

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE** O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Ciąg dalszy). — Z kazuistyki szpitalnej. Krótka statystyka 37 operacji połączonych z otwarciem jamy brzusznej, dokonanych w celu usunięcia łagodnej natury nowotworów macicznych, miarowicie włókniaków lub mięśniaków lub włókniako-mięśniaków. Podał Fr. Neugebauer — **STRZESZCZENIA I WYCiąGI**. 21. Leczenie zapalenia otrzewny okładami wysokotępnymi. Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 6 lutego. — **ODCINEK**. Najbardziej uzasadniony cel i organizacja pomocy lekarskiej dla ludności folwarcznej. Napisał d-r med. Szczygły-Bronowski. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu (2-9 sierpnia 1900 r.). (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 stycznia do 14 lutego r. b. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI**. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE**. — **ZMARIŁI**. — **OGŁOSZENIA**.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Gaszyński — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'auteur. 2) D-r Fr. Neugebauer — Abregé de la statistique de 37 laparotomies pour tumeurs benignes de l'utérus.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — R. o. Krak-Przedm. 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Gaszyński — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotomie mit Anführung eines eigenen Falles. 2) D-r Fr. Neugebauer — Ein kurzer Bericht über 37 Fälle von Laparotomie zur Entfernung gutartiger Neubildungen der Gebärmutter.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

Podał

D-r Stefan Gaszyński

b. ordynator kliniki położniczej.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 7).

### II.

Dla łatwiejszego zorientowania się w stosunkach anatomicznych pola operacyjnego rozpatrzmy warstwowo pośrodkową część podbrzusza oraz okolicę spojenia łonowego, idąc od zewnątrz ku wewnątrz.

W okolicy podbrzusza znajdujemy następujące, kolejno po sobie idące warstwy ściany brzusznej:

1) Skóra, podskórna tkanka tłuszczowa oraz podskórne naczynia i nerwy <sup>1)</sup>.

2) Powięź powierzchowna brzucha — *fascia superficialis*; tkanka łączna podpowięziowa — *tela subfascialis* — wraz z więzłem wałkowatym macicy — *lig. teres uteri*; więź wieszadłowy łechtaczki — *lig. suspensorium clitoridis*; naczynia podpowięziowe.

3) Przedni listek pochwy mięśnia prostego brzucha.

4) Mięsień piramidalny <sup>2)</sup>.

5) Mięsień prosty brzucha <sup>3)</sup>.

6) Przestrzeń ponadłonowa przedpowięziowa — *spatium suprapubicum praefasciale*.

7) Powięź poprzeczna — *fascia transversalis*.

8) Przestrzeń ponadłonowa pozapowięziowa — *spatium suprapubicum retrofasciale* (górną część t. zw. przestrzeni przedpęcherzowej RETZII — *spatii praevesicalis Retzii*), wraz z tkanką podotrzewnową — *tela subperitonealis*, moczociękiem — *urachus (lig. vesicale medium)* i więzłami pęcherzowymi bocznymi — *lig. vesicalia lateralia*.

9) Otrzewna śródścienna — *peritoneum parietale*.

W okolicy samego spojenia łonowego znajdujemy następujące warstwy:

1) | Te same co w okolicy podbrzusza.

2) |

3) | Zamiast odpowiednich warstw podbrzusza znajduje się spojenie

4) |

łonowe.

5) |

6) Naczynia leżące poza spojeniem łonowym.

7) Powięź poprzeczna — *fascia transversalis*.

8) Przestrzeń pozałonowa — *spatium retropubicum* (dolną część t. zw. przestrzeni przedpęcherzowej RETZII — *spatii praevesicalis Retzii*) wraz z powięzią pęcherzową oraz z tkanką podotrzewnową; w dolnej części splot żylny sromny — *plexus pudendalis*.

9) Przednia ściana pęcherza ze splotem żylnym pęcherzowym — *plexus vesicalis*. Na bokach pęcherza z obydwu stron otrzewna śródścienna.

Dolny odcinek jest u kobiet pokryty częściami sromnymi zewnętrznymi, o których poniżej.

Z warstw, powyżej wyszczególnionych, na bliższe rozpatrzenie zasługują powięzie oraz przestrzenie, zawarte między niemi.

Istnieje wogóle wielka różnorodność w zapatrywaniach anatomów na liczbę powięzi w okolicy omawianej oraz na ich wzajemny do siebie stosunek.

<sup>1)</sup> Wszelkie naczynia zarówno powierzchownych warstw, jak też i głębokich będą rozpatrywane oddzielnie.

<sup>2)</sup> Mięsień piramidalny zaczyna się krótkim ścięgnem od górnego brzegu kości łonowej, tuż obok spojenia łonowego, wznosi się ku górze i, stopniowo zwężając się, przechodzi w dolną część kresy białej.

<sup>3)</sup> Mięśnie proste brzucha przebiegają z boku kresy białej, po obydwu jej stronach, przyczepiają się dolnym końcem do kości łonowej, mianowicie: jeden przyczep dolnego końca mięśnia prostego każdej strony, węższy, ścięgnisty dochodzi do wewnętrznego końca kości łonowej strony przeciwnej, drugi szerszy, także ścięgnisty, przyczepia się do grzebyka kości łonowej tejże strony. Górny koniec mięśnia prostego brzucha przyczepia się 3 mięsistymi odnogami do przedniej powierzchni 5, 6, i 7 żebra i wyrostka mleczkowego mostka.

Ja w tym szkicu anatomicznym trzymać się będę poglądów W. WALDEYER'a. Otóż WALDEYER rozpatruje następujące powięzie:

- 1) Powięź powierzchowna — *fascia superficialis*.
- 2) Powięź właściwa przednia mięśnia skośnego zewnętrznego — *fascia propria musculi obliqui externi abdominis anterior*.
- 3) Powięź właściwa tylna mięśnia skośnego zewnętrznego — *fascia propria musculi obliqui externi abdominis posterior*.
- 4) i 5) Te same dwa listki powięzi mięśnia skośnego wewnętrznego — *fasciae propriae musculi obliqui interni abdominis anterior et posterior*.
- 6) Powięź właściwa przednia mięśnia poprzecznego — *fascia propria musculi transversi abdominis anterior*.
- 7) Powięź właściwa tylna mięśnia poprzecznego — *fascia propria musculi transversi abdominis posterior* — znana powszechnie pod nazwą powięzi poprzecznej — *fascia transversa abdominis*. Powięź ta stanowi przednią część powięzi wewnątrzbrzuszej — *fascia endoabdominalis*.

Powięź powierzchowna brzucha odgranicza tkankę tłuszczową podskórną od warstwy mięśniowej; w tkance podskórnej znajdują się rozgałęzienia nerwów oraz naczyń powierzchownych — *nervi et vasa superficialia*. Powięź powierzchowna poniżej pępka staje się coraz grubsza, zawiera coraz więcej włókien elastycznych; po linii środkowej brzucha zrasta się ściśle z rozścięgniami — *aponeuroses* — mięśni szerokich; z boków zrasta się z więzmem POU-  
PART'a na przestrzeni od kolca kości podłędźwiowej — *spina ilei* — każdej strony aż do obrączki pachwinowej podskórnej — *annulus inguinalis subcutaneus*. Na przestrzeni, zawartej między obrączkami pachwinowymi podskórnymi obu stron, nie zrasta się z poza nią leżącymi warstwami, a będąc luźną, przechodzi w powięź łechtaczki, wielkich warg i dalej ku dołowi w powięź krocza.

Luźna tkanka łączna, zawierająca mało tkanki tłuszczowej, oddziela powięź powierzchowną od powięzi właściwej przedniej mięśnia skośnego zewnętrznego, *resp.* po linii środkowej rozścięgnięta tego mięśnia.

Dalej idą powięzie właściwe — *fasciae propriae musculorum*. Należy tu zauważyć, że powięzie właściwe są tylko widoczne, *resp.* dadzą się odpreparować na częściach mięsistych odpowiednich mięśni, na rozścięgniach zaś są zupełnie z nimi zrosnięte. Otóż ponieważ rozścięgnięta szerokich mięśni brzucha przechodzą w omawianej okolicy na przednią powierzchnię mięśni prostych i tworzą tu przednią ścianę ich pochwy, a zatem i powięzie właściwe tych mięśni tworzą z nimi jedną całość i oddzielnie rozpatrywać się nie dadzą. Oddzielny twór stanowi dopiero powięź tylna właściwa mięśnia poprzecznego, t. zw. powięź poprzeczna — *fascia transversalis*.

Powięź ta, stanowiąca tylną ścianę pochwy mięśnia prostego, w dolnej części brzucha stopniowo odchodzi od samego mięśnia i wtedy, gdy tenże, jak z powyższego wiadomo, przyczepia się do przedniej powierzchni kości łonowej, powięź poprzeczna przyczepia się do tylnej powierzchni kości łonowej. Między tymi przyczepami znajduje się wolna przestrzeń, znana pod nazwą *spatium suprapubicum praefasciale* — ponadłonowej przedpowięziowej. Niżej powięź poprzeczna pokrywa i jest ściśle zrosnięta z tylną ścianą spojenia łonowego, następnie ku dołowi przechodzi w powięź miednicy — *fascia pelvis*.

Dalej z kolei mamy bardzo ważną przestrzeń, zawartą pomiędzy powięzią poprzeczną z jednej strony a powięzią pęcherzową — *fascia vesicalis* — oraz samym pęcherzem z drugiej.

Powieź pęcherzowa na wysokości 2 poprzecznych palców poniżej pępka odchodzi od powięzi poprzecznej ku dołowi w kierunku przedniej ściany pęcherza, którą też pokrywa z obydwu stron aż do więzów pęcherza bocznych; w tem miejscu znów obydwie powięzie, t. j. poprzeczna i pęcherzowa zlewają się w jedną i w dalszym ciągu tworzą powieź miedniczą — *fascia pelvis*. Idąc ku dołowi, u dna pęcherza, powieź pęcherzowa z boków pęcherza coraz bardziej odchodzi ku tyłowi, a to aż do miejsca, gdzie moczowody mają ujście do pęcherza; przestrzeń te u dna pęcherza, z jego boków, noszą nazwę przestrzeni okołopęcherzowych — *spatia perivesicalia*.

Mamy zatem jedną wielką przestrzeń, zawartą pomiędzy powięzią poprzeczną i spojeniem łonowym z przodu oraz powięzią pęcherzową i przednią ścianą pęcherza od tyłu; u dołu z dwóch stron pęcherza są jeszcze dodatkowe przestrzenie, zwane, jak wyżej było powiedziane, okołopęcherzowymi. Ta wielka przestrzeń dzieli się na górną, zwaną przestrzenią ponadłonową pozapowięziową — *spatium suprapubicum retrofasciale* — i dolną zwaną przestrzenią pozałonową *spatium retropubicum*. Cała zaś przestrzeń nosi też nazwę przedpęcherzowej RERTZI — *spatium praevesicale Rertzi*.

Wszystkie powyżej opisane przestrzenie zawierają luźną tkankę łączną, która jest podścieliskiem przebiegających w niej naczyń i ich splotów — o czem poniżej

Ukończywszy w głównych zarysach rozpatrywanie stosunków anatomicznych okolicy, leżącej ponad spojeniem łonowym oraz poza niem, przyjrzymy się bliżej właściwościom samego spojenia.

Spojenie łonowe tworzy się na miejscu połączenia dwóch kości łonowych każdej strony.

Anatomia opisowa rozróżnia w niem a) więz łonowy górny — *lig. pubicum superius*,

b) więz łonowy łukowaty — *lig. arcuatum pubis*,

c) blaszkę włóknistochrzęstną międzyłonową *lamina fibrocartilaginea interpubica*.

Wytrzymałość spojenia, dzięki wymienionym więzom, jest bardzo znaczna.

Szczelina spojenia, rozpatrywana z przodu, wydaje się dwa razy szerszą, aniżeli od tyłu, z powodu, iż blaszka włóknistochrzęstna międzyłonowa jest ku przodowi znacznie grubsza oraz że znacznie więcej wystaje z przodu ponad poziom kości. Przy łuku łonowym szczelina sama jest zawsze trochę szersza, niż przy górnym brzegu; pośrodku zaś jest najwęższa. Ze względu na wąskość blaszki włóknistochrzęstnej u tylnego jej brzegu należy przy przecinaniu spojenia trzymać się dokładnie pośrodkowej linii oraz do przecięcia używać wąskiego noża.

Na tylnej powierzchni, mianowicie na wysokości górnej  $\frac{1}{3}$  spojenia, znajduje się wyniosłość, wyczuwalna w normalnych warunkach zarówno od strony górnego brzegu spojenia, jak też i od strony pochwy. Ważność tej wyniosłości polega na tem, że przestrzeń od niej do przedgórza — *promontorium* — przyjmujemy za sprzężną. Pośrodku chrząstki międzyłonowej znajduje się często zamknięta przestrzeń, którą niesłusznie nazywają jamą stawową spojenia łonowego — nie posiadając ani maziówki, ani kosmków nie może być uważana za powierzchnię stawową. Jama ta leży nieco bliżej tylnej powierzchni spojenia; bywa zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet; u kobiet je-

dnak zdarza się częściej oraz jest większa; jednakże wcale nie jest stałą własnością spojenia u ciężarnych, jak to zazwyczaj przyjmują.

Wymiary spojenia łonowego są podług WALDEYER'a następujące:

U ciężarnych:

- |   |           |      |
|---|-----------|------|
| a) Wysokość całego spojenia wynosi łącznie z więzami          | 5,4 — 5,6 | ctm. |
| b) Wysokość samej chrząstki międzyłonowej wynosi              | 4,0 — 4,3 | "    |
| c) Wysokość jamy wewnątrzchrząstkowej wynosi                  | 2,5 — 2,8 | "    |
| a) Przedniotylny wymiar całego spojenia wraz z więzami wynosi | 2,4 — 2,6 | "    |
| b) Przedniotylny wymiar samej chrząstki wynosi                | 2,0 — 2,1 | "    |
| c) Przedniotylny wymiar jamy wewnątrzchrząstkowej wynosi      | 1,0 — 1,1 | "    |

U nierodzących:

- |  |     |      |
|--|-----|------|
| a) Wysokość spojenia wynosi              | 4,6 | ctm. |
| b) Wysokość chrząstki wynosi             | 3,4 | "    |
| a) Przedniotylny wymiar spojenia wynosi  | 1,9 | "    |
| b) Przedniotylny wymiar chrząstki wynosi | 1,4 | "    |

U nierodzących wszystkie wymiary są zatem mniejsze, niż u ciężarnych i rodzących.

Ogólnie przyjęto wysokość całego spojenia łonowego wraz z więzami przyjmować

u kobiet za 4,5 ctm.

u mężczyzn za 5,4 "

wymiary zatem WALDEYER'a różnią się dość znacznie od powszechnie przyjętych; przedniotylny wymiary są więcej zbliżone u wszystkich anatomów.

Poniżej spojenia łonowego poczyna się właściwa okolica sromu — *regio pudendalis*.

Chcąc mieć dokładne wyobrażenie o polu operacyjnym omawianej operacji, musimy i w okolicy sromu rozpatrzyć te części anatomiczne, które znajdują się w jakimkolwiek mniej, czy więcej pośrednim stosunku ze spojeniem łonowym.

Przy rozpatrywaniu tych stosunków trzymać się będziemy tego samego porządku, co w okolicach powyżej przedstawionych, t. j. rozpatrywać będziemy wszystkie tkanki i twory anatomiczne tak, jak one leżą warstwami, w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz.

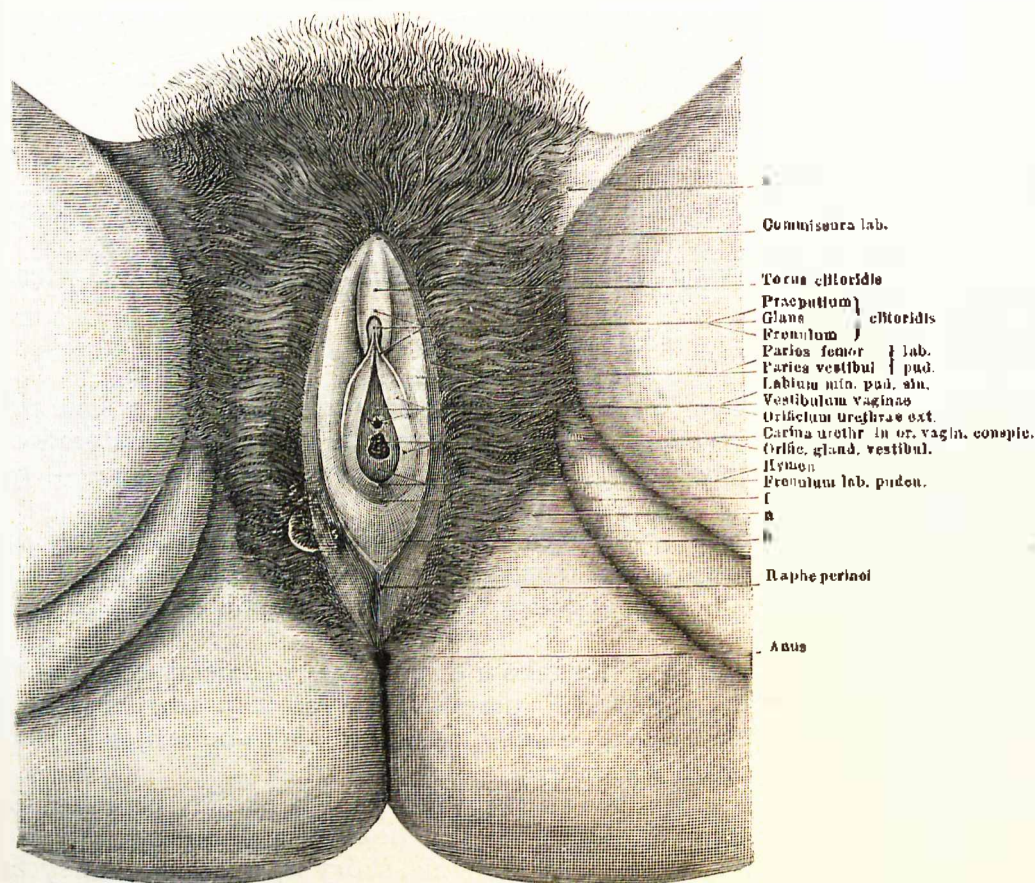
Zewnętrzna warstwę stanowi tu (Fig. IV), jak i w okolicy powyżej leżącej, skóra wraz z tkanką podskórną z dużym pokładem tłuszczu, oraz podskórne naczynia i nerwy; właściwości jednak skóry są w danej okolicy bardzo znamienne. Wybitną cechą stanowi tu owłosienie, które poczyna się już powyżej, mianowicie przed spojeniem na miejscu zw. pagórkiem łonowym — *mons pubis* s. *mons Veneris*, i zajmuje przestrzeń całą sromu, mianowicie obie wielkie wargi — *labia majora*. Te ostatnie są to fałdy skóry z silnie rozwiniętą tkanką tłuszczową, które poczynają się na pagórku łonowym i, połączwszy się ze sobą tuż pod nim za pomocą spoidła — *commissura labiorum anterior*, biegną ku dołowi, otaczając z dwóch stron części między nimi zawarte; u dołu zwięzając się stopniowo przechodzą na krocze, gdzie kończą się w pełnym, większym lub mniejszym oddaleniu od odbytu.

Między obiema wargami wielkimi, które przy silnym uwłosieniu w zupełności mogą być ukryte, znajduje się w górnej części lechtaczka — *clitoris*, pokryta napletkiem. Z otworu napletka zazwyczaj wychyla się tylko żołądź — *glans*; nie zawsze jednak bywa żołądź widoczna, gdyż przy malej żołądź, lub przy silnie rozwiniętym napletku, cała lechtaczka pozostaje ukrytą.

Poniżej łechtaczki, po linii środkowej, przyczepiają się do żołądki obie wargi małe — *labia minora* — których początek, sam przyczep, znany jest pod nazwą wędzidełka żołądki — *frenulum clitoridis*.

Małe wargi, poczynając się, jak było wyżej powiedziane, od wędzidełka żołądki, biegną owalnie ku tyłowi, otaczają z dwóch stron przestrzeń, zwaną przedsionkiem pochwy — *vestibulum vaginae*, i kończą się poniżej przedsionka, tworząc u dołu, przy przejściu jedna w drugą, spoidło — *commissura labiorum*

Fig. IV.



Partes genitales externae et Perineum virginis XX annorum magnit. nat. \*).

*posterior*. Przy normalnie dobrze rozwiniętych wargach wielkich, te ostatnie po linii środkowej schodzą się zupełnie, tak że należy je rozsunąć na boki, chcąc rozpatrzyć wargi małe.

Przedśionek przedstawia tedy przestrzeń, zawartą między obiema wargami małymi, w kształcie owala, zakończonego w górnej części, u wędzidełka, więcej ostro, w dolnej zaś, przy *commissura lab. poster.*, więcej półkolisto. W górnej części przedśionka znajduje się wylot cewki moczowej — *orif. urethrae*, w dolnej wylot pochwy — *introitus vaginae*. Same brzegi wylotu pochwy znane są pod nazwą błony dziewiczej u nierodzących, zaś *carunculae hymenales* u rodzących. (C. d. n.).

\*) Rysunek wzięty z dzieła: „Das Becken“ WALDEYER'a.

## Z KAZUISTYKI SZPITALNEJ.

**Krótką statystyką 37 operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, dokonanych w celu usunięcia łagodnej natury nowotworów macicznych, mianowicie włókniaków lub mięśniaków lub włókniako-mięśniaków.**

Podał

FR. NEUGEBAUER.

W oddziale ginekologicznym warszawskiego szpitala Ewangelickiego, założonym w listopadzie 1893, czyli istniejącym od lat 7, w trakcie tego czasu dokonano 37 operacji otwarcia jamy brzusznej bądź to na drodze pochwowej, bądź przez ścianę brzuszną w celu usunięcia fibromatów, myomatów lub fibromyomatów macicy. Ponieważ wogóle dokonano w oddziale tym dotąd około 308 operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, przypada więc mniej więcej 12% tych keliotomii na nowotwory łagodne macicy.

Na rok 1894 przypada: jedna operacja z zejściem śmiertelnym na trzeci dzień po operacji wskutek posocznicy.

Na rok 1895 przypadają 3 operacje z zejściem pomyślnym.

Na rok 1896 przypada 5 operacji z jednym zejściem śmiertelnym na trzeci dzień po operacji wskutek posocznicy.

Na rok 1897 przypada 8 operacji z jednym zejściem śmiertelnym na 16 dzień po operacji wskutek zapalenia otrzewny ropnego, powstałego wskutek pęknięcia ropnia pooperacyjnego z wylaniem się ropy do jamy brzusznej.

Na rok 1898 przypada 5 operacji z zejściem pomyślnym.

Na rok 1899 przypada 11 operacji z zejściem pomyślnym.

Na rok 1900 przypadają 4 operacje z zejściem pomyślnym

Na pierwsze 11 operacji więc przypadają trzy zejścia śmiertelne = 27% (!), na następne 26 operacji nie było ani jednego zejścia śmiertelnego = 0%. Ogólna więc śmiertelność pooperacyjna wynosiłaby 8%. Zmniejszenie się tak znacznej śmiertelności pooperacyjnej w przeciągu kilku lat zależy od udoskonalenia techniki i wprawy operatora oraz personelu asystującego oraz ulepszeń w urządzeniu i przygotowaniu aseptycznym sali operacyjnej, narzędzi, środków opatrunkowych, szwów, dezynfekcyi rąk i t. d., po zatem wiele znaczyło stosowanie *larga manu* położenia chorej w trakcie operacji w położeniu obwisłym TRENDLENBURG'a, znakomicie udostępniającego pole operacyjne i ułatwiającego wszelkie manipulacje w głębi miednicy.

Operowano mężatek 31, panien 6.

Co do wieku operowanych, najmłodsza liczyła lat 24, najstarsza 57; dwie pacjentki liczyły od lat 20 do 29; 17 pacjentek od lat 30 do 39; 16 pacjentek od lat 40 do 49; dwie pacjentki od lat 50 do 57; dwie tylko pacjentki liczyły lat mniej, niż 30.

Co do niepłodności, zachodzenia w ciążę, poronień, ciąży donoszonych i t. d. zanotowano: Na 31 mężatek aż 12 nie zachodziło ani razu w ciążę — *sterilitas absoluta, ut videtur, ab uxore pendens, non a conjuge*. Z 6 panien dwie ro-

dzily, cztery byly *virgines intactae*. 5 mężatek w czasie operacyi byly już wdowami.

Raz jeden rodziło 7 pacjentek Nr. 7, 15, 22, 23, 24, 28, 35.

Po dwa razy rodziły 3 pacjentki, Nr. 16, 25, 32.

Po trzy razy rodziły 3 pacjentki, Nr. 3, 17, 31.

6 razy rodziła 1 pacjentka, Nr. 12.

7 razy rodziła 1 pacjentka, Nr. 4.

Po 8 razy rodziły 4 pacjentki, Nr. 5, 13, 18, 29.

9 razy rodziła 1 pacjentka, Nr. 34.

14 razy rodziła 1 pacjentka, Nr. 21.

Na 21 pacjentek, które zachodziły w ciążę, 3 ronily Nr. 7 i 24 raz jeden, Nr. 32 dwa razy.

Na inne pacjentki przypada:

Jedno poronienie na 7 ciąży, Nr. 4.

Dwa poronienia na 6 ciąży, Nr. 12.

Jedno poronienie na dwie ciąży, Nr. 16.

Dwa poronienia na 14 ciąży, Nr. 21.

Jedno poronienie na 8 ciąży, Nr. 29.

5 pacjentek odbyło tylko po jednej ciąży, mianowicie prawidłowo do końca przebiegającej: Nr. 15, 22, 23, 28, 35.

Przyczyną poddania się kuracyi *resp.* operacyi byly przeważnie zbyt wielkie utraty krwi podczas peryodów, *menorrhagia nimis ampla*, z następczą anemią, krwawienia maciczne, stale od dłuższego czasu już trwające, daremnie leczone lekarstwami (*hydrastis canadensis*, *ergotinum*, *stypticinum*, *lydrastininum* i t. d.), lub też ustawiczne bóle podczas peryodu lub niezależnie od niego. Kilka pacjentek zgłosiło się na poradę wskutek zauważenia guza, w jamie brzusznej rosnącego, a więc może obawa co do przyszłości zniewoliła je do szukania porady; kilka pacjentek skierowali do szpitala koledzy prowincjonalni po wyczerpaniu środków, zwykle przy leczeniu wyczekującym stosowanych.

Co do rozpoznania przedoperacyjnego, we wszystkich nieomal przypadkach bylo ono trafne co do określenia usadowienia guza w macicy z wyjątkiem dwóch przypadków — gdzie *sub operatione* znaleziono włókniak więzu szerokiego, podczas gdy przed operacją przypuszczano, że chodzi o włókniak macicy *ad latus* dyzlokowanej.

Co do samych nowotworów, byly one liczne lub też pojedyncze. Zanotowano guz pojedynczy 20 razy: Nr. 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 23 25, 27, 31, 32, 36, dwa razy znaleziono po dwa guzy Nr. 33 i 34, dwa razy po trzy guzy: Nr. 31 i 26. 10 razy zanotowano *fibromata multiplicia*, guzy mnogie, raz jeden aż 14 guzów nowotworowych: Nr. 6, 11, 14, 15, 19, 21, 28, 29, 30, 37.

5 razy chodzilo o nowotwór, leżący w jamie macicznej, nowotwór podśluzowy, rosnący w kierunku ku jamie macicznej Nr. 5, 13, 16, 18 i 36.

Dwa razy guz byl zwyrodnialy wskutek nekrotyzacyi uciskowego pochodzenia — *myoma gangraenescens* — tak że chora przybyła do szpitala z objawami ropnicy, obrzękiem dolnych kończyn i gorączką (Nr. 5 i 18), raz jeden nowotwór, jak skonstatował profesor Brodowski na preparacie pooperacyjnym, zdradzał zwyrodnienie rakowate w dolnym odcinku (*myoma submucosum uteri* w jamie macicznej — prócz tego *myoma subserosum fundi uteri*, również zdradzające rakowate zwyrodnienie Nr. 36.



Dwa razy nowotwór miał siedzibę międzywiązadłową i, zdaje się, pochodził nie z macicy, lecz z pozostałości ciała WOLFF'a *in ligamento luto* (?): Nr. 22 i 23.

Dwa razy nowotwór wykazał zwyrodnienie torbielowate wtórne *myoma cystica degeneratum* Nr. 20 i 32.

Tylko 5 razy natrafiono na *myoma subserosum uteri pedunculatum*, nowotwory podsurowicze o istnieniu pewnego rodzaju szypuły, mianowicie znaleziono raz jeden *fibroma pedunculatum parietis anterioris uteri* Nr. 7, dwa razy *parietis posterioris uteri* Nr. 9 i 10, dwa razy fibromat osadzony był na samym dnie macicy Nr. 4 i 8, raz jeden wszystkie włókniaki około 7 były podsurowicze i prawie wszystkie wychodzące z dna macicy Nr. 36.

Raz jeden natrafiono na włókniak śródścienny przedniej ściany macicy, który można było wyluszczyć z przedniej ściany macicy, pozostawiając całą macicę Nr. 2 w pozostałych przypadkach siedziba nowotworów była mieszana, czyli że guz był o tyle śródścienny, jak i podsurowiczy lub podśluzowy i t. p.

5 razy natrafiono na koincydencję nowotworu macicy z torbielą lub torbielami, powstałymi z pozostałości fizyologicznych lub patologicznych ciał lub też przewodów WOLFF'a (*ductus Gartneri*) Nr. 8, 22, 26, 27, i 32.

3 razy natrafiono na koincydencję z *hydrosalpinx* po jednej stronie Nr. 4, 15 i 30.

3 razy znaleziono *sub operatione* torbiele jajników rozmiarów większych Nr. 15, 16 i 36.

Co do postępowania operacyjnego, trzymano się zasady indywidualizowania w jaknajszerszym zakresie, stosując się w pojedynczych przypadkach do wielkości nowotworu, siedziby jego, lokalizacji i t. d.

10 razy wycięto całą macicę, mianowicie 5 razy *per vaginam* bez cięcia brzuszego, z rozkawałkowaniem macicy lub bez niego, Nr. 3, 12, 13, 15 i 37, 5 razy drogą mieszaną, otwierając jamę brzuszną przez cięcie brzuszne i równocześnie operując i drogą pochwową, Nr. 5, 6, 11, 18, 21. Na te 10 operacji usunięcia całkowitego macicy przypada jedno zejście śmiertelne.

Raz jeden usunięto włókniak przedniej ściany macicy na drodze *kolpokoeliotomiae anterioris*, pozostawiając macicę w miejscu, raz jeden usunięto nowotwór podsurowiczy tylnej ściany macicy na drodze *kolpokoeliotomiae posterioris*, pozostawiając macicę, Nr. 7 i 9. Dwa razy dokonano cięcia brzuszego z usunięciem podsurowiczego włókniaka tylnej ściany macicy lub też dna Nr. 8 i 10 — w jednym z tych przypadków usunięto i oba torbielowate zwyrodniałe jajniki, w drugim jajników nie ruszono; chora po operacji zaszła w ciążę.

Raz jeden zastosowano wyluszczenie czyli enukleację włókniaka śródściennego z macicy sposobem MARTIN'a, zeszywając z powodu wielkości jamy legowiska nowotworu brzegi rany macicznej z brzegami rany brzusznej i stosując drenowanie. Nr. 2 — (sposób enukleacji zalecany pierwotnie przez OBALIŃSKIEGO, ALBERT'a z zeszcieniem jamy legowiska nowotworu).

Raz jeden amputowano macicę w samym dnie wskutek dużego torbielowato zwyrodniałego włókniaka, osadzonego na samym dnie macicy, pozostawiając trąbki i jajniki ze względu na młody wiek operowanej. Pacjentka wyzdrowiała, lecz kilka miesięcy po operacji przez cewkę moczową wydzielił się kamyczek moczowy, zawierający nitkę jedwabną Nr. 20.

21 razy dokonano amputacji macicy wyżej lub niżej, zależnie od usadowienia guza, liczby guzów i t. d., ewentualnie dodając usunięcie jednego lub obu jajników, o ile usunięcie okazało się niezbędnem ze względu na sprawę chorobową lub gdzie chodziło o osobę starszą. Nr. 1, 4, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 24, 35, 36; (z wyjątkiem jednego przypadku Nr. 35, gdzie kikut wszyto do rany brzusznej, we wszystkich innych kikut maciczny zanurzono w jamie brzusznej).

21 razy przeważnie u osób starszych lub też przy zwyrodnieniu chorobliwym jajników usunięto oba jajniki Nr. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 26, 29, 32, 34, 35.

8 razy w jamie brzusznej pozostawiono oba jajniki. Nr. 2, 7, 9, 10, 20, 23, 25 31.

9 razy zostawiono w jamie brzusznej jeden jajnik, Nr. 13, 24, 27, 28, 30, 33, 35, 36, 37.

Raz jeden cięcia brzuszne dokonano cztery lata po cięciu brzuszne, dokonaniem przez profesora KOSIŃSKIEGO, który u chorej usunął wtenczas jak się zdaje, torbiel jednego jajnika. Obecnie amputowano macicę, zawierającą bardzo wielki włókniak, w środku torbielowato zwyrodniały. U tej samej chorej mniej więcej półtora roku przed myomotomią osobiście opróżniłem ropień lewego jajowodu *per vaginam*. Nr. 32; w roku 1901 u tejże pacjentki przez cięcie pochwove opróżniono wielką torbiel, z przewodu lub też ciała WOLFF'a pochodzącą.

Drenowanie gazą wyjałowioną lub jodoformową stosowano 13 razy, szczególnie po ekstirpacyach, połączonych z otworzeniem sklepień pochwowych, mianowicie drenowano jamę brzuszną dwa razy przez otwór, pozostawiony w ranie brzusznej Nr. 2 i 23, 9 razy przez pochwę, Nr. 3, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 35, 37, a dwa razy stosowano sączkowanie przez dolny kąt rany brzusznej i przez pochwę. Co do komplikacji pooperacyjnych, zanotowano uporczywy nieżyt oskrzeli, który pomimo stosowania terapii wszelkiego rodzaju łącznie z narkotykami wywoływał kaszel tak uporczywy, że wskutek kaszlu rozeszła się częściowo rana skórna cięcia brzuszne, trzy razy, Nr. 17, 21 i 30 i to przy stosowaniu przeważnie szwów brzusznych trzypiętrowych. Dwa razy *deliscentia vulneris* nie dosięgała *peritonei*, raz jeden zaś kilka dni po rozejściu się rany skórnej rozeszła się w jednym miejscu w dolnej połowie i rana otrzewny, tak że znaleziono pętlę кишки cienkiej w otworze *peritonei* przy opatrunku. Na razie wepchnięto wytlaczającą się pętlę кишки do jamy brzusznej przez tampon z gazy, brzegi rany zbliżono *ad maximum* plastrem lepkiem, w kilka dni później okrwawiono brzegi rany brzusznej i zaszyto szwem wtórnym. Tym razem rana zagoiła się doskonale, nieżyt oskrzeli z czasem znikł. Narkoza i w tym przypadku była chloroformowa, nie eterowa. Palenia się gazu w sali operacyjnej lub obok w trakcie operacji w narkozie chloroformowej z zasady unikano.

Raz jeden (Nr. 30) przy operacji usunięto przepuklinę pępkową, raz jeden po wszyciu kikuta macicznego do dolnego kąta rany brzusznej powstała przepuklina w dolnym kącie blizny brzusznej — *hernia cicatricis lineae albae*. Dodano cięcie brzuszne wtórne i przepuklinę usunięto, Nr. 35.

Dwa razy w okresie pooperacyjnym wytworzył się ropień, który otworzono przez pochwę, Nr. 2 i 11.

Raz jeden z drobnutkiej przetoki w bliznie po zastosowaniu szwu jedwabnego trzypiętrowego wyciągnięto w całości nitkę, użytą do spojenia ra-

ny otrzewny. Dwa razy kilka szwów jedwabnych, użytych do spojenia przedniego i tylnego płaszczyka otrzewnowego kikutu wydzieliło się po jakimś czasie przez szyję maciczną i pochwę *sponte* na zewnątrz, i to bez jakichkolwiek objawów, budzących podejrzenie ropienia, gorączki, bólów, dreszczów i t. d. Przebieg pooperacyjny bynajmniej nie zawsze był bezgorączkowy, ciepłota w całym szeregu przypadków, co prawda jednorazowo (po największej części) wieczorem dochodziła do 38,0° C. W przypadkach, połączonych z wyropieniem szwu, wysiękiem jakimkolwiek, wytworzeniem się ropnia, łatwo można sobie było wytlómaczyć podniesienie ciepłoty, były jednak i przypadki np. jednorazowego podniesienia się ciepłoty wieczorem do 38° C, gdzie po zastosowaniu środka przeczyszczającego ciepłota zaraz opadała i więcej się nie podniosła. Szew brzuszny stosowano przeważnie trzypiętrowy jedwabny, szew ciągły dla otrzewny, węzełkowy dla powięzi mięśni prostych, i ciągły dla powłók skórnych. Szew ten dawał znakomite usługi pod względem niewytwarzania się później przepuklin w bliźnie, lecz miał dwie strony ujemne: naprzód zabierał więcej czasu, niż szew węzełkowy jednopiętrowy, a powtórę często stosunkowo zdarzało się wyropienie jakiego szwu powięzi lub nawet szwu ciągłego otrzewny. Prawdopodobnie do tego poniekąd przyczynia się nieznaczne sączenie się krwi pomiędzy oddzielnie szyte warstwy rany, szczególnie przy szarpiących ranę wymiotach pochloroformowych.

Razem 6 razy usunięto tylko sam nowotwór macicy, pozostawiając macicę *in situ*, sposób zachowawczy, 10 razy usunięto całą macicę z powodu nowotworów jej, a 21 razy amputowano macicę na drodze cięcia brzusznego. Wskazaniem do interwencji czynnej były przeważnie krwotoki nadmierne, w innych przypadkach bóle, objawy uciskowe, grożące inkarceracją, czyli uwięzieniem macicy czy nowotworów *in cavo Douglasii*, wraz z utrudnieniem oddawania stolca i moczu, niezdolność do pracy oraz szybkie powiększanie się nowotworu. Ani razu przy operacyjnym leczeniu włókniaków nie ograniczono się na podwiązaniu tętnic macicznych od strony pochwy lub na trzebieniu. Przy amputacjach macicy stosowano przeważnie sposób tak zwany amerykański, połączony, o ile się dało, z oddzielnym podwiązaniem czterech tętnic, spojeniem przedniego i tylnego płata otrzewnowego szwami węzełkowymi po klinowatej rezekcji kikutu macicznego, zamknięciem ran parametralnych szwami ciągłymi. Wielki nacisk kładziono na symperytonealne pokrycie wszelkich ran otrzewny. Płaty otrzewny brano, skąd było najwygodniej, z przedniej lub też z tylnej ściany macicy. Przed zeszcyciem płatów kikutu ani razu nie stosowano wypalania błony śluzowej ani żegadłem PAQUELIN'a, ani chemicznymi środkami (*zincum chloratum* i t. d.).

W jednym przypadku (Nr. 36) usunięto równocześnie mały włókniak ściany brzusznej (*fibroma parietis abdominis*), wychodzący z powięzi mięśnia, i, co stanowi wyjątkowy objaw, bardzo bolesny na dotyk.

Raz jeden w kilka lat po amputacji macicy o licznych włókniakach z pozostawieniem większego włókniaka jednego w jamie miednicy małej — operacji, dokonanej przez ś. p. kolegę STĘPKOWSKIEGO, z powodu przepukliny brzusznej osobiście dokonałem operacji plastycznej z wycięciem części powłók brzusznych. Przy tej okazji ujawniono, że włókniak dawniej pozostawiony w jamie małej miednicy po amputacji macicy wraz z usunięciem jajników zmalał na mniej więcej 1/4, część dawniejszej wielkości, a dalej, że

kikut przy operacji, wszyty do rany brzusznej, nie miał przy operacji późniejszej najmniejszej łączności już ze ścianą brzuszną.

Tylko dwa razy równocześnie z myomatozą macicy znaleziono na owe 37 operacji i *ascites*.

33 operacji dokonałem osobiście, jednej kol. KRAKÓW, jednej kol. JAN-CZEWSKI, a dwóch ś. p. kol. STĘPKOWSKI; cztery operacje, dokonane przez moich asystentów zakończyły się pomyślnie dla operowanych.

Nie mało trudności nieraz robiła decyzja, czy otworzyć jamę brzuszną w celach operowania podług zasad zachowawczych, czy też usunąć *per vaginam* macicę wraz z nowotworami, czy w całości czy na drodze rozkwalenia. W wyborze sposobu operowania grała wielką rolę indywidualność operatora oraz indywidualne warunki danego przypadku. Nie sposób dać przepisów ogólnych. Wiadomem jest, że śmiertelność pooperacyjna przy usuwaniu nowotworów macicy na drodze cięcia pochwowego jest mniejsza, niż przy cięciu ścian brzusznych, i przyczyna jest łatwo zrozumiała z powodów czysto fizyologicznych, z drugiej strony operacja na drodze cięcia brzuszego stanowczo jest łatwiejsza technicznie, niż w niektórych przypadkach przy atakowaniu macicy o większych nowotworach *per vaginam*. Nareszcie zdarzają się przypadki, gdzie po rozpoczęciu operacji na drodze pochwowej wypadało jednak dodać cięcie brzuszne, przy nader niemiłych komplikacjach. Choć osobiście takich komplikacji nie miałem, widziałem je jednak u innych operatorów przy operacjach dla różnych wskazań dokonanych. Prawdą jest, że zwykle włókniaki maciczne nie mają żadnych zrostów z narządami sąsiednimi jamy brzusznej, co poniekąd uzasadnia wybór drogi pochwowego operowania *par excellence*, zdarzają się jednak przy zasadniczym operowaniu *per vaginam* przypadki niepożądanych urazów, rozdarcia pochwy i tkanek *parametrium* i t. d., nieprzyjemnych w następstwach.

W ostatnich czasach mnożą się spostrzeżenia raka w szyi macicznej, pozostawionej przy amputacji macicy z powodu włókniaków. W klinice prof. CHROBAK'a spostrzegano trzy takie przypadki, JACOBS spostrzegał osobiście dwa, SAVOR, HACKER, v. ERLACH, KAUFMANN widzieli po jednym przypadku, jest więc opisanych do dziś dnia już 9 przypadków powstania raka w kikucie po amputacji macicy (z powodu włókniaków), mianowicie powstania raka w szyi macicznej w jakiś czas po operacji, w celu uleczenia chorej od włókniaków dokonanej. Osobiście dokonałem takich amputacji 21, lecz dotychczas ani razu podobnych zdarzeń następczych nie widziałem. Może być, że doświadczenia najbliższej przyszłości nauczą nas albo nie naruszać całości macicy, ustroju naczyniowego ją odżywiającego, albo też usunąć narząd o nowotworach tej lub owej natury w razie wskazania w całości; do dziś dnia kwestya ta pozostaje mimowoli otwartą.

Wobec doświadczenia osobistego w 20-letniej praktyce ginekologicznej, spostrzeżeń własnych i o wiele większej liczby spostrzeżeń obcych, przychodzę do wniosku, że przy decyzji na zabieg czynimy przy istnieniu włókniaków macicznych, nie tyle decydować powinny względy na przyszłość chorej, ile dolegliwości, w danej chwili istniejące. Bardzo wiele kobiet nawet o wielkich rozmiarów włókniakach bez operacji dosięga starszego wieku, krwotoki ustają, macica maleje, objawy uciskowe giną, guz zmalął, stwardniał, skamieniał nawet i t. d. Są wprawdzie i przypadki, gdzie guzy takie stale trapią chorą, czynią ją niezdolną do zarobku i zatruwają jej życie; chociaż rzadko bardzo tylko zdarza się, aby nastąpiło zwyrodnienie złośliwe włókniaka, to

jednak nieraz przez utratę krwi, utrudnienie oddawania stolca i moczu, bóle, upadek sił i t. d., włókniaki maciczne szczególnie podśluzowe mogą stać się przyczyną śmierci przedwczesnej. Opierając się na wynikach własnego doświadczenia oraz wynikach kazuistyki oddziału szpitalnego, mojej pieczy powierzonego, w przypadkach poważniejszego charakteru radziłbym pacjentce raczej usunięcie guza samego lub też macicy nad wyczekiwanie losu niepewnego. U osób starszych i przy nowotworach niewielkich wołałbym czekać, jeśli zaś zgłosi się pacjentka, dajmy na to lat 35, nauczycielka, która na miesiąc ma zaledwie 11—18 dni bez utraty krwi, której nogi puchną, którą ustawiczne bóle uciskowe czynią niezdolną do pracy, to bym radził stanowczo zabieg nożem — inaczej, gdy zgłosi się wdowa lat 62, lecz na kilkanaście lat temu na przewlekłą miesiączkę, a dziś zastanę guzy twarde niewielkie, ruchome, niebolesne na dotyk i t. d. Przepisów ogólnych nikt dotychczas nie dał i dać nie może. Jeżeli przy raku, przy nowotworach jajników indywidualizować wiele nie wolno, to przy operacyjnym leczeniu włókniaków macicy przeciwnie pole indywidualizacji jest i pozostanie zawsze jaknajszersze.

Spostrzeżenia z oddziału ginekologicznego Szpitala Ewangelickiego, dotyczące włókniaków macicznych, mają być wkrótce ogłoszone przez kol. JAN-CZEWSKIEGO.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI

21. MEYER. Leczenie zapalenia otrzewny okładami wysokowymi. Doświadczenia BUCHNER'a wykazały, że krew zawiera składniki asymilujące i dezasymlujące (budujące i rozkładające), przyczem pierwsze znajdują się tylko w ciałkach krwi, drugie zaś zarówno w ciałkach, jak i w surowicy. Te składniki rozkładające niszczą powoli tkankę organizowaną, a prócz tego zabijają też obce organizmy i komórki, jakoto: czerwone ciałka krwi innych gatunków, bakterye i inne drobnoustroje.

Takie działanie krwi można z korzyścią wyzyskać w lecznictwie, prowadząc silny przyływ krwi ku miejscom chorym. Od bardzo dawna korzystaliśmy i korzystamy z tego sposobu, choć nie rozumieliśmy dotychczas znaczenia jego. Do wywołania przekrwienia najlepszymi środkami są: gorące powietrze, bańki i wyskok. Szczególniej ten ostatni, 96‰, użyty w postaci okładów (wata, przepojona wyskokiem, pod wyksatyną i bandażem) wywołuje bardzo silne przekrwienie, któremu właśnie przypisać należy lecznicze działanie wyskoku, nie zaś dezynfekcyjnym jego własnościami.

Na zasadzie tych rozumowań i spostrzeżeń uważa MEYER za właściwe zastosować okłady wysokowe w tych cierpieniach chorób jamy brzusznej, w których leczenie nasze wogóle bardzo jest ograniczone, np. *peritonitis tuberculosa*, *appendicitis*, *typhlitis* i inne ograniczone zapalenia otrzewny (w ginekologii).

Słowa swe ilustruje autor opisem wyleczenia bardzo groźnego przypadku gruźliczego zapalenia otrzewny: 9-letnia Frieda Z., wątła, blada, źle rozwinięta dziewczynka, z matki szczupłej i nędznej, zachorowała 14 grudnia 1899 na bóle brzucha, zaparcie stolca, brak łaknienia, wymioty i osłabienie ogólne. Siostra pacjentki cierpiała na gruźlicze zapalenie stawu biodrowego w dzieciństwie. Z innych momentów przyczynowych stwierdzono również silne przeziębienie na dzień przed zachorowaniem. Zalecone środki: lekki środek czyszczący, a potem

kataplazmy i przetwory makowcowe, nic nie pomogły. Bóle brzucha były straszne, serce słabło, zjawił się kaszel i duszność, chora nie pozwalała dotknąć powłok brzusznych — na zasadzie tych objawów, jako też stanu odżywiania i dziedziczności rozpoznano *periton. tubercul.* Widząc nieskuteczność zalecanych środków, zdecydował się autor trzeciego dnia leczenia na okłady z 96<sup>o</sup>/<sub>100</sub> wysokoku. Stosował je przez całe dni i noce; chora znosiła je chętnie, a nawet domagała się ich, koiliy bowiem bóle. Leczenie to trwało 14 dni, podczas których różne występowały objawy: to łagodniejsze i pomyślniejsze, to znowu groźniejsze. Po dwu tygodniach zauważono zaczerwienienie dokoła pępka, wypuklenie się tegoż i chębotanie pod nim, a w tydzień później otworzył się pępek i wylało się zeń pół litra gęstej ropy. Okłady z wysokoku zastąpiono okładami z roztworu Burkova. Wypływ ropy trwał jeszcze przez następne dwa tygodnie, otwór zewnętrzny zagoił się bardzo późno. Łaknienie poprawiło się, stolce stały się prawidłowe, kaszel znikł, a po 6 tygodniach chora opuściła łóżko. W następstwie miewała podobno jeszcze napady bólesci brzucha, które matka usuwała zawsze za pomocą okładów wyskokowych.

Autor przypuszcza, że gruźlicze zapalenie otrzewny rozwinęło się w tym przypadku z gruczołów kreskowych, wyskokowe zaś okłady, wywołując silne przekrwienie, przyciągają mnóstwo krwi wraz z zawartymi w niej leukocytami. Te ostatnie powodują stąpienie się tkanek, przyspieszają przeto wydobywanie się ropy na zewnątrz.

Wobec ciężkiego rokowania w przypadkach tego rodzaju, jak również wobec niemożliwości operowania ich przez lekarza praktycznego, jako też trudności w przesyłaniu takich chorych do większego miasta celem poddania ich zabiegom chirurgicznym, proponuje MEYER dalsze próby nad okładami wyskokowymi, których ważne zalety stanowią: nieszkodliwość, czystość i łatwość w zastosowaniu, niebolesność i taniość.

(*Ther. Monat.* 1901. Nr. 1).

L. W.

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 9 lutego r. b.

Z powodu śmierci prof. TYRCHOWSKIEGO zjawily się w kuryerze składki na zapomogi dla uczennic katoliczek szkoły akuszeryjnej. Rada Tow. Higienicznego ofiarowała na ten cel 50 rb. Postanowiono rozpocząć starania o pozwolenie na zbieranie stypendyum dla uczennicy katoliczki szkoły akuszeryjnej.

Odczytano pracę d-ra C. GRABOWIECKIEGO z pow. wilkomierskiego o chatkach w głębi Litwy, stwierdzającą na ogół opis d-ra GRODECKIEGO (patrz *Zdrowie* 1900, str. 579 i *Medycyna*, 1900, str. 1042). Względna zamożność, układ wsi w kolonie, chaty pobudowane zwykle gdzieś w nizinie nad wodą, obszerne, nie bielone, zwykle bez fundamentów z małymi zabitymi oknami. Chaty kurne znikają. Studnie w każdej zagrodzie, ale źle ocembrowane. Na zimę ogradzają chatę chróstem, drwami i nasypami ziemnymi. Wszędzie ogrody owocowe i warzywne. Pewna dbałość o estetykę (ganek, świetlica z koniecznymi krosnami). Wewnątrz brak czystości, brak kuchen angielskich, piece liche. W lecie sypiają w śpichrzu. Zwierząt w domu nie trzymają. Przez 4 tygodnie na jesieni zanieczyszczenie wszystkich rzeczek wskutek moczenia lnu, dochodzące do tego stopnia, że woda w nich czernieje.

P. MORAWSKA w opisie kilku dobrze zabudowanych wsi w Płockiem (niektóre chaty murowane, kryte dachówką, z podłogą z cegły) przytacza nowopowstałą wieś pod Mławą, gdzie włościanie są zamożniejsi. W mieszkaniach zdarza się tam nawet jakaś pretensjonalna elegancja: liche tapety, ściany malowane w kwiaty, niemieckie oleodruki, meble wyścielane, ale bardzo brudne i wygniecione. Odpowiada temu i odzież, często karykaturalna, miejskiego kroju z pruskiej tandety i używanie najlichszej wymoczonej herbaty słodzonej sacharyną. Roczny wynajem izby wynosi tam 12 rb., alkierza 8.

P. RAKOWIECKI zdał sprawę z czynności komitetu mieszkań włościańskich. Na kwestyjonaryusz, rozesłany w jakichś 200 egzemplarzach nadeszło już 45 przeważnie wyczerpujących odpowiedzi. Pożądane są dalsze odpowiedzi, jako też fotografie chat, zwłaszcza ich wnętrza, drzeworyty choćby z pism, przedstawiające chaty z różnych czasów i okolic. Książeczka MORACZEWSKIEGO o budowie zagród włościańskich po odpowiedniej przeróbce już się drukuje. W sprawie mieszkań służby folwarcznej wysłano odezwy do paru towarzystw rolniczych.

Konkursu na plany wzorowych chat i czworaków zaniechano. P. budowniczy BIELSKI ofiarował się zrobić plany i rysunki, skoro mu się ściśle oznaczy wymagania, mające być przy tem uwzględnione. Wymagania te komitet już sobie sformułował, ale jeszcze je przesłał sekcji architektonicznej z prośbą o uwagi, zwłaszcza techniczne.

Komitet wymaga: 1) Przynajmniej 6 metrów odległości od chaty do chaty lub do zabudowań gospodarskich. 2) Ogródka przed drogą. 3) Obszernego podwórza z obornikiem, śmietnikiem i ustępem. 4) Studni w każdej zagrodzie, o ile niema w pobliżu rzeki. 5) Fundamentów murowanych pod chatę ze wzniesieniem podłogi najmniej o pół metra nad teren; warstwy izolacyjnej między gruntem a podłogą (z cegły bitej, gliny i węgla z piaskiem, ewentualnie nawet z cementu). 6) Ścian 4 calowych w chatach drewnianych, łokciowych zaś — w murowanych, (chaty lepione z gliny, obrzucone wapnem i szabrowane cegłą, gorąco poleca p. S. DZIERŻBICKI). 7) Oddzielnej izby z widną komorą i sienią dla każdej rodziny. 8) Podłogi z desek heblowanych na balach. 9) 15 metrów sześć. przetrzeni w izbie na dorosłego, wysokość izby 2,75 metr., długość i szerokość przynajmniej po 5 metr. 10) Pieca dobrej konstrukcyi, służącego i za kuchnię. 11) 2 okien w izbie rozmiarów 125 ctm. długości, 95 szerokości, na zawiasach z lufcikami, w zimie podwójnych (stosunek powierzchni świetlnej do podłogi 1 : 10).

W Królestwie od r. 1816 zapadały różne postanowienia, dotyczące zabudowania miast i miasteczek. A więc uchwalano pożyczki na stawianie nowych domów, naprzód w niektórych tylko miastach, potem w całym już Królestwie, ale tylko na domy murowane (r. 1816, 1817, 1821, 1844 i in.). Zakładanie cegielni z sum skarbowych (r. 1818). Nakaz zabudowywania pustych placów domami murowanymi (1818). Zakaz chat dymnych i strzech słomianych w miastach, przepisy, dotyczące pieców i kominów, ograniczenie prawa reparacyi domów drewnianych między murowanymi, wyrzucenie nowych stodół za miasto, jako też fabryk i rzeźni, plany regulacyi miasta i konieczność planów na nowe domy, wreszcie przepisy o brukach, chodnikach, studniach a nawet kolorze domów nie nazbyt jaskrawym (r. 1820). W r. 1847 polecono budowniczym w projektach domów drewnianych dołączać cenę takichże domów murowanych, w większych miastach wybudować studnie murowane z pompami żelaznemi. W r. 1859 wydano przepisy dla ograniczenia pożarów, zapewnienia czystości powietrza (ogródki od ulicy przed domami), usunięcia wilgoci z mieszkań, oznaczono *minimum* przetrzeni podwórza.

Natomiast dla wsi Królestwa nie decydowano się na żadne przepisy budowlane.

W Cesarstwie ustawa budowlana żądała we wsiach ulic szerokich na 10 sążni lub zabudowanych po jednej tylko stronie, przestrzeni 6 sążni między domami, odbudowywania wsi spalonych według wzorowych planów, stawiania łaźni, kuźni, cegielni i t. p. za wsią nad wodą, 60 sążni długości a 10 szerokości dla każdej zagrody włościańskiej (w tem 4 sążnie szerokości pod ogród), rowów wybrukowanych lub wydarniowanych z mostkami a nie groblami wzdłuż ulic wioskowych. W r. 1879 ziemstwa, a w guberniach nie mających samorządu, urzędy do spraw włościańskich otrzymały prawo zmieniania powyżej przytoczonych przepisów, stosownie do warunków i potrzeb danej miejscowości. W Królestwie ustawa budowlana Cesarstwa nie obowiązuje. Przytoczone wyżej przepisy prócz dotyczącego rowów wioskowych byłyby dla naszych włościan niezmiernie uciążliwe, prawie niemożliwe do wykonania.

## ODCINEK.

### Najbardziej uzasadniony cel i organizacja pomocy lekarskiej dla ludności folwarcznej.

Napisał

D-r medyc. Szczęśny-Bronowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu sekcji ludowej Warsz. Tow. Higienicznego dnia 22 stycznia r. 1900).

Sprawa pomocy lekarskiej dla ludności folwarcznej była już poruszana w naszym Towarzystwie Higienicznym, i dyskutowano o rozmaitych sposobach jej zastosowania. Dzisiaj znowu ośmielam się zabrać głos w tej sprawie, a to ze względu na jej doniosłość i znaczenie. A ponieważ rzecz ta nie jest już dla nas obca, będę się więc opierał na poprzednich naszych wywodach, więcej czasu pozostawiając kilku kwestyom, nie dostatecznie przez nas obgadany. Przedewszystkiem chcę zwrócić uwagę Szanownych Panów, że racjonalna opieka lekarska dla służby folwarcznej jest nie tylko dla tej ostatniej niezbędna, ale też leży i w interesie samych właścicieli lub dzierżawców ziemian.

Poprzednio zaznaczyliśmy, że już blisko od lat 40 głębokie ekonomiczne i prawodawcze przeistoczenia w kraju zniosły dawny patryarchalny stosunek dworu do włościan i służby; tymczasem nowe stosunki jeszcze się należycie nie ukształtowały. Tak samo znika dawny zwyczaj udzielania chorym przez dziedziczkę porady i lekarstwa, a nowy zwyczaj używania lekarza do chorej służby dopiero się wyrabia i spotyka wielkie trudności. Jeżeli o zachowanie i podtrzymywanie spójni między chatą i dworem, między dworem a służbą folwarczną i nadal nam chodzi, winniśmy pamiętać, że stosunki przyszłości bezwarunkowo przeważnie tak się ukształtują, że będą się opierały na wspólności interesów ekonomicznych i materialnych przy zachowaniu równouprawnienia majątkowego i klasowego z obu stron, a więc racjonalna wspólna służba zdrowia, i opieka lekarza będzie jednym z czynników tej spójni. Oprócz zadowolenia swoich uczuć humanitarnych w trosce o młodszych braci, będziemy więc stwarzali pod-



waliny tej spójni i współzycia. Ale zajmijmy się kwestyą materyalną i korzyściami, jakie dla samych ziemian z urządzenia racjonalnej pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej wynikać mogą.

Ręce robocze dla właściciela ziemskiego większego lub fabrykanta to konieczny warunek rozwoju pomyślnego ich interesu. To też w krajach kulturalnych i prawodawstwo państwowe, i rozmaite stowarzyszenia i pojedyncze jednostki dbają o tę dostateczną liczbę rąk roboczych, potrzebnych do siły wytwórczej narodu i pojedynczych przedsiębiorstw, jak również o ich możliwą tęgość sprawność i siłę wytwórczą.

Wspomnę nawiasem o kasach dla chorych (t. zw. Krankenkassen) w związkach robotniczych niemieckich i o tem, że te ostatnie doszły do przedświadczenia, że zamiast chorym suchotnikom wydawać roczną rentę aż do ich śmierci, wygodniej znacznie będzie łożyć na ich kurację w sanatoriach ludowych dla suchotników, tak licznych w Niemczech, boć po przebytej odpowiedniej kuracji w nich, chory robotnik wraca do pracy i nie obciąża kasy związku na swe dożywotnie utrzymanie.

Zrozumiano więc należycie doniosłość odzyskania zdrowia pracującej jednostki dla wspólnego interesu i o to zdrowie, chociażby względne, umiejętnie się troszczą związki robotnicze. U nas przynajmniej w stosunkach rolnych powyższa okoliczność nie jest jeszcze należycie uświadomiona, pomoc lekarska dla służby folwarcznej urządzają dotąd ziemianie z pobudek humanitarnych, a jednakże narzekamy już bardzo na brak robotnika, na wychodźstwo stałe i czasowe dla zarobku i t. d. Postaram się nieco bliżej uzasadnić tę korzyść czysto materyalną, wynikającą z dbałości i troski o zdrowie i siły pracującej służby rolnej.

Weźmiemy np. pod uwagę średniego obszaru majątek[ziemski, liczący chociażby 40 włók ziemi. Wedle nadesłanych nam odpowiedzi z rozmaitych stron kraju, na jedną włókę ziemi rolnej przypada przeciętnie 4 osoby służby folwarcznej, z tych jedna, pobierająca pensyę, 3 zaś pozostałe należą do rodzin bezpośrednich pracowników, czyli inaczej obszar ziemi, 40 włók wynoszący, utrzymuje przeciętnie 160 osób służby folwarczej, z tych 40 pobiera pensyę, 120 zaś innych nie pobiera jej wcale. Przyjmując wedle danych statystycznych dla Królestwa Polskiego śmiertelność 25,6 na 1000 mieszkańców, wypadnie w takim naszym przeciętnym folwarczku 4,1 przypadków zejścia śmiertelnego rocznie. Opierając się dalej na ogólnej statystyce i przyjmując na jednego umierającego 30 chorych, otrzymamy cyfrę chorych rocznie — 123 osoby; nadto + 4 zejścia śmiertelne, czyli w sumie rocznie — 127 chorych. Na każdego chorego przypada przeciętnie 20 dni choroby, czyli inaczej wskutek choroby i śmierci folwark rocznie traci 2540 dni roboczych. Z tych jednakże tylko  $\frac{1}{4}$  dni roboczych przypada na ludność, bezpośrednio pracującą dla folwarku, pozostałe  $\frac{3}{4}$  — na ich rodziny. Jednem słowem w rezultacie folwark rocznie traci  $2540 : 4 = 635$  dni roboczych. Szacując zaś wartość dnia roboczego na 30 kop. dziennie, otrzymamy już poważną cyfrę straty, mianowicie 190 rs. 50 kop. rocznie. Podczas choroby robotnika, pobierającego pensyę, musi jednakże właściciel ziemski karmić nieprodukcyjnie dla siebie jego rodzinę, czyli wedle naszych obliczeń ludność cztery razy liczniejszą, a przyjmując że przeciętne dzienne utrzymanie człowieka na wsi wynosi 10 kop., dojdziemy do wniosku, że zmarnowane 635 dni robocze wynoszą na utrzymanie chorych rocznie 63 rs. 50 kop., a z ich rodzinami włącznie  $63,50 \times 4 = 254$  rs. W ostatecznym rezultacie posiadacz folwarku 40 włók w obszarze wedle przypuszczal-

nych obliczeń statystycznych może tracić na chorobie i śmierci 344 rs. 50 kop. rocznie. Choć cyfra ta straty, wzięta w przybliżeniu, może się wahać w szerokich granicach względnie do miejscowości i czasu, jednakże obliczenie powyższe niezbitnie wykazuje, że takiej straty poważnej rozsądny i oględny ziemianin lekceważyć nie może, tem bardziej, że często jego straty z braku na razie rąk roboczych potrzebnych do wykończenia terminowej roboty wprost są nieobliczone. Należyte sanitarne urządzenia i reformy, racjonalna pomoc i opieka lekarska bez kwestyi mogą w bardzo znacznym stopniu zmniejszyć liczbę śmierci i zachorowań i, co za tem idzie, w rocznym bilansie podnieść stopę dochodową majątku, oszczędzić właścicielowi wiele strapień, przykrości i t. d. Gdybyśmy nie pamiętali o powyższem, wydalibyśmy sobie smutne świadectwo narodu niekulturalnego, niezapobiegliwego, na co przecie przystać w żadnym razie nie możemy.

Przechodzę następnie do kwestyi jeszcze ważniejszej, mianowicie do sprawy ogólnej i osobistej zdrowotności i bezpieczeństwa. *Salus populi suprema lex*, zdrowie jest najpierwszym warunkiem siły narodu i jego szczęśliwości, twierdzą higieniści. To też higiena w miastach, w zakładach przemysłowych, w wojsku, w szpitalach, w szkołach znajduje coraz szersze zastosowanie, ale na naszej wsi szczerą mrok niemal panuje pierwotny. Brud, niechlujstwo, ciasnota mieszkań, marne i niedostateczne odżywianie ludności folwarcznej, brak prawie absolutny pojęć i zarządzeń higienicznych, zapobiegających chorobie i śmierci, niemal pożarem grasujące choroby infekcyjne, oto są czarne plamy na tle naszego życia wiejskiego. Zaprzeczyć się nie da, że to wszystko przecie nie podnosi zdrowotności, tęgości i siły wytwórczej narodu wogóle i pracowników rolnych w szczególności. To też lekarz dla służby folwarcznej winien być przede wszystkim higienistą, t. j. dbać o higienę i warunki zdrowotne powierzonych mu folwarków rolnych na całym ich obszarze — w mieszkaniach i po za nimi. Nie będę i nie mogę w krótkim odczycie wyczerpywać całego ogromu leżącego przed nami zadania, przytoczę tylko dla przykładu kilka najbardziej codziennych i bijących w oczy faktów.

W pewnym majątku rok rocznie panuje epidemicznie zimnica, rodzina właściciela ziemskiego prawie cała wymiera w ciągu kilku pokoleń z dziedzicznej niby gruźlicy, stan majątkowy wskutek ciągłych nieszczęść tych rodzin jest oplakany, moralny — pozostałych członków, w ciągłym oczekiwaniu fatalnej choroby, jeszcze gorszy; a tymczasem widzimy całe dominium wśród gnijących torfowisk, wśród dworu znajdziemy z pewnością parę brudnych, cuchnących stawów, dom mieszkalny niski, wilgotny, zewsząd zacieniony olszyną i sadem. Przecie osuszyć nieraz błota, zasypać stawy, usunąć z tamtąd gnijące konopie, przetrzebić krzaki lub drzewa, dać dostęp dla przewiewu powietrza, nie jest ani trudnem, ani kosztownem zadaniem.

Jednostka uświadomiona — *vulgo* lekarz powinien rzucić trochę światła i inicjatywy w to gnijące i apatyczne bagno. W innym majątku znów podczas lata panują częste biegunki krwawe, w jesieni i na wiosnę — tyfus brzuszny — a przyczyną tego zła woda studzienna, studnie znajdują się obok obór, na stoku gnojowisk, są chronicznie zanieczyszczone, ba, gorzej jeszcze bywa nieraz, gdyż wodę do picia bierze się z gnijących stojących stawów. Mam jeszcze inny w pamięci obraz: otóż w pewnej wsi, położonej w początku rzeczki, zjawił się tyfus brzuszny, ludność, ma się rozumieć, prała bieliznę i wylewała wszystkie nieczystości do owej rzeczki, i naturalnie cały szereg wsi i folwarków, położonych w pobliżu biegu tego strumyka (lepiej rzeczki), zarażony został i zaczął zapadać na tę samą chorobę. Czyżby w powyższym wypadku nie przydał się lekarz świadomy rzeczy?

który, usuwając szkodliwą wodę, zapobiegłby niedoli ludzkiej. W pewnej rodzinie szlacheckiej, dobrze mi od lat wielu znanej, częstymi nader gośćmi były tyfus, dyfteryt, biegunki, zolży z towarzyszącymi zwykle chorobami dróg oddechowych; jako lekarz, wezwany na poradę, miałem przed sobą rzeczywiście smutne tło życia ludzkiego i zagadkę do rozwiązania, rozwiązałem ją, każąc z gruntu przebudować dom mieszkalny, rozszerzyć go, położyć nowe podłogi pomalować, jak również i ściany, postawić nowe piece, usunąć wszelki inwentarz, jaki się w domu znajdował (kury, kaczki) jak również i składy spożywcze, pilnować ściślej czystości i higieny w domu i po za domem, a wyniki tego wynagrodziły sownie właścicieli, gdyż od lat kilku żyją we względem zdrowiu i spokoju.

Mógłbym przytoczyć jeszcze wiele dowodów na to, o ile uczciwy i świadomy swoich zadań lekarz, a mający takie dwory wiejskie w swojej pieczy i odpowiedzialności, jest dla nich potrzebny, nie będą jednak zbyt truduł uwagi Szanownych Panów, gdyż wiadomem i zrozumiałem jest przecie, że lekarz, stale obserwujący np. epidemię we dworze, jej rozwój, przyczynić się musi do zapobieżenia jej przeniesieniu z mieszkań folwarcznych, z t. zw. czworaków, do rodzin właścicieli majątku i odwrotnie. A jak często tyfus plamisty, szkarlatyna, dyfteryt i dyzenterya przechodzą od czeladzi do dziedziców i odwrotnie, wiemy o tem wszyscy. Według obliczeń statystycznych (sprawozdanie Med. Departamentu z lat 1878 i 1880) śmiertelność z chorób zaraźliwych stanowi 80% ogólnej śmiertelności. Może ten procent ogólnej śmiertelności dla kraju naszego jest nieco wygórowany, w każdym jednak razie, cyfra nawet nieco mniejsza jest zbyt wymownym dowodem potrzeby wypowiedzenia walki chorobom zaraźliwym, a ta walka, nawiasem dodam, przy pewnych, nauką uzasadnionych staraniach, jest zadaniem bardzo wdzięcznem i owocnem.

(D. n.).

## SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO W PARYŻU

(2—9 sierpnia 1900).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr 6).

### Chirurgia wieku dziecięcego.

Hoffa z Würtzburga mówił o krwawem nastawianiu wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym. Zawsze zaczynamy leczenie od próby nastawienia niekrwawego, która gdy zawiedzie, uciekamy się do nastawienia krwawego. Najbardziej odpowiedni jest wiek 3 — 6 lat. Niezbędna jest jaknajściślejśza aseptyka.

Cięcie, równoległe do krętarza, zdąża na 2 cent. powyżej tegoż. Często-kroć wypada uciekać się do nader rozległych przecięć ścięgien i mięśni, a to w tym celu, by być w stanie ściągnąć główkę kości udowej ku panewce. Do tego samego celu służy nam śruba Lorenz'a. Panewkę znajdujemy w stanie zaniku. Wobec tego musimy za pomocą dłuta i ostrej łyżki wydrążyć odpowiednio dużą i głęboką panewkę; musi ona być otoczona ostrymi brzegami, by główka nie miała skłonności do ponownego wypadnięcia. Rany nie zaszywamy, lecz wobec tego musimy jaknajstaranniej ochraniać ją od zakażenia.

Na opatrunek aseptyczny nakładamy opatrunek gipsowy unieruchamiający, ustawiając kończynę w abdukcji i rotacji ku wewnątrz. Po raz pierwszy

zmieniamy opatrunek 4—8 dnia, zaś po upływie z tygodni rana bywa zagojona. Leczenie następcze odgrywa niezmiernie dużą rolę. Polega ono na mięsieniu, elektryzacji mięśni, gimnastyce. Wcześniej zmuszamy dzieci do chodzenia. By zapobiedz zeszywnieniu w położeniu fleksyi i abdukcji, wykonywamy ekstensję i addukcję. Gdy już doszło do owego zeszywnienia, wykonywamy przecięcie kości udowej poniżej krętarzów. Ostateczny wiek dla zwichnięcia edn. ostronnego jest 10 lat, dla obustronnego — 6 lat.

Już po upływie roku chorzy ulegają dużym zmianom. Zmniejsza się skrócenie kończyny, lordoza; ruchy są o wiele rozleglejsze, szczególnie fleksja i abdukcja, chorzy chodzą zadawalniająco dobrze. Miednica rozwija się prawidłowo. U osób wiekowych ze zwichnięciem obustronnem wykonywamy wycięcie główki, z jednostronnem — osteotomię podkrętarzową, już-to podług KIRMISSON'a, poprzeczną, już-to podług HOFFA'y—skośną.

Odprowadzanie krwawe przedstawia, podług LORENZ'a, następujące niedogodności: dość znaczną śmiertelność na skutek zakażenia, bo sięgającą 2%—10%; jedno lub dwustronne zeszywnienie stawu; nieprawidłowe rozwijanie się miednicy na skutek zniszczenia chrząstki w panewce. Nastawianie powolne, bez chloroformu, może być stosowane tylko u bardzo małych dzieci. Nastawianie jednorazowe, bezkrwawe, w uspieniu chloroformowem jest najwłaściwsze. Za wiek krańcowy uważa L. w zwichnięciu jednostronnem 9—10 lat, w dwustronnem 7—8 lat. Za pomocą mocnego pociągania nadrywamy m. przywodzące uda. Nastawienie główki uskuteczniamy za pomocą gwałtownego ciągnięcia w kierunku pionowym uda, zgiętego pod kątem prostym i odprowadzonego pod takim samym kątem, oraz przez bezpośrednie naciskanie na krętarz. Gdy przekonamy się, że główka spoczywa na właściwym miejscu, nakładamy opatrunek gipsowy, utrzymujący udo w położeniu abdukcji do 90°, hysperekstensyi i rotacji wewnętrznej. Po upływie 4—5 miesięcy zmieniamy opatrunek gipsowy, ustawiając udo w położeniu umiarkowanej fleksyi i abdukcji. Dziecko zmuszamy chodzić jaknajwięcej; na skutek naciskania główki na panewkę, ta ostatnia zyskuje na wielkości i głębokości, głównie kosztem górnego brzegu. Drugi opatrunek usuwamy po upływie 4—5 miesięcy i przystępujemy do mięsienia i gimnastykowania mięśni. W przebiegu dalszym spostrzegano ponowne zwichnięcie główki ku przodowi i ku górze, co zależy już-to od wadliwego leczenia, już-to od własności zmian w kośćcu. W połowie przypadków wynik bywa zupełnie zadawalniający i pod względem czynnościowym i pod względem anatomicznym, w drugiej — aczkolwiek pod względem anatomicznym doskonały nie jest, to jednak chorzy dużo zyskują pod względem czynnościowym. Jeżeli nastawianie niekrwawe nie udało się, pozostaje uciec się do operacji, jednak nie należy, zdaniem L., pogłębiać panewki kosztem zniszczenia chrząstki.

KIRMISSON uważa za konieczne jaknajwcześniejsze rozpoznawanie zwichnięcia. Udaje się to w wieku 18 do 24 miesięcy. Zastosowane w wieku tym stałe wyciąganie uda wystarcza do nastawienia uda; by wzmocnić otrzymany wynik, daje K. następnie dziecku przyrząd, utrzymujący udo w położeniu umiarkowanej abdukcji. Leczenie to trwa kilka lat, leccz daje wynik zadawalniający.

BROCA i MOUCHET, FROELICH z Nancy, MAUCLAIRE z Paryża, CALOT z Berck, CODIVILLA z Bolonii, PIECHAUD z Bordeaux, PIERRE z Berck w przemówieniach swoich istotnego do przemówień powyższych nic nie dodali

DOYEN z Paryża przy pomocy specjalnego przyrządu operuje chorych w wieku 20—25 lat. Mniej więcej stosuje się do sposobu HOFFA — LORENZ'a.

Panewkę pogłębia za pomocą przyrządu w postaci rury. Główkę odprowadza do pogłębionej panewki za pomocą potężnego przyrządu, bezpośrednio naciskającego główkę. Ranę zaszywa całkowicie, bez sączka i nakłada gips, przystosowując go do rozbieralnego przyrządu w postaci noszy. Po upływie 3 — 4 tygodni nadaje prawidłowe położenie stawowi kolanowemu i stopie za pomocą przecięcia kości udowej ponad kłykciami. By zapewnić ruchomość odprowadzonej główce, autor próbował wkładać między tę ostatnią a nową panewkę płat mięśniowy lub kawałek rozciągną.

BRADFORD z Bostonu do wyprostowania garbu pociąga za głowę, ramiona i golenie i z umiarkowaną siłą naciska garb. Po wyprostowaniu porażenia kończyn często znikają. Gorsety należy nosić bardzo długo. Po mniej lub bardziej długim okresie przeważnie spostrzega się odnawianie się garbu.

REDARD i BESANÇON z Paryża prostowali garby 120 chorym, pociągając za pomocą przyrządu ze śrubą i korbą. W celu unieruchomienia stosują opatrunki gipsowe; do garbu części lędźwiowej i dolnej połowy grzbietowej wystarcza zwyczajny gorset, w przypadku zaś garbu wyżej położonej części kręgosłupa dodają przyłbicę. Garby ankilozowane do prostowania nie nadają się. Przeciwwskazane jest również prostowanie wobec ropni opadowych, wobec niekształceń klatki piersiowej, wobec rozpowszechnienia się samej sprawy. Wogóle zaś prostowanie winno być starannie stosowane w początkowym okresie choroby POTTA, i wówczas może ono dać wyniki zadawalniające.

BROCA i MOUCHET z Paryża nie prostują garbów części szyjowej kręgosłupa, jak również uważają za przeciwwskazanie obecność ropnia, stan kachektyczny, daleko posuniętą gruźlicę płuc. Chorego usypiają, kładą na brzuchu i bez pomocy przyrządów ciągną za ramiona i golenie; w razie potrzeby dodają uciskanie ręką. W uspieniu również, w pozycji SAYRE'a, nakładają opatrunek gipsowy, który, gdy chodzi o garb dolnej połowy kręgosłupa, składa się z gorsetu, zaś, gdy chodzi o górną tegoż połowę — prócz tego i z czapki na głowę. Pierwszy opatrunek pozostaje na chorym 3 miesiące, podczas których chory leży w łóżku. Wyprostowanie nie udaje się w przypadku ankilozy garbu. Daleko posunięte garby, pomimo najstaranniejszego leczenia, odnawiają się.

DUCROQUET, PHOCAS, KIRMISSON nic nowego do wyżej podanego nie dodali.

(D. n.).

## *O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława*

za czas od 14 stycznia do 14 lutego r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 100 (m. 51, k. 49); przybyło w styczniu 86 (m. 37, k. 49); wypisało się 74 (m. 32, k. 42); zmarło 14 (m. 6, k. 8); pozostało na miesiąc następny chorych 98 (m. 50, k. 48).

Ogólna liczba chorych była takąż sama, jak w grudniu r. z. Szpital w dalszym ciągu przyjmował przeważnie chorych na ospę, których przybyło tyleż prawie, co i w zeszłym miesiącu, t. j. 60, liczba — jak widzimy — jeszcze bardzo znaczna. Razem z pozostałymi z poprzednich miesięcy szpital liczy obecnie chorych na ospę 77 (m. 37, k. 40). Daleko korzystniej natomiast przedstawia się śmiertelność, która była dwa razy mniejsza, niż w grudniu.

Z innych chorób gorączkowych częściej pokazywała się szkarlatyna i odra z przebiegiem niezbyt ciężkim.

Wszystkich chorych na ospę przybyło 60 (m. 28, k. 32). Śmiercią zakończyło się przypadków 13 (m. 5, k. 8), z których 10 u chorych nieszczepionych. Jedna chora szczepiona zmarła wskutek innej przyczyny. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Łucka 6, Piękna 5 i 19 (5 prz. padków); Młynarska 66, 8 (5 przypadków), Nowolipki 18 i 72; Grzybowska 18, Miodowa 21, Krucza 6, Wspólna 2, 24 i 34; Wolska 3, Łucka 6, Mokotowska 17, Freta 18 i 11; Grodzieńska 22, Złota 24, Piekarska 10, Leszno 97, Kamionkowska 11, Mostowa 8, Dzielna 69, Długa 12, Koszykowa 39, Miła 60, Krochmalna 11, Krakowskie Przedmieście 20, Sosnowa 5, Nowy Świat 24, Dobra 37, Targowa 18, Twarda 53, Plac Witkowskiego 4, Daniłowiczowska 8, Solec 62, Grodzieńska 22, Grzybowska 18, Nowolipki 51, Orła 11, Złota 59, Oboźna 2, oraz z Siele, Ochoty, Zalesia, Targówka i Górze.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: szkarlatyny 6 przypadków (m. 2, k. 4) u dorosłych z ulic: Elektoralna 22, Aleksandrya 25, Chmielna 58, Żelazna 76, Orła 6 i Brzeska 11; Odry 5 przypadków (Aleje Jerozolimskie 25, Wspólna 60, Maryensztat 11, Bagatela 8, Kanonia 20); róży 3 przypadki; tyfusu wysypkowego 2 przypadki (Browarna 10 i Hoża 30) oraz jeden przypadek tyfusu brzuszego (Nowogrodzka 9).

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 9 (m. 4, k. 5).

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 11 (m. 8, k. 3), dla braku zaś miejsc 10 (m. 3, k. 7).

Wszyscy chorzy spędzili dni szpitalnych 3076 (m. 1579, k. 1497).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 7,52%.

*J. Szyncew.*

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— DARIER badał wpływ dioniny na oczy pod względem kojenia bólu. Różni się ona od kokainy tem, że działanie jej nie jest krótkotrwałe i powierzchowne, lecz sięga daleko głębiej; tak np. w kilku przypadkach zapalenia tęczy źrenica, nie ulegająca wpływowi atropiny, rozszerzała się znacznie i na czas dłuższy, a bóle zniknęły po godzi-

nie od chwili wprowadzenia do worka łącznicy ziarnka (wielkości tępka od szpilki) dioniny. Jednakże spostrzegano przytem miejscowe objawy podrażnienia, ból palący, fałdkę obrzękową, dokoła rogówki, obrzmienie powiek i t. p., które zresztą szybko zniknęły. (Ophthalm. Klinik. 5. 4. 1900).

*P.*

### Wiadomości bieżące.

— Koł. Jan BORZYMOWSKI ord. kliniki chirurgicznej uniwersytetu tutejszego otworzył w d. 16 b. m., (Karmelicka 6) pracownię sterylizacyjną, w której przygotowują się opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane.

— Zeszyty 9, 10, 11 i 12 seryi XII „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyę „Gazety Lekarskiej“,

wyszły z druku i zawierają pracę Angelo CELLI p. t. „Malarya według najnowszych badań“ w tłumaczeniu dra Wiktora GROSTERNA.

— W dniu 14 lutego otwarto w Krakowie wodociągi. W tych dniach grono członków tow. lekarskiego krakowskiego odbędzie wycieczkę na Bielany w celu obejrzenia urządzeń wodociągowych w ruchu. Po powrocie w mieście

ma się odbyć uczta w celu uczczenia głównego kierownika budowy wodociągów inżyniera INGARDENA.

— Nakładem Kasy MIANOWSKIEGO wyszedł z druku „Podręcznik histologii ciała ludzkiego“, opracowany zbiorowo przez grono lekarzy lwowskich, krakowskich i warszawskich. Redakcją kierował prof. HOYER, wydawnictwem d-r L. DUDYŃSKI.

— W początkach kwietnia r. b. odbędzie się XXX Zjazd niemieckiego towarzystwa chirurgicznego w Berlinie.

— Zjazd niemieckiego towarzystwa dermatologicznego odbędzie się we Wrocławiu od 28 do 30 maja r. b.

— Do miasteczka Sereje w gub. Suwalskiej potrzebny lekarz katolik. Odległość Serej od stacji kol. żelaznej Ołita dwie mile. Bliższych szczegółów udziela redakcyja.

— **Zmarli.** Dnia 14 lutego w Warszawie d-r Józef LEŚNIEWSKI, lekarz powiatów Górno-Kalwaryjskiego i Grójeckiego, w 65 roku życia.

— D-r Wojciech PACIEJEWSKI, dnia 15 lutego w 70 roku życia.

— W Piotrkowie dnia 14 lutego d-r RONTALER. Zmarły cieszył się ogólnem uznaniem i sympatyą, jako człowiek i lekarz.

— Dnia 10 b. m. w Kielcach zmarł ordynator miejscowego szpitala d-r Józef ŚMIGIELSKI, wychowaniec uniwersytetu Warszawskiego, w 41 roku życia. Zmarły padł ofiarą powołania, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym. Śmierć ta wzbudziła niezmierny żal w mieście, zmarły bowiem cieszył się powszechnem uznaniem i wziętością i należał do najwybitniejszych lekarzy miejscowych.

— Dnia 29 stycznia zmarł w miasteczku Serejach w Suwalskiej gub. d-r Edmund BARROSZEWICZ w wieku lat 46. Po skończeniu uniwersytetu w Moskwie, osiadł w Serejach, gdzie lat 20 stale praktykował. Padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym, którego liczne przypadki w ostatnich czasach chwili spokoju mu nie dawały. Dniem i nocą niósł pomoc z zaparciem się własnego zdrowia i sił, które ciężką pracą wyczerpywał. Cała okolica Go optakuje, gdyż był to człowiek zacny i dobry lekarz, który wdzięczność wszystkich umiał sobie zaskarbić. Osierocił żonę i czworo dzieci. Cześć Jego pamięci!

Komitet, zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NATANSONA przyznane zostaną w r. 1901. dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1897, 1898, 1899, 1900; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet, zarządzający Kasą, własnem staraniem usiłował zebrać dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie, dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z Członków Komitetu.

Prezes Komitetu: *W. Holewiński.*

Członek Komitetu Sekretarz: *F. Kucharzewski.*

SPROSTOWANIE. W Nr 7 „Medycyny“ r. b. na str. 155 wiersz 15 od góry zamiast „kwasie trójciowym“ powinno być „mieszanie trzech kwaśnych barwników (Ehrlich'a)“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Доволено Цензурою, Варшава, 8 Февраля 1901 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

## ZAKŁAD LECZNICZY

# D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od  
10—11 i od 3—4. Parada 39 kop.

## Zakład Leczniczy dla chorych

### NA USZY

# D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie  
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## ZAKŁAD CHIRURGICZNY

# D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

**Sewerynow 5, róg Oboźnej.**

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

## Pracownia analityczno-lekarska

# D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopiciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

## Instytut farmaceutyczny



# Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

## JODALBACID

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898, F. XLIV, Dr. Zuelzer, „Neu Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ Diodesp. med., Juni 1899; Dr. Leroy, „Etude experimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

## CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Müncb. med. Wochenscn. 1899 Nr. 1. Rada dworu Prof. Dr. Friemer „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung“ bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

## AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Rada tajny Prof. Dr. Glasen. „Ueber Amyloform. Dr. J. Langsd. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie“ (Therap. Monatshefte, Müncb. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Rosow i Marassolka, Spasso Gliniszowski perentok dom Pugowkina.

## Naturalny Koniak

# „IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

## Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Heas, Prof. N. Milcera i Wars. Higienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek.

Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarzkiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.

Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

## PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

## COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.