — 49 cięć z śmiertelnością 4,01%. Zweifel do r. 1899 — 67 z zejściem śmiertelnym w 1,49%, Franta wykonał 4 cięcia, z najlepszym wynikiem dla matek i dzieci.

W ogóle wyniki cięcia cesarskiego są bardzo dobre dla matek; rzecz też oczywista, że ta operacja najbardziej oszczędza dziecię. Inna sprawa, czy cięcie jest dla następnego zdrowia matki tak nieszkodliwe jak przedczasowy poród i perforacja. Cięcie, może w następstwie mieć różne niedogodności. Blizna w macicy może przy następnej ciąży rozciągnąć się i pęknąć, rana zrasta się niekiedy z ścianą brzusznią, siecią, kiszkami, co może za sobą pociągnąć różne zaburzenia; w bliźnie brzucha mogą powstawać przepukliny. Franta nie zgadza się zupełnie z Vackiem i myśli, że w pewnych warunkach wymożdenie żywego płodu nie tylko jest uprawnione, ale w interesach matki potrzebne. Co do wyboru między porodem przedwczesnym, wymożdeniem i cięciem cesarskim to należy sprawę rozstrzygnąć w sposób następujący: Jeżeli rodząca we właściwym czasie zwróci się do lekarza, można z powodzeniem zarządzić poród przedczasowy, o ile przy miednicach płaskich conj. v. nie jest mniejszą od 7,5 ctm., a przy miednicach ogólnie zwężonych od 8 ctm. Przytem należy mieć na uwadze wymiary i twardość główki.

Przy końcu ciąży o wyborze między cięciem i perforacją rozstrzyga wola matki, jej stan i stan dziecka. Jeżeli stan matki jest dobry, a są oznaki, że życie dziecka jest niepewne, robimy wymóżdzenie. Przy dobrym stanie dziecka należy perforować, gdy rodząca jest zakażona. Nawet gdy niema jasnych oznak zakażenia, lecz położnica była często badana przez niepewne osoby, gdy były już wykonywane jakie rękoczyny, a miękie części są ugniecione, lepiej jest zrobić wymóżdzenie. Cięcie zaś za wolą matki należy robić zawsze wtedy gdy wogóle położnica jest zdrowa, dziecię żywe i gdy operator dokładnie obznajmiony jest z techniką operacyjną i metodą aseptyczną.

Prof. Rubeska w ogólnych zarysach zgadza się z Vackiem, co do tego, że wymóżdzenie jest rękoczynem niepożądanym. Sam robi cięcie cesarskie, ale z ograniczeniami.

W odpowiednio urządzonych szpitalach i przytułkach, u kobiet niezakażonych nie należy robić wymóżdzenia, notabene, jeśli dziecko żyje i nie ma powodów myśleć, że wkrótce zemrze. Co się tyczy praktyki wiejskiej, podziela zdanie Boucka. Vacek zajął nieprzychylnie stanowisko względem porodu przedwczesnego. Z tem się Rubeska nie zgadza. Przedwczesny poród daje gorsze rokowanie dla dziecka, ale lepsze dla matki. Vacek uważa życie matki i płodu za wielkości równe, a sądzić tak nie ma się prawa, wiedząc, że 25% dzieci umiera w pierwszym roku życia. Chociaż przy porodzie przedwczesnym większa jest śmiertelność dzieci, niż po cięciu cesarskim, ale za to matka pozostaje nietkniętą, zręsty i t. p. niepożądane na przyszłość rzeczy. Kobieta odbyć może 8—10 sztucznych porodów, a trudno przypuszczać, by pozwoliła wykonać 10 razy cięcie cesarskie.

Rubeska przy względnych wskazaniach do cięcia cesarskiego wybiera przedwczesny poród.

Od r. 1892 na klinice swej Rubeska miał 95 wymóżdzeń; śmiertelność kobiet, — o ile nie były już zakażone, — równała się zeru.

Co do symfizeotomii, to tę robi u wielorodek, a nie u pierwiastek ze względu na groźące uszkodzenia części miękich.

Z 15 symfizeotomii żadna matka nie zmarła, a z dzieci jedno zmarło wskutek asfiksyi, drugie wskutek przepukliny przeponowej; wiele matek R. widział w kilka lat potem: żadnych dolegliwości nie doświadczały.

Od r. 1892 było 63 przedwczesnych porodów; żadna matka nie zmarła, dzieci wyprawiono żywych 65%. Cięć cesarskich wykonano 19; jedna matka zmarła na posocznicę.

A więc, gdy wszystkie inne operacje dały śmiertelności matek = 0 z 19 cięć cesarskich, wykonanych w dogodnych warunkach, jedno dało śmiertelne zejście.

Z tego wypływa, że rękoczyn ten ze wszystkich jest najpoważniejszy, nie przyjmując nawet pod uwagę następstw jakie po przyjsciu do zdrowia mogą zachodzić.

W odpowiedzi Vacek zaznaczył co następuje:

Zdania, że wymóżdzenie jeszcze na długo pozostanie w repertuarze wiejskiej praktyki nie odrzuca; jeśli nie myśli bynajmniej, iż życie płodu równe jest życiu matki, to uważa, że nie należy życia płodu lekceważyć.

Profilaktycznemu obrotowi nie poświęcił większej uwagi, ponieważ głównie mu szło o porównanie wyników cięcia cesarskiego z wynikami wymóżdzenia żywego płodu. Kładzie nacisk na to, że zgoda lub niezgodzenie się na operację — nie jest ujęte przez jakiegokolwiek bądź prawo, ani rozporządzenie, i lekarz ma tu szerokie pole do działalności na korzyść chorych, bez uszczerbku wymagań ludzkości.

Sz. Kussobudzki.

486. M. v. Strauch. **Mięśniak w okresie płodności.** (Das Myom in der Fortpflanzungsperiode. „Samml. Klin. Votr.“ № 277, 1900).

Z 5 własnych przypadków i bogatej, dotyczącej omawianego przedmiotu, literatury wyprowadza autor następujące wnioski. Mięśniaki macicy rzadziej, niż to należałoby przypuszczać, przeszkadzają zajściu w ciążę, zresztą jako bezpośrednia przyczyna małej płodności nie są jeszcze dokładnie zbadane. Mięśniaki w początku ciąży rosną prędko, później zaś, kiedy płód potrzebuje dla własnego rozwoju więcej materiału, wstrzymują swój wzrost, a nawet niekiedy maleją.

Mięśniak wkliniowany w małą miednicę sam przez się cofa się ku górze i pozostawia wolne przejście dla płodu; odprowadzenie mięśniaka dozwolone jest tylko w razie ciężkich objawów uwięźnięcia i o ile możliwości pod koniec ciąży; nawet przy łatwym odprowadzeniu trzeba być przygotowanym do laparotomii (krwawienie do jamy brzusznej). Przed otwarciem jamy brzusznej nigdy niewiadomo, czy macicę da się utrzymać, a według najnowszej statystyki nawet w razie szczęśliwego usunięcia mięśniaka w 22,9% następuje poronienie. Należy unikać operacji mięśniaków od strony pochwy, ponieważ jeszcze częściej następuje przerwanie ciąży. Sztuczne poronienie i poród przedwczesny należy wykreślić z szeregu dozwolonych przy mięśniakach operacji.

O ile zachowawczo należy postępować w ciąży, o tyle czynnie i energicznie trzeba działać w porodzie, jeżeli występują zbożenia od normy, wtedy zawiśkie zaufanie do sił natury naraża na niebezpieczeństwo życie matki i dziecka. Tylko często występującym pierwotnym i wtórnym osłabieniom bólów skurezonych macicy mięśniakowej trzeba przypisać, iż dotąd nie spostrzegano jej pęknięcia. Przy zalegających drogę mięśniakach nie należy forsownie dokonywać operacji położniczych (kleszcze, obrót), w takich przypadkach bezpieczniejszą dla matki i płodu drogą — jest laparotomia.

Ciężkie wyluszczenie i kawalkowanie mięśniaków przez pochwę w porodzie nie zalecają się ze względu na następcze obfite krwawie-

nie i utrudnione tamowanie tegoż i późniejsze jeszcze rozwiązanie. Idealnym zabiegiem jest zachowawcze cięcie cesarskie: usunięcie mięśniaka, żywy płód i pozostawienie normalnego narządu rodnego. Nie należy pozostawiać mięśniaków i dokonywać kastracyi ze względu na niepewność tego zabiegu. Jeżeli macica ma być usunięta, to według autora w czystych przypadkach najlepsze wyniki daje operacya z wyboru — amputacya nadpochwowa. W razie zakażonego przypadku ciąży lub porodu i włókniaaka wobec śmierci lub niezdolności do życia płodu, należy, po gruntownem odkażeniu pochwy i szyi, ostatnią zaszyć i zakończyć zabieg zupełnem wycięciem nieopóźnionego narządu rodnego. Jeżeli zaś płód żyje i jest zdolny do życia, to pomimo zakażenia, naprzód robi się na wytoczonej przez powłoki brzuszne macicy cięcie cesarskie i następnie dopiero zupełne wycięcie tejże.

Niebezpieczeństwa w położu przy mięśniaku są przesadzone; zwykłe przy rozumnym wyczekiwaniu nie bywa żadnych zaburzeń. Poród powikłany mięśniakami, które naruszają normalny przebieg, należy do kliniki; kierujący takim porodem musi być obeznany tak z położnictwem jako też i chirurgią brzuszną.

Wł. Staniszewski.

488. Dr. Oskar Beuttner. **Przyczynk do leczenia niezupełnego poronienia.** (Zur Behandlung des unvollständigen Abortus. — „Wiener Klinik.“ 5 Heft. 1900).

Najbardziej sporną kwestyą w nauce o poronieniu jest samo jego leczenie. Jedni odrzucają bezwzględnie łyżeczkowanie i uznają palec za najodpowiedniejsze narzędzie w celu usunięcia z macicy pozostałych po poronieniu resztek jaja płodowego, inni znów zalecają w tym celu łyżeczkę. Autor na zasadzie 40 leczonych przez siebie przypadków niezupełnego poronienia w 1 do 6-go miesiąca ciąży jest gorącym zwolennikiem używania łyżeczki, jako środka działającego niezawodnie i usuwającego wszystko, co bez szkody dla chorej usunąć należy. Pomimo to jednak autor staje na gruncie neutralnym i przyznaje, że wszelkie metody lecznicze: usunięcie resztek zapomocą palca, łyżeczkowanie, tamponowanie i t. d. powinny się uzupełniać. Zabieg ręczny powinien być stosowany przy podatnych ścianach brzucha, przy drożności kanału szyi dla palca i łatwem dojściu tegoż do miejsca przyczepu łożyska. Przy tem wszystkim chora nie powinna być zbyt wrażliwą, a macica powinna być łatwo zsuwalną ku dołowi. Świeże sprawy zapalne w miednicy są przeciwwskazaniem dla stosowania tego zabiegu. Odgrywają ważną rolę w tej kwestyi anatomiczne i czynnościowe własności ręki lekarza, jako też jej czystość (aseptyka). Gorąco zaleca autor lekarzom praktycznym oswojenie się z łyżeczką.

Przytaczamy tutaj za autorem tabelkę, z której wynikają zale-
ty stosowania łyżeczki w porównaniu ze stosowaniem palca :

Łyżeczkowanie.	Usuwanie resztek z po- mocą palca.
1. Niezbyt bolesne.	1. Zwykle bardzo bolesne.
2. Może być wykonane przy sto- sunkowo wąskim świetle ka- nału szyjowego.	2. Często trzeba rozszerzać kanał szyi.
3. Narkoza niepotrzebna.	3. Narkoza często potrzebna.
4. Rzadko wpływa na rozszerze- nie spraw gnilnych na drogi limfatyczne.	4. Ułatwia rozszerzenie spraw gnilnych w macicy na jej dro- gi limfatyczne.
5. Odpowiada daleko więcej zasa- dom aseptyki.	5. Ułatwia zawleczenia zarodni- ków z pochwy do jamy macicy.
6. Daje dobre wyniki nawet przy powikłaniach jako to: coxitis, uterus arcuatus bicornis, świe- że zapalenie w miednicy.	6. Nie możliwe absolutnie w przy- padku powikłań.
7. Łyżeczkę można wyjąłować.	7. Palec dokładnie wyjąłowany być nie może.

Wł. Staniszewski.

489. L. Gustave Richelot. **O leczeniu raka macicy.** (Ueber die Behandlung des Gebärmutterkrebses. „Wien. Med. Presse“ № 37, 1900).

W odczycie pod powyższym nagłówkiem, wypowiedzianym na tegorocznym zjeździe międzynarodowym lekarskim w Paryżu, autor zaleca doszczętne wycięcie macicy przez pochwę jako racjonalną, bezpieczną i skuteczną metodę leczenia raka macicy. Rak długo pozostaje cierpieniem miejscowym i ten okres rozwoju, kiedy komórki nowotworowe nie zapełżyły poza dotknięty narząd, daje zupełnie pomysne rokowania co do wyleczenia trwałego. Autor miał 6 przypadków śmierci na 100 operacji. Ott nie miał nawrotu po operacji po 12, 11, 10, 8 i 6 latach, Landau po 9¹/₂, 8 i t. d. latach, Ledentu i Pozzi po 6 latach. Autor miał jedną chorą 12¹/₂ roku po operacji bez nawrotu, druga w 12 lat po operacji zmarła na apopleksję, i za trwałe wyleczenie pooperacyjne uważać należy dłuższe okresy bez nawrotu, niż przyjmują niektórzy autorowie.

Co się tyczy doszczętnego wycięcia macicy drogą brzuszną (przez coeliotomię), to autor uważa tę metodę za postęp techniki operacyjnej, nie nadaje jej jednakże takiego ważnego znaczenia, jak to czynią niektórzy chirurgowie. Są pewne granice, kiedy można liczyć na trwały skutek po operacji, przerzuty rakowate w tkankę łączną, gruczoły limfatyczne i t. d. nie dadzą się tak doszczętnie usunąć z małej i dużej miednicy, jak to ma miejsce naprzykład przy doszczętnem operowaniu raka sutki, gdzie można bezkarnie usunąć po-

kłady tłuszczu z gruczołami zajętemi przez nowotwór, powięź, a nawet i tkankę mięśniową. Zapewne rozwój raka zależny jest od wielu okoliczności, jedne raki prędzej rosną, inne wolniej; jednakowej natury nowotwory rozmaicie zachowują się u rozmaitych chorych. Prawdziwie skutecznym zabiegiem jest ten, który zapobiega nacieczeniu rakowatemu, metoda zaś operowania, mająca na celu zwalczanie nowotworu jest tylko paliatywem. *Wł. Staniszewski.*

III. Wiadomości terapeutyczne.

490. — j. z. — **Gastroenteritis.**

W biegunkach u dzieci Bailey zaleca znów kwas mleczny, jako środek przeciwnilny, w następującej postaci:

Rp. Acidi lactici 2,0

Syrupi 20,0

Aq. destillatae 100,0

MDS. Łyżeczka kawianna co $\frac{1}{4}$ godz. 5—8 razy dziennie.

(Mün. Med. W. 43).

491. — j. z. — **Thermotherapia.**

Tiem przypisuje termoterapii wielkie znaczenie w leczeniu najrozmaitszych cierpień chirurgicznych: w cierpieniach stawów, przy bolesnych bliznach w stawach zapalnych. Ciepło stosuje bądź za pomocą aparatu Krausego (suche powietrze 80—140° C.), za pomocą miejscowych kąpeli parowych (60—80° C.), kąpeli borowinowych. Przeciwwskazanie stanowią osłabienie ogólne, choroby serca, cierpienia gruźlicze stawów, rozszerzenie żył na nogach.

(Monatsh. f. Therapie 3.).

492. — j. z. — **Bronchitis foetida.**

W „Progrès méd.” podaje Pareeté następuje proszki przeciw bronchitis foetida:

Rp. Plumbi acet neutr.

Terpin aa. 3,0

Pulv. Doveri 2,0

M.f.pul. № 12. S. 3—4 prosz. dz.

493. — j. z. — **Anaesthesia.**

Leguen i Kendirgy w 57 przypadkach stosowali wstrzykiwania eukainy (9) i kokainy (48) do worka lędźwiowego rdzenia. Chorego usadawia się na stole operacyjnym, okolicę lędźwiową należy wyjałowić, poczem skórę znieczulić chlorkiem etylu. Następnie wkłuwamy igłę między 3 przestrzeń międzykręgową; po ukazaniu się kilku (8) kropli płynu mózgodzeniowego wstrzykujemy i ranek zaklejamy kollodyonem. Dawka średnia 0,02 kokainy = 1 ccm. 2% roztworu. Po 10 minutach znieczulenie, które trwa 1—1½ godziny. Dokonano 5 operacji na kończynach dolnych, 9 radykalnych operacji przepuklin, 12 na kroczu, 1 laparotomię, 2 przy apendicitis.

W 12 przyp. wystąpiły bóle głowy, w 24 wymioty.

IV. BIBLIOGRAFIA.

Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Napisał Dr. Jan Sędziak (z 45-ma rysunkami w tekście). Warszawa. 1900. Nakładem autora. Str. 327 + III. Praca poświęcona Wszechnicy Jagiellońskiej w 500-letnią rocznicę jej założenia.

Kol. Sędziak wzbogacił nasze piśmiennictwo nową swą pracą—podręcznikiem oryginalnym, który wydał własnym nakładem.

Obecna praca kol. Sędziaka stanowi drugą część podręcznika chorób górnego odcinka dróg oddechowych i obejmuje choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku. Dzieło to, jak to i sam autor w przedmowie zaznacza, jest pierwszym u nas, gdyż dotąd w dziale laryngologii piśmiennictwo nasze nie posiadało pełnego podręcznika.

Wydając swą pracę, kol. Sędziak zasłużył się przedewszystkiem tym, którzy nie znają języków obcych; a zasługa jego jest tem większą, że dotyczy działy medycyny, który u nas w wykładach klinicznych jest pomijany.

Jak każdy podręcznik, i obecna praca kol. Sędziaka jest pracą kompilacyjną. Nie brak w niej jednak wielu własnych poglądów autora, który w wielu działach zaznacza swoje osobiste doświadczenie, podając liczne spostrzeżenia kazuistyczne, dane statyczne i wskazówki lecznicze.

Autor w pracy swej uwzględnił tylko najważniejsze prace z piśmiennictwa zagranicznego, wyczerpująco natomiast zebrał i odnotował prace naszych autorów.

Pracę swą podzielił kol. Sędziak na 3 części. W pierwszej — ogólnej — autor traktuje anatomię jamy ustnej, gardzieli i przełyku, układ mięśniowy, histologię, układ naczyniowy, nerwy, ważniejsze dane z historii rozwoju, fizyologię. W części drugiej opisuje badanie jamy ustnej, gardzieli i przełyku, etyologię ogólną chorób jamy ustnej, gardzieli i przełyku, symptomatologię ogólną i wreszcie ogólną terapię. W trzeciej części — szczegółowej — omawia wady wrodzone i nabyte, sprawy zapalne ostre, sprawy zapalne przewlekłe, cierpienia konstytucyjne, nowotwory, obrażenia, krwawienia, ciała obce i złogi, pasorzyty zwierzęce i roślinne, sprawy analogiczne do zmian na skórze, zaburzenia nerwowe, wreszcie zaburzenia, występujące w cierpieniach ogólnych.

Przeznaczając swą pracę dla studentów i lekarzy-praktyków, kol. Sędziak w podręczniku swym niezbyt może drobiazgowo opracował takie sprawy, z którymi lekarz-praktyk najczęściej miewa do czynienia, jak np. przewlekłe zapalenia gardzieli i zaburzenia ner-

wowe. W pracy tej również może za mało szczegółowo opracowaną została dyagnostyka różniczkowa gruźlicy gardzieli, syfilisu i raka przełyku. A przecież ze sprawami temi, niestety, tak często mamy do czynienia. Autor często bez potrzeby powtarza się, omawiając etiologię i anatomię patologiczną gruźlicy, syfilisu i nowotworów. Ustępy, dotyczące leczenia każdej poszczególniej sprawy, są nie dość jednakowo traktowane. W wielu razach kol. Sędziak omawia je zbyt pobieżnie, w innych zaś wylicza całe szeregi środków, nadmienając, że każdy z wyliczonych leków ma być doskonały, co niejednokrotnie może wprowadzić w błąd lekarza — niespecjalistę.

Podręcznik jest napisany zwięźle i jasno.

Język wogóle dobry, choć często może razi niektórymi wyrażeniami i zwrotami.

Spodziewać się należy, że w drugim wydaniu autor pracę swą wyda bez tych usterek.

Wogóle jednak obecna praca kol. Sędziaka pozostawia bardzo dobre wrażenie i powinna znaleźć się w rękach lekarzy-praktyków, którzy znajdą w niej cenne nieraz wskazówki.

Książka zawiera 45 rysunków w tekście.

Aug. Łogucki.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— b. — **Kasa Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostających.** W dniu 30 listopada r. b. odbyło się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ogólne zebranie członków Kasy Wsparcia, na którym Komitet składał doroczne sprawozdanie ze swych czynności za rok 1899. Po zagajeniu posiedzenie przez prezesa d-ra Stanisława Markiewicza, dr. Maryan Jakowski, zarządzający Kasą Wsparcia, odczytał przedewszystkiem główne szczegóły ze sprawozdania wydrukowanego, które wszystkim członkom Kasy w myśl ustawy zostało poprzednio rozesłane. Ze sprawozdania dowiadujemy się, że Kasa Wsparcia istnieje przy Towarzystwie Lekarskiem od r. 1857; że Komitet odbył w roku sprawozdawczym posiedzeń 10, mianowicie 9 zwyczajnych i jedno sprawozdawcze. Z liczby 841 członków Kasy zmarło w ciągu roku 15, wykreślono 19, przybyło nowych członków 43, z końcem r. 1899 liczyła Kasa Wsparcia członków 850. W ciągu r. 1899 otrzymała Kasa ofiary następujące: 1) Od d-ra Alfreda Sokołowskiego rb. 3,500 w obligacyach m. Warszawy na fundusz stały imienia zmarłej jego żony Zenobii Sokołowskiej. 2) Od d-ra Aleksandra Wojciechowskiego z Mitawy rb. 100 na powiększenie funduszu żelaznego (fundusz ten z końcem r. 1899 wynosił rb. 39,188 kop. 9, a wraz z innymi funduszami specjalnymi wynosi obecnie rb. 64,190 kop. 90). Do funduszu ruchomego wpłynęły w r. 1899 dość znaczne ofiary jednorazowe, które wyniosły ogółem sumę rb. 1,231

kop. 84, oraz składki terminowe członków Kasy w sumie rb. 4,118 kop. 15. Procenty tak od kapitału żelaznego, jako też od funduszów stałych specjalnych, pochodzących z zapisów d-ra Jana Bącewicza, d-ra Feliksa Jabłonowskiego, d-ra Józefa Torąńskiego, Henryka Czekińskiego, Emilii Fukier, Teofli Koczorowskiej, wreszcie od kapitałów ofiarowanych przez d-rów Juliana Kosińskiego i Alfreda Sokołowskiego — wyniosły wogóle sumę rb. 4,203 kop. 77. Ze wszystkich tych źródeł udzielono w r. 1899 wsparcia 102 osobom i rodzinom w ogólnej sumie rubli 8,455 kop. 93 (więcej o rb. 624 kop. 64 aniżeli w r. 1898).

W końcu sprawozdania drukowanego dodano wiadomość treściwą lub szczegółową o funduszach, z których udzielane są wsparcia i o porządku wnoszenia próśb jako też wiadomość o zapisywaniu się na członków Kasy.

— st. — W dniu 3 grudnia r. b. obchodził jubileusz 25-letniej pracy zawodowej kol. Franciszek Kosicki, chirurg, ordynator szpitala Św. Kazimierza w Radomiu. „Gazeta Radomska“ poświęciła jeden numer temu jubileuszowi zasłużonego lekarza i zacnego człowieka, a licznie zebrani mieszkańcy obchodzili to święto uctwą w miejscowej resusie. Szanownemn Jubilatowi załączamy serdeczne życzenia dalszej owocodajnej pracy dla społeczeństwa.

— h. — Do osady Koziegłowy gub. piotrkowskiej potrzeba lekarza. Gmina zapewnia 500 rubli rocznie. Bliższych szczegółów udzieli pan Juraszyński, Sosnowa 9 m. 8.

NEKROLOGIA.

S. p. Bronisław Wagner.

Dnia 9-go grudnia r. b. zmarł w Warszawie po krótkiej i ciężkiej chorobie w kwiecie wieku męzkiego doktor Bronisław Wagner.

Urodzony w mieście Słucku (gub. mińska) w roku 1866, jako syn profesora gimnazjalnego, po ukończeniu nauk szkolnych w Warszawie, wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego, który ukończył w r. 1894. W celu dalszego wydoskonalenia się pracował, jako asystent, w szpitalu Dz.-Jezus, a w wolnych chwilach obznajmiał się z chorobami ocznymi w jednej z lecznic. Poczem, zostawszy lekarzem miejskim w Zakroczymiu, oddał się praktyce w zamiłowanym zawodzie. Wiedza lekarska, sumienność, takt i serce w postępowaniu z chorymi zjednały Mu niebawem zarówno rozgłos szeroki, jako też i miłość oraz szacunek we wszelkich warstwach ludności tamecznej.

Ze wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej najbardziej upodobał sobie oftalmologię, mimo więc żalu Zakroczymian, opuścił to miasto, przeniósł się na stały pobyt do Warszawy i tu, nie bacząc na trudne warunki materyalne, nie wahał się wstąpić, jako asystent, do jedne-

go z oddziałów w Instytucie oftalmicznym im. ks. Edwarda Lubomirskiego. Było to w początku r. 1897. Tu miałem możność bliższego poznania ś. p. Bronisława Wagnera, gdyż od tej chwili aż na tydzień przed śmiercią nie zaniechał pracy w Instytucie. Nietylko zapisał do studyów oftalmologii, nietylko sumiennosc we wszechstronnem badaniu chorych, powierzonych Jego pieczy, lecz nadewszystko wysokie zalety serca przy niezłomności charakteru zjednały Mu zasłużoną przyjaźń serdeczną wśród bliższych, a szacunek wszystkich, którzy z Nim obcowali.

Wiedza i wysokie zalety moralne ś. p. Bronisława wyrobiły Mu szybko uznanie i w szerszych kołach kolegów: niebawem został przyjęty w poczet członków komitetu redakcyjnego, „Kroniki Lekarskiej“, a we wrześniu r. 1898 powierzono Mu kierownictwo oddziału ocznego w Warszawskim Szpitalu dla Dzieci. Tam znalazł szersze ujście dla pracy samodzielnej. Wkrótce pod Jego kierunkiem ambulatoryum oczne tego szpitala zasłynęło jako jedno z najlepiej prowadzonych w Warszawie, a Jego oddział szpitalny — mimo powiększenia liczby łóżek — stale był przepelniony chorymi tak, że Zarząd szpitala, poznawszy obfitą w dobroczynne skutki działalność ś. p. Bronisława Wagnera, widział się zmuszony zaprojektować wystawienie osobnego pawilonu na kilkadziesiąt łóżek specjalnie dla chorych ocznych. Owoce tej pracy były dumą nieboszczyka, który dokładał ze swej strony wszelkich starań, aby przyspieszyć urzeczywistnienie tego zamiaru.

W listopadzie r. 1899 mianowany został lekarzem ambulatoryum w Instytucie oftalmicznym.

Ożeniony z córką d-ra Stępniewskiego, właściciela Instytutu szczepienia ospy ochronnej, ujrzał się w ostatnich czasach zmuszonym z powodu obłożnej choroby teścia do objęcia naczelnego kierunku tego zakładu. I na tem stanowisku, dzięki wiedzy i pracy oraz wysokim zaletom charakteru, wyróżnił się dodatnio, a zakład, którym kierował, postawił na stopie pierwszorzędnej, co Mu zjednało i na tej drodze zasłużony rozgłos.

Mimo tyloliczne a różnorodne zajęcia, pracował, ile czasu i sił starczyło, w kierunku naukowym. Wszystkie najnowsze zdobycze wiedzy lekarskiej nie były Mu obce. Prócz wielu sprawozdań i streszczeń, ogłosił w roku zeszłym w „Kronice Lekarskiej“ pracę oryginalną: „O wążrze ocznym na podstawie danych statystycznych, opartych na materyale szpitalnym (Instytutu Oftalmicznego) za okres czasu od 1/IX 1870 roku do 1/IV 1899 roku“. Ta mozolna praca, oparta sprostyczniami własnymi, najlepiej świadczy o sumiennosci autora, tudzież o Jego uzdolnieniu specjalnem i pisarskiem.

Śmierć zaskoczyła ś. p. Bronisława Wagnera w chwili największego napięcia pracy — nietylko bliżsi Mu, lecz i instytucye, którym służył, poniosły stratę olbrzymią.

Przy kreśleniu wspomnienia pośmiertnego serce boleścią nabrzmiwa, a cóż dopiero, skoro się żegna człowieka, który jeszcze przed tygodniem zdrów i w pełni sił stał przy wspólnej pracy dla dobra bliźnich, który od lat kilku codziennie był przy tej pracy

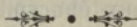
wiernym towarzyszem, który zawsze miał serce dla wszystkiego, co dobre, a sąd łagodny i wybaczący na przywary, ujemne strony bliźnich.

Żegnaj mi, druhu serdeczny! wierny towarzyszu pracy! Niech Ci ziemia lekka będzie! Niech ten szczerzy wyraz rzetelnego uznania, jaki zostawiasz wśród tych kolegów, którzy Cię otaczali, będzie osłoda dla osieroconej Rodziny Twojej. Dobre imię, jakie wśród społeczeństwa zostawiasz, niech koi boleść, którą śmierć Twoja wywołała.

Cześć zacnej pamięci Twojej!

Bronisław Ziemiński.

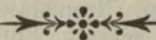
Od wydawców.



„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1901 w tej samej objętości, z tym samym programem i na tych samych warunkach.

Dla uniknięcia zwłoki w odbiorze pisma upraszamy pp. prenumeratorów o wczesne przesyłanie przedpłaty oraz zawiadomienie o zmianie adresu. Pp. prenumeratorów, zalegających w opłaceniu przedpłaty, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Z d. 1 stycznia biuro redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ zostanie przeniesione na ul. Orlą № 5/A m. 3 (telefon № 1264), upraszamy nadsyłanie rękopisów, pism i książek pod tym adresem.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Nowsze wskazanie do użycia kleszczy porodowych ze względu na zdrowie dziecka—
Dr. Józef Jaworski — str. 963.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

479. Dr. R. Seggel — O zeszywaniu zranionych tętnic — str. 969. 480. Bardenheuer — Leczenie zastrzałów głębokich — str. 972. 481. Joseph Müller — Przyczynę do zwichnięć nawykowych stawu ramieniowego — str. 974. 482. M. Horowitz — Cavernitis et lymphonngitis penis — str. 976. 483. H. Roché — Wielokrotna próchnica zębów — str. 978. 484. L. Rydygier — Mój najdawniejszy uwięziony powodzeniem przypadek rezekcyi odźwiernika — str. 979. 485. E. Lexer — Usunięcie włókniaka krezki połączone z rozległym wycięciem jelita cienkiego — str. 988.

II. Choroby kobiet.

486. Vacek — Czy można zamienić wymóżdzenie płodu żywego inną operacją — str. 980. 487. M. v. Strauch — Mięśniak w okresie płodności — str. 985. 488. Dr. Oskar Beuttner — Przyczynę do leczenia niepełnego poronienia — str. 986. 489. L. Gustave Richelot — O leczeniu raka macicy — str. 987.

III. Wiadomości terapeutyczne — 490—493 — str. 987.

IV. Bibliografia — str. 990.

Kronika bieżąca — str. 991.

Nekrologia — str. 992.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.
