

# 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeżączce przedniej cewki. Przez d-ra A. Groszlika. — Przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritsch'a z pomyslnym zejściem dla matki i dziecka. Podał D-r med. D. Jurowski. — **WYKŁADY KLINICZNE.** Przepuklina z wysiłku (hernie de force). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 126. Chronicznie powtarzające się zapalenia migdałków w wieku dziecięcym. 127. Wpływ ciąży na wydzielanie mleka u karmiących. Sprawozdanie z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (21—24 lipca r. b.). Streścił St. Łagowski. (Ciąg dalszy). — **DRÓBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Groszlik — Sur l'emploi du protargol dans la blennorrhagie de l'urèthre antérieur. 2) D-r Jurowski — Un cas de section césarienne par la méthode de Fritsch suivi de guérison de mère et d'enfant.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Groszlik — Beobachtungen ueber die Wirkung des Protargols bei dem Tripper der vorderen Harnröhre. 2) D-r Jurowski — Ein Fall von Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind.

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

## Spostrzeżenia nad działaniem protargolu

w rzeżączce przedniej cewki.

Przez

D-ra A. Groszlika (Łódź).

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego dnia 19 września 1900 r.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 45).

Co się tyczy atoli wpływu protargolu na objawy kliniczne, muszę go nazwać niezmiernie dobroczynnym. Już w pierwszych dniach leczenia, niekiedy nawet drugiego dnia, ustaje a przynajmniej znacznie się zmniejsza ból podczas lub po oddaniu moczu; wyciek ustaje, i wydzielina wogóle znakomicie si ę zmniejsza, mocz staje się coraz mniej mętny, a po kilku dniach i przeczoczyc zysty, zawierając t. zw. nitki tryprowe. Pod tym względem nietylko po-

Numer przypadku	Które zakazanie?	Długość trwania inkubacji	W którym dniu choroby rozpoczęto leczenie?	Główne objawy początkowe	Wynik badania drobnowidzowego w I dniu leczenia	% stosowanego protargolu	Długość trwania leczenia protargolem	Przebieg kliniczny choroby w czasie stosowania protargolu	Wyniki badania drobnowidzowego w czasie leczenia protargolem	Czy osiągnięto zupełne protargolem.	Leczenie następcze	Wynik ostateczny leczenia wogóle	W czasie stosowania protargolu	Podczas następczego	Komplikacje
1	I	4 dni	II	Silny ból w czasie i po oddaniu moczu. Wyciek ropny obfity. Mocz (i porcja) bardzo mętny.	Liczne leukocyty i liczne gonokoki w wydzielinie.	0,1—1,25%	55 dni	IV dnia leczenia, ilość wydzielin zaczyna się zmniejszać, mocz oczyszcza. V, urytuje bez bólu, VI, wyciek znacznie mniej ukocyt.	XV. brak gonokok. XXXXIV. jeszcze sporo leukocytów. XXXXVI skąpe leukocyty.	Nie. W przeczozystym moczu nitki.	Adstringentia 17 dni.	Wyzdrowienie. I ranna porcja moczu zawiera trochę śluzu.			
2	I	3	II	Ból. Mocz mętny. Wyciek słaby.	Sporo leukocytów; brak gonokoków.	0,1—1%	48 dni	II. ból ustąpił. V. mocz przezroczysty, X. pogorszenie, wyciek ropny, ból, obrzęk praepucii (wino). XV. stan dobry w miarę powiększania koncentracji protargolu, ból, mocz mętny, wyciek ropny. Przerwa w leczeniu usunąć objawy.	V. wyłączenie śluzu. XVI. sporo leukocytów i gonokoków. XXXVIII. dużo leukocytów, mało gonokoków. XXXXVI. mało leukocytów; niema gonokoków.	Nie.	Adstringentia 30 dni.	Wyzdrowienie. I mocz ranny zawiera trochę śluzu.			
3	I	2	II	Ból. Mocz mętny. Wyciek obfity.	Sporo śluzu, mało leukocytów; dużo gonokoków	0,2—0,75%	30 dni	VII ból ustąpił; mocz przezroczysty, wyciek to jest, to ustaje; pierwsze bywa za każdokrotnem zwiększaniem koncentracji protargolu.	XIV. sporo śluzu, sporo leukocytów; mało gonokoków. XXVIII. śluz, leukocyty, nabłonki	Nie. W moczu sporo nitek.	Adstringentia 84 dni	Wyzdrowienie. W I porcy rannoci 1 - 2 niteczki śluzowe.			Urethritis post. Urethro-cystitis.
4	?	?	XVI	Wyciek ropny. Ból. I por. mętnawa.	Śluz, sporo leukocytów; gonokoków niema.	0,2—1%	30 dni	V. mocz przezroczysty. Ból podczas ciekoty, z cewki wyśiska się czopek ropny. Mocz zawiera sporo nitek, silniejsze roztrwożenie.	?	Nie. Chory wyjechał.					
5	I	3	V	Oddawanie moczu bolesne. Mocz mętny. Wyciek mityny.	?	0,25—1,5%	26 dni	III. wyciek ustąpił oraz ból. Mocz I przezroczysty, z nitkami. Po silniejszych roztrwożach, wyciek wraca, z cewki wyśiska się stale spora kropla gęstej wydzieliny śluzoropnej, a mocz bardzo mętny (I porcja).	XIII sporo śluzu, nieliczne leukocyty i gonokoki. XXIII. leukocyty, trochę nabłonków cewki wych.	Nie. Mocz mętny, sporo nitek.	Adstringentia 40 dni.	Wyzdrowienie. I por ranna zawiera śluz.			
6	I	9 (?)	II	Wydzielina śluzoropna, lekkie szczypanie w orz. ext. Mocz mętnawy.	?	0,25—0,75%	10 dni	III. brak wydzieliny i objawów podmiotowych. Mocz prawie przezroczysty. kilka nitek. IX. ból silny w głowce, wyciek ropny obfity. X urethr. poster.	XIV. sporo śluzu, sporo leukocytów, niezmierna ilość gonokoków.	Nie.	Głębokie przemywania i instylacje adstringentia do śluzowce; II, III czyste.	Wyzdrowienie. I porcja ranna przezr. 2—3 drobne niteczki adstringentia do śluzowce; II, III czyste.	Ure-Epididymitis poster. us sin.		

7	I	I	2	I	Bardzo bolesne oddawanie moczu. Wyciek obfity. Mocz mętny.	?	0,25—0,5%	20 dni	VI brak bólu; wydzielina umiarkowana. mocz przezroczy, mało nitek XX. urethr. post.	?	Nie.	To samo.	Wyzdrowienie. I por. ranna przezroczysta, trochę śluzu. II, III czyste.	Urethritis poster.
8	I	I	3	I	Lekki ból podczas oddawania moczu. Wyciek skąpy. Mocz mętny.	?	0,25—1%	24 dni	IV ból ustąpił, VIII niema wycieku; I przezroczy. Od roztworów silniejszych ropienie wznaga się, mocz mętnieje.	?	Nie.	Adstringentia 24 dni, potem instylacje.	Wyzdrowienie. w I porcy mocz trochę nitek śluzowych.	Urethritis poster.
9	I	I	6	II	To samo.	?	to samo	34 dni	IV ból znikł, wyciek zmniejszył się, mocz przezroczy. Mocne roztwory, ból, wyciek, mocz mętny.	?	Nie.	Adstringentia 60 dni.	Wyzdrowienie mocz zupełnie czysty.	
10	I	I	4	II	To samo.	Mało śluzu, sporo leukocytów, mnóstwo gonokoków.	0,25—1,5%	36 dni	III. ból mniejszy, wyciek nie powiększył się; mocz mętnawy. VI bólu niema, wyciek skąpy, mocz mętny. Pod wpływem mocnych roztworów objawy pogorszenia. XXVI (bez szprycowania), stan podmiotowy dobry; mocz I przezroczy, kilka nitczek; II czysty.	XXXVI. wydzielina wycisnięta z cewki zawiera wyłączenie leukocyty i liczne gonokoki.	Nie.	Przemycanie głębokie, potem instylacje; adstringentia do przedniej cewki.	Ranna uryna zawiera śluz.	Urethritis poster prostatitis
11	I	I	3	III	To samo.	Dużo leukocytów i gonokoków	0,25—1,25%	50 dni	II wyciek bardzo mały, mocz o wiele czystszy. Zresztą, przebieg podobny do poprzednich.	XVII. duży śluz, liczne leukocyty, bardzo liczne gonokoki.	Nie.	Adstringentia 4 tygodnie.	Wyzdrowienie ranna uryna za 4 tygodnie, wiera cokolwiek poster śluzu.	Urethritis poster
12	I	I	3	II	To samo.	Same leukocyty i liczne gonokoki.	0,25—1 <sup>0</sup> / <sub>10</sub>	35 dni	V ból bardzo mały, wyciek ustąpił; wydzielina tylko przy naciskaniu. VII bóle zupełnie ustąpiły. XXI od 1 <sup>0</sup> / <sub>10</sub> protargolu, ból przy urynowaniu i obfite ropienie. XXXVIII urethritis poster.	XXI. mało śluzu, zresztą same leukocyty i mnóstwo gonokoków.	Nie. Chory wyjechał.			Urethritis poster
13	I	I	3	II	To samo.	?	0,25—0,75%	10 dni	III ból mniejszy, wyciek jeszcze obfity, śluzoropny; I por. mocz mętny. VIII mocz przezroczy, odechłodzi bez bólu, tegoż dnia, po zastosowaniu 3 <sup>0</sup> / <sub>4</sub> protargolu, obrzęk napletka. XII urethr. post.	?	Nie. Chory wyjechał.			Urethritis poster

TABLICA II, obejmująca ważniejsze dane z historii chorób w przypadkach podostrych.

Numer przypadku	Które zakazanie?	Długość trwania inkubacji	W którym dniu choroby rozpoczęto leczenie?	Główne objawy początkowe.	Wynik badania drobnowidzowego w 1 dniu leczenia.	% stosowanego protargolu.	Długość trwania leczenia protargolem.	Przebieg kliniczny choroby w czasie stosowania protargolu.	Wynik badania drobnowidzowego w czasie leczenia protargolem (przeważnie).	Czy osiągnięto wyleczenie zupełne?	Leczenie następcze.	Wynik ostateczny leczenia wogóle.	Komplikacje.	
													W czasie stosowania protargolu.	Podczas leczenia następczego.
1	III	3	IV	Wyciek skąpy. Ból słaby. Mocz mętny (I porcja)	Mało leukocytów, dużo gonokoków.	0,1—1%	39 dni	III. bólu niema; VII mocz przeczoczysty. XII. wyciek ustał i tów bez gonokoków. przy naciśnięciu żołądki wydzielina pokazuje się niestale. Po większaniu koncentracji protargolu sprowadza ból i zmętnienie moczu.	XII. mało leukocytów, sporo gonokoków. XXX. słuz zmętnienie moczu.	Nie. Nitki w moczu.	Adstringen 64 dni.	Wyzdrowienie w I por. rannej 1—3 płatki słuzowe.	W czasie stosowania protargolu.	Podczas leczenia następczego.
2	I	3	IV	Mokroczenie bolesne. Mocz mętny wyciek mierny.	Słuz, dość liczne leukocyty; gonokoki w małej ilości.	0,2—0,75%	33 dni	V. mocz przeczoczysty, ból ustał, również wyciek; wydzielina skąpa. W dalszym ciągu od moczych roztworów ból i znaczne zmętnienie moczu.	XXI. słuz, sporo leukocytów, bez gonokoków. XXX. słuz zmętnienie moczu.	Nie	Adstringen. z przerwami, poczem instylacje przez 96 dni.	Wyzdrowienie, w rannym moczu 1—2 drobne nitki słuzowe.		
3	III	3	X	Wyciek słuzoropy; mocz mętny	?	0,25—1%	28 dni	Dopiero XIX mocz przeczoczysty. Zresztą jak wyżej	?	Nie.	Adstringen. 30 dni.	Wyzdrowienie. mocz czysty.		
4	III	4	VII	Bolesne urynowanie, wyciek mierny.	?	0,25—1%	23 dn	VI. wydzielina mniejsza; bóle znikły; mocz mętny. W miarę zwiększania koncentracji protargolu wiadome objawy podrażnienia, które ustępują z odstawieniem leku.	?	Nie.	Adstringen. poczem instylacje przez 57 dni.	Wyzdrowienie. w I moczu drobny kłaczek słuzu.		
5	IV	3—4	I V	Ból lekki; wyciek obfity; mocz bardzo mętny.	?	0,25—1,5%	40 dni	X. tylko łechtanie; wydzieliny mało; mocz I przeczocz., bardzo dużo nitek. Zresztą jak wyżej.	?	Nie.	Adstringen. 25 dni.	Wyzdrowienie. w I rannej porcy 2—3 drobne niteczki słuzowe		

6	III	3	II	Swędzenie w o- rif exter urethr. Wyciek skapy. Mocz przezro- czysty, nitek mało.	Sporo śluzu, dość sporo leu- kocytów, gono- koki w miernej ilości.	0,25—1%	27 dni	VII. wydzielina skąpa; mocz przezroczysty; w dalszym ciągu pomimo jednoczesnego stosowa- nia ścigających środków, wy- dzielina obfitsza, mocz bardzo mętny, sporo grubych nitek.	?	Nie.	Adstringen. 14 dni, po- szemini styla- eye, razem 48 dni.	Wyzdrowienie. w I rannej por- cy 1—2 drobne niteczki śluzowe II czysta.	
7	I	?	VIII od po- czątku choro- by i kura- cy.	Obfita wydzieli- na śluzoropna. Mocz I przezro- czysty, sporo ni- teczek, II czysty.	Śluzu mało, pra- wie wyłącznie leukocyty, gdzie niegdzie kolonie gonokoków.	0,25—1%	29 dni	IV, jeszcze sporo wydzielin; mocz przezroczysty. W miarę zwiększenia koncentracji pro- targolu, wydzielina gęsta, obfita, mocz bardzo mętny, ból przy u- rynowaniu. Po odstawieniu pro- targolu wydzielina zanika, mocz przezroczysty.	XVII. śluz, sporo leukocytów, trochę nabłonków cewko- wych.	Nie.	Adstringen. 60 dni.	Wyzdrowienie. I mocz ranny zawiera bardzo mało śluzu.	
8	II	3	II	Lechtanie w cewe; wydzieli- lina obfita. Mocz I mętny.	Bardzo liczne leukocyty, liczne gonokoki.	0,25—1%	30 dni	III. wydzieliny mniej; mocz przezroczysty, z nitkami. Od mo- mentu roztworów, wyżej opisane objawy pogorszenia.	XVII. śluz, dość li- czne leukocyty, nie- liczne gonokoki. Po 2½ mies. dużo leu- kocytów, dużo bak- tery i koków nie swoistych. Po 3 miesiącach: trochę śluzu, mało leuko- cytów, sporo na- błonków.	Nie.	Adstringen. 50 dni, potem przemywa- nia przedniej cewki lapi- sem w ciągu 8 dni.	Wyzdrowienie. wydzieliny nie- ma ani rano, ani dnem. I mocz ranny czysty, trochę śluzu.	Po- dra- żnie- nie tylnej cewki, z I dnia lecze- nia trwa- jące 4 dni.
9	I	?	Po 10 tygo- dn. le- czenia roz- maity mi sposo- bami.	Przy naciskaniu żołądź obfita wydzielina; mocz w I porcy mę- tnawy, sporo nittek; II porcy czysta.	Mnóstwo leuko- cytów i sporo kolonii gonokok.	0,3—0,75%	20 dni	VI. St idem, I por. mętna. X. wydzieliny mało; mocz I mętny; po wstrzykiwaniu protargolu ból. XVI, po 24 godzinnej prze- rwie w wstrzykiwaniu: nader mała ilość wydzieliny przy na- ciskaniu żołądź; mocz I przezro- czysty, drobne nitki. XX wstrzy- kiwanie ¾% protargolu bardzo bolesne, wydzielina obfita, stan podmiotowy gorszy; po 24 godz. przeważnie wydzielina znacznie mniejsza, mocz niedokładnie przezroczysty, nitki.	VI. trochę leukocy- tów, mało gonoko- ków. XVI. śluz, nie- liczne leukocyty, nieznaczne gonokoki. XXXIX. dużo śluzu, gdziekolwiek leu- kocyty.	Nie.	Adstringen. 15 dni.	Wyzdrowienie. w przezroczy- stej I porcy rannej 1—2 ni- teczki śluzowe; II czysta.	

dzielał pogląd NEISSER'a i innych lekarzy, lecz wprost twierdzą, że od innych środków, powszechnie używanych, podobnie pomyślnych wyników nie widziałem. Nadto środek, jakkolwiek zrazu sprawia istotnie dość silne palenie — o czym niejednokrotnie się przekonywałem, wstrzykując pacjentom sam poraż pierwszy, wogóle należy do łagodnych i nie drażniących, nawet przy wcale ostrych objawach trypra. Raz jeden tylko spostrzegłem krwawienie z cewki po użyciu  $\frac{1}{4}$  0/0 protargolu u osoby z nader ostrymi objawami tryprowymi i gruźliczym usposobieniem, ale wahałbym się kłaść to zajęcie na karb środka.

Co wszakże spostrzegłem i ciągle spostrzegam bez wyjątku u wszystkich chorych, to mianowicie, że, o ile łagodny jest protargol w słabych roztworach, o tyle wywołuje on objawy podrażnienia ze strony cewki w miarę zwiększania koncentracji: wydzielina się wzmacnia, czasami skupiając się w *fossa navicularis* w postaci gęstego czopka, czasami nawet dochodząc do wycieku; mocz na nowo mętnieje, i to w wysokim stopniu; powraca też i ból. Zbadajmy teraz wydzielinę pod mikroskopem, a znajdziemy całe pole widzenia usiane niemal wyłącznie leukocytami, czasami z domieszką śluzu i nabłonków cewki.

Obecność tych ostatnich w wydzielinie i nitkach TIRCEW uważa za niewątpliwą dowód łuszczenia się powierzchni śluzówki cewki, a więc wsiąkania protargolu do warstw głębszych tejże. Co do mnie, widzę w obecności nabłonków raczej następstwo odczynu zapalnego, wywołanego przez mocne roztwory protargolu: podrażnione naczynia warstwy podnabłonkowej prawdopodobnie się rozszerzają i przepuszczają znacznie większą, niż dotąd, ilość leukocytów, które, torując sobie drogę ku powierzchni przez przestrzenie międzynabłonkowe, tem samem rugują komórki nabłonkowe z właściwych im miejsc. Istotnie, dość jest zaprzestać wstrzykiwań protargolowych i wszelkiego wogóle leczenia, a liczba leukocytów znacznie się zmniejsza, nabłonki zaś nadal występują, jako objaw łuszczenia odradzającej pokrywy nabłonkowej cewki.

Przypuśćmy, żeśmy poddali chorego energicznej i należycie trwającej kuracyi protargolowej. Czy pozbył się on swego cierpienia? Nie! Stanowczo oświadczam, że nie widziałem w swej praktyce ani jednego przypadku wyleczenia rzeżączki wyłącznie protargolem. Zawsze leczenie następcze środkami ściągającymi lub innymi metodami było konieczne, a trwało ono (nie licząc przypadków powikłanych) rozmaicie w ostrych przypadkach najmniej 17, najwyżej 84 dni, przeciętnie 43 dni; w podostrych 15—96—50 dni.

Pozostaje jeszcze do rozpatrzenia sprawa powikłań.

**T a b l i c a   p o w i k ł a ń .**

a) Podczas stosowania protargolu.		b) Podczas leczenia następczego.	
a) Ostre przypadki	b) Podostre przypadki	a) Ostre przypadki.	b) Podostre przypadki
Przyp. 6) urethr. post. X dnia leczenia.	Powikłań	Przyp. 3) urethr. post. ure-	Przyp. 8) Lek-
" 7) " " XX " " " "	nie było.	throcystit. LVIII dn leczenia.	kie podrażnienie
" 10) " " prostatitis "XXXVIII dn. leczenia.		Przyp. 8) urethr. post. I dnia tylnej cewki LI	dnia leczenia.
" 11) " " " X dnia lecz.			
" 12) " " " XXVIII " "			
" 13) " " " XVI " "			

Pokazuje się tedy, że podczas leczenia protargolem na 13 przypadków w ostrych, powikłanie nastąpiło w 6, w podostrych zaś wcale nie, co stanowi względnie do pierwszych 46%, względnie do ogólnej liczby przypadków tylko 27%. W czasie leczenia następczego wydarzyły się powikłania dwa razy na 13 ostrych i raz jeden na 9 podostrych, co czyni przy liczeniu oddzielnem: 15% i 11%. Stosunek wszystkich powikłań bez względu na okres powstania do ogólnej liczby przypadków wynosi 41%. Procent sam przez się nie jest mały, w porównaniu wszakże z cyframi, podanemi przez innych autorów (np. u FINGER'a 63% dla praktyki prywatnej, 82% dla poliklinicznej; u JADASSOHN'a 87,7%; u ERAUD'a 80%; u LETZEL'a 92,5%)<sup>20)</sup>, stanowi niewątpliwy postęp, o ile oczywiście wolno wnioskować na zasadzie 22 spostrzeżeń.

Wnioski: 1) Protargol jest środkiem w słabych roztworach łagodnym, co pozwala stosować go w samym początku trypra, w przeciwieństwie do terapii wyczekującej, niekoniecznie uzasadnionej; mocne roztwory stanowczo drażnią błonę śluzową cewki. 2) Na gonokoki działa zabójczo, ale w sposób dosyć wolny, a w każdym razie nie szybciej od innych środków. 3) Dodatkni wpływ słabych roztworów protargolu zdaje się zależeć nie tylko od ich własności antyseptycznych, lecz w znacznej mierze również od własności ściągających. 4) Od powikłań protargol nie chroni, wszakże powikłania zdają się występować w leczeniu tym środkiem rzadziej, aniżeli w leczeniu innymi środkami. 5) Protargol nie leczy doszętnie samej sprawy zapalnej w cewce; ztąd konieczność leczenia następczego, uzupełniającego, środkami ściągającymi lub antyseptyczno-ściągającymi (np. lapis). 6) Czasu trwania leczenia wogóle, a więc i przebiegu choroby, protargol nie skraca. 7) Do wybitnych, a tem bardziej do swoistych leków przeciwrzeżączkowych protargol nie należy.

---

Z ODDZIAŁU AKUSZERYJNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

## Przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritsch'a z pomyslnym zejściem dla matki i dziecka.

Podał

**D-r Med. D. JUROWSKI.**

Ordynator oddziału.

---

W 1897 r. prof. FRITSCH opisał przypadek cięcia cesarskiego klasycznego, operowany w sposób, przezeń zmieniony. Zmiana dotyczy, jak wiadomo, kierunku cięcia, którem otwieramy jamę macicy: zamiast bowiem cięcia podłużnego po przedniej ścianie macicy, FRITSCH prowadzi cięcie poprzeczne w dnie macicy między ujściami macicznymi jajowodów.

Sposób ten, dzięki powadze FRITSCH'a, zwrócił na siebie powszechną uwagę, i obecnie znajdujemy w literaturze przeszło 60 przypadków, operowanych w sposób, podany przez FRITSCH'a.

---

<sup>20)</sup> FINGER. Die Blennorrhoe d. Sexualorgane i t. d.; przekł. rosyjski. Str. 71.

Nie ulega wątpliwości, że liczba ta nie jest dostateczna dla określenia wartości tego sposobu, i dla tego każdy przypadek powinien być ogłaszany, aby powiększyć materiał ogólny.

Z tego powodu ośmielam się przedstawić przypadek, spostrzegany i operowany przezemnie.

R. S., z Grajewa, gub. Łomżyńskiej, 39 lat mająca, zamężna, wstąpiła po raz pierwszy do oddziału 22-go października 1898 r. o godz. 9 wieczorem.

Wywiady dały wtedy następujące dane. W dzieciństwie była, o ile pamięta, zawsze zdrowa. W 12-ym roku życia przebyła jakąś gorączkową chorobę (dur?). Nie wie, kiedy zaczęła chodzić. Pierwsza miesiączka pojawiła się w 14 roku życia i od tego czasu powtarzała się prawidłowo co 4 tygodnie, trwając 3—4 dni. Przed 6 laty wyszła za mąż; mąż jej jest, również jak ona, niskiego wzrostu. W rok po zamążpójściu urodziła po raz pierwszy. Poród, według opowiadania jej, był czesny i prawidłowy, lecz trwał dwie doby, a dziecko żyło tylko kilka godzin. Wkrótce po porodzie chora zauważyła wypływ moczu z pochwy; wytworzona przetoka pęcherzowo-pochwowa była operowana z wynikiem pomyślnym w Berlinie.

Przed rokiem rodziła po raz drugi; poród zakończony był przedziurawieniem główki, poczem zrów utworzyła się przetoka, którą powtórnie operował prof. ISRAEL w Berlinie.

Obecna ciąża jest trzecią z rzędu. Bóle zaczęły się o godzinie 5 zrana, a wody płodowe odeszły o godz. 7 ej wieczorem. Chora bardzo wyniszczona; brak prawie zupełny tkanki tłuszczowej. Kości i mięśnie słabo rozwinięte, jak u dziecka. Powiększenie brzucha odpowiada końcowi ciąży. Części płodu wyraźnie dają się określić: położenie 2-ie czaszkowe, główka nad wejściem miednicy, tętno dziecka wyraźne. Na kolumnie pacierzowej i na kończynach nie spostrzega się żadnych skrzywień. Zwraca tylko uwagę znaczna głębokość jamki pod ostatnim kręgiem lędźwiowym. Długość ciała 118 ctm. (karlica). Obwód brzucha na wysokości pępka 89 ctm. Odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka 22 ctm., od tego ostatniego do spojenia łonowego 20 ctm. Wymiary miednicy: *distantio spinarum* 23 ctm.; *dist. cristarum* 23 1/2; *conjugata ext.* 14 1/2; *conjugata diagonalis* 7 1/2 ctm; *distantio trochanterica* 25 1/2. Pęknięcie krocza drugiego stopnia z nieznacznym opadnięciem tylnej ściany pochwy. Przy badaniu wewnętrznym znaleziono: część pochwowa wygładzona, ujście maciczne rozwarne na 4 palce, brak pęcherza płodowego, główka ruchoma nad wejściem miednicy.

Z powodu niezgodzenia się rodzącej na cięcie cesarskie, jakie miałem zamiar u niej wykonać celem uratowania życia dziecka, poród i tym razem był zakończony przez wymóżdżenie i wyciągnięcie płodu za pomocą kranio-klastu, co wykonano z pewną trudnością.

Łożysko było przyrośnięte do tylnej ściany macicy, wskutek czego trzeba je było ręcznie oddzielić, a dość znaczny krwotok z powodu bezwładu macicy opanowano przez wytamponowanie macicy i pochwy gazą jodoformową. Okres połogowy miał przebieg prawidłowy, i chora wypisana została z oddziału dnia 9. XI., przyczem powiedziano jej, że przy podobnym zwężeniu miednicy poród dziecka donoszonego jest niemożliwy i poradzono, aby w razie ponownego zajścia w ciążę wstąpiła do szpitala na pewien czas przed spodziewanym porodem.

10 lutego r. b. S. przybyła do szpitala, i przy badaniu stwierdzono początek 8 miesiąca ciąży. Chora jednak nie chciała pozostać w szpitalu i ocze-



kiwać końca ciąży, ale obiecała na czas rozwiązania przybyć. I rzeczywiście, w dniu 10 kwietnia o godzinie 8 wieczorem chora przybyła do oddziału, i z zadanych jej pytań dowiedzieliśmy się, że w ciągu dwumiesięcznej nieobecności niejednokrotnie była badana, i co najważniejsza, bóle porodowe rozpoczęły się dnia poprzedniego, a wody płodowe odeszły już zrana. Przy badaniu znaleziono: dno macicy na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowego, położenie pierwsze czaszkowe, główkę ruchomą nad wejściem do miednicy, wyraźne bicie serca po stronie lewej poniżej pępka, ujście maciczne rozwarte na 3 palce, brak pęcherza płodowego. Ponieważ rodząca zdecydowana była na najpoważniejszą operację, aby tylko mieć żywe dziecko, postanowiłem przeto bezzwłocznie dokonać cięcia cesarskiego, nie bacząc na stosunkowo niezbyt dobre warunki, i po ściśnięciu wymyciu, odkażeniu i uspieniu chorej przystąpiłem do operacji o godz. 11 wieczorem w obecności i przy pomocy kolegów SOŁOWIEJCZYKA, ENDELMANA, FISZERA, OSTROWSKIEJ i GOLDCWEIG.

Cięcie brzuszne w linii białej brzucha, długości około 15 ctm., poprowadziłem w ten sposób, aby pępek znajdował się na środku jego.

Po otworzeniu jamy brzusznej, macica w części tylko była z niej na zewnątrz wydobyta i pokryta ciepłymi wyjałowionymi serwetami. Następnie otworzyłem macicę cięciem poprzecznym, długości około 12 ctm., przeprowadzonym przez dno na wysokości ujść macicznych jajowodów. W ranie ukazały się błony, po przerwaniu których wydobyłem płód, uchwyciwszy go za nóżki, podwiązałem i przeciąłem pępowinę i oddałem dziecko jednemu z asystentów.

Oddzieliwszy następnie szybko łożysko, wytarłem powierzchnię wewnętrzną macicy i przystąpiłem do zaszywania rany macicy. Szwów nałożyłem 12, z tych sześć głębokich przez całą grubość ściany macicy i sześć powierzchownych na błonę surowiczą.

Wszystkie szwy były jedwabne, węzłkowe. Krwawienie z rany macicznej było nieznaczne, a po odklejeniu łożyska ustało zupełnie. Łóżysko umiejscowione było na przedniej ścianie macicy, tak że górny brzeg jego widoczny był w cięciu.

Ściany brzuszne zaszyto szwem dwupiętrowym, a na brzuch nałożono opatrunek zwykły.

Operacja trwała 50 minut.

Dziecko, żywa dziewczynka, wagi 2250 grm., długości 47 ctm., miało następujące wymiary główki: prosty 11 ctm., wielki skośny 12 ctm., mały skośny 9 ctm., wielki poprzeczny  $9\frac{1}{2}$  ctm., mały poprzeczny  $8\frac{1}{2}$  ctm. Obwód główki wynosił 33 ctm.

Okres połogowy pod każdym względem był prawidłowy.

Chora przez cały czas nie uskarżała się na żadne bóle. Najwyższa ciepłota na 3 dzień  $37,4^{\circ}$ , tętno 72—90 uderzeń na minutę. 8 dnia, t. j. 18. IV., zrobiony był pierwszy opatrunek, i zdjęto szwy brzuszne, rana zagojona przez rychłozrost.

Dopiero w końcu 3 tygodnia dostrzegłem w dolnym końcu blizny nieznaczne obrzmienie i chelbotanie, po przecięciu którego wypuszczono kilka kropel ropy, a pozostała ranka zagoiła się w ciągu trzech dni. Położnica wstała z łóżka 2. V., a 10. V. została wypisana zdrową z oddziału wraz z dzieckiem, które sama karmiła. Przed wyjściem ze szpitala przy badaniu znaleziono: macicę w przodozgięciu, na 3 palce poniżej pępka; przednia jej po-

wierzchnia zrośnięta z dolnym kątem rany brzusznej; część pochwową prawie pod spojeniem łonowem.

FRICTSCH, polecając cięcie poprzeczne w dnie macicy zamiast podłużnego, przytacza cały szereg zalet tego pierwszego, a mianowicie: 1) wysokie cięcie brzuszne mniej usposabia do powstawania przepuklin, które zazwyczaj mają miejsce w dolnej części ściany brzusznej; 2) jama brzuszna przy cięciu poprzecznem jest bardziej zabezpieczona od zanieczyszczenia już to krwią, już to wodą płodową; 3) krwawienie jest bardzo nieznaczne; 4) płód łatwiej daje się wydobyć; 5) po opróżnieniu macicy, cięcie znacznie się zmniejsza, i dla zamknięcia jego potrzeba stosunkowo nie wielkiej liczby szwów, i w końcu 6) niebezpieczeństwo następczego krwotoku z poprzecznie zeszytej rany macicznej jest mniejsze, albowiem szwy nakładają się prostopadle do kierunku naczyń macicy.

Ponieważ FRITSCH wymienił powyższe zalety cięcia poprzecznego na podstawie jednego przypadku, należy przeto sprawdzić, o ile inni operatorowie potwierdzili wywody FRITSCH'a.

Nie mając zamiaru wdawać się w rozbiór wszystkich odnośnych pod tym względem poglądów, ograniczę się tylko do zauważenia, że, jakkolwiek zdania co do właściwości postępowania FRITSCH'a różnią się między sobą, jednakże, rozejrzawszy się w odnośnej literaturze, łatwo się przekonać, że przeciwko metodzie FRITSCH'a wystąpiła tylko nieliczna garstka operatorów, większość zaś wypowiedziała się za nowym sposobem i stwierdziła podane przez FRITSCH'a zalety jego. Przeciwko sposobowi FRITSCH'a powstała głównie klinika akuszerijna w Wiedniu z prof. G. BRAUN'em na czele.

Ten ostatni, wkrótce po pojawieniu się artykułu FRITSCH'a, w Towarzystwie akuszerijno-ginekologicznem opowiedział przypadek cięcia cesarskiego, dokonany sposobem FRITSCH'a.

Przypadek ten nie zadowolnił G. BRAUN'a, albowiem, jak utrzymywał, krwawienie z rany macicy było bardzo silne, a wydobywanie płodu nie było ani łatwiejsze, ani trudniejsze, niż przy cięciu podłużnem.

BRAUN jednakowoż wypowiedział swe zdanie bardzo ostrożnie, dodając, że przyczyną silnego krwawienia w przypadku tym mogły być i słabe bóle pierwotne.

W 1898 r. BRAUN na posiedzeniu tegoż Towarzystwa, mówiąc ponownie o sposobie FRITSCH'a, wypowiedział obawę, że cięcie poprzeczne okazać się może niedostatecznem do wydobywania dzieci dobrze rozwiniętych. W końcu przeciwko sposobowi FRITSCH'a wystąpił niedawno HÜBL, asystent BRAUN'a.

Na zasadzie II przypadków, operowanych w klinice, i danych, zaczerpniętych z literatury, HÜBL stara się dowieść, że sposób FRITSCH'a nie tylko nie posiada żadnych zalet, lecz, przeciwnie, odznacza się wielu wadami. HÜBL kończy swe wywody uwagą, iż w przyszłości w klinice BRAUN'a operować się będzie sposobem dawnym, jako odpowiedniejszym.

Oprócz G. BRAUN'a i HÜBL'a przeciwko sposobowi FRITSCH'a wystąpili także EWERKE, R. v. BRAUN i FRANK. Wymienieni autorzy utrzymują, że wskutek wysokiego położenia cięcia macicy łatwo nastąpić mogą zrosty z sąsiednimi narządami jamy brzusznej. Oprócz tego, FRANK jest zdania, że przy cięciu poprzecznem łatwiej natrafić można na łożysko, aniżeli przy cięciu podłużnem.

EWERKE zaś uważa poprzeczne cięcie macicy za nieodpowiednie z tego względu, że przy nałożeniu szwów podwiązuje się gałązki tętnicy nasiennej,

co, zdaniem jego, spowodować może zgorzel brzegów rany skutkiem niedostatecznego jej odżywiania.

Pomimo jednak tych wszystkich zarzutów, większość operatorów, jak już wspomniałem, a mianowicie V. BRAITENBERG, CLEMENZ, CZYŻEWICZ, JOHANNOWSKY, KNAUER, MÜLLER, PERLIS, REYING, RIFDINGER, SIEDENTOPF, STANKIEWICZ, HAHN i inni, wypowiedzieli się przychylnie o sposobie FRITSCH'a.

Szczególnie zajmująca pod tym względem jest praca HAHN'a, który opisał 11 przypadków, operowanych w klinice KUESTNER'a sposobem FRITSCH'a, i na zasadzie swych spostrzeżeń zwalcza wywody HUEBL'a.

Z powyższego wynika, iż kwestyi, o ile sposób FRITSCH'a odpowiedniejszy jest od cięcia klasycznego, nie można uważać za ostatecznie rozstrzygniętą.

Dla wydania ostatecznego sądu należałoby, zdaniem mojem, wyjaśnić przedewszystkiem, w jakim stopniu zagrażają niebezpieczeństwem powstałe po operacyi FRITSCH'a zrosty macicy z sąsiednimi narządami, głównie zaś z kiszkami. Pożądane byłyby również dalsze spostrzeżenia, tyjące się krwotoków przy stosowaniu poprzecznego cięcia, chociaż, o ile można sądzić z nagromadzonego dotychczas materiału, krwawienie przy niem bywa bardzo nieznaczne, co stanowi nie małą jego zaletę.

Bardzo prawdopodobne jest także przypuszczenie, iż przy stosowaniu cięcia poprzecznego mniej jest szans natarwienia na łożysko, jeżeli posiłkować się mianowicie oznaką LEOPOLDA-BAYER'a dla stwierdzenia usadowienia tego ostatniego, niż przy cięciu podłużnem. Statystyka HUEBL'a pod tym względem, zdaje się, jest niedostateczna, albowiem opiera się na niezbyt wielkiej liczbie spostrzeżeń.

Również wysokie cięcie brzuszne przy stosowaniu sposobu FRITSCH'a nie jest bez znaczenia dla zdrowia kobiety.

Jakkolwiek, bowiem, takie cięcie nie wyłącza możliwości wytworzenia się przepukliny, jednakże ta ostatnia wskutek dość wysokiego położenia blizny brzusznej rzadziej powstawać może.

Z tych powodów nie mogę zrozumieć, dla czego BRAUN, a jak twierdzi HUEBL, i inni operatorowie przy operacyach swoich nie kierowali się wskazówkami FRITSCH'a. Mogę jednak zaznaczyć, że w przypadku, przezemnie operowanym, cięcie ścian brzusznych dokonane było w sposób, podany przez FRITSCH'a, a jednakowoż macicę z łatwością wyprowadziłem na zewnątrz o tyle, o ile to było konieczne dla dalszych rękoczynów, nie dopuszczając przytem, aby krew lub wody płodowe przedostały się do jamy brzusznej. Wogóle, jeżeli wolno wydać sąd na zasadzie tylko jednego przypadku, to bezwątpienia potwierdzić mogę wszystkie zalety cięcia poprzecznego, na jakie zwrócił uwagę FRITSCH.

Od wydania ostatecznego sądu wstrzymałoby mnie, podobnie jak RIFDINGER'a, chyba tylko to wysokie położenie macicy, jakie po operacyi pozostało u mojej chorej, jakkolwiek położenie to bardzo często się spostrzega i po cięciu macicy podłużnem.

## WYKŁADY KLINICZNE.

F. de QUERVAIN.

### Przepuklina z wysiłku.

(*Hernie de force*).

Pod nazwą „przepuklina z wysiłku“ pojmuje się raptowne wystąpienie przepukliny pod wpływem wysiłku lub urazu.

Urazy, mogące sprowadzać wytwarzanie się przepukliny, są bardzo rozmaite. Niekiedy idzie o uraz zewnętrzny, taki, jak stłuczenie brzucha i okolicy pachwinowej, lub upadek, połączony ze znacznym wysiłkiem mięśniowym, nadewszystko u osobników, obciążonych mniej lub więcej znacznym ciężarem. Ale najczęściej ma się do czynienia z wysiłkiem bez zewnętrznego urazu.

Raptowny skurcz mięśni brzusznych zdaje się grać w powstawaniu przepukliny rolę główną.

Co do przepuklin, wywołanych, według słów chorych, przez prosty wysiłek bez współdziałania właściwego wypadku lub upadku, to przedstawiają one większość przepuklin z wysiłku.

Z tego punktu widzenia należy odróżniać przypadki przepukliny zależne od powtarzającego się wysiłku (przepukliny zawodowe), i takie, w których przepuklina występuje u osobnika, zdającego się być wolnym od tego, pod wpływem pojedynczego dobrze określonego wysiłku, i gdzie zjawisku temu towarzyszy silny ból. Zrozumiałem jest, że tylko przypadki ostatniego rzędu zasługują na nazwę przepuklin z wysiłku.

Co do względnej częstości przepuklin z wysiłku wogóle, to BERGER znalazł, że liczba ich przedstawia 30,8% wszystkich przepuklin, spostrzeganych u mężczyzn w wieku starszym nad lat 15.

Oczywiście, że uraz sam przez się nie wystarcza do wyjaśnienia powstawania przepukliny, i konieczne jest przypuszczenie, że w większości przypadków istnieje usposabiająca przyczyna anatomiczna. Przyczyna ta nie zawsze jest ta sama. Należy tu odróżniać dwa wielkie działy.

Do pierwszego należą osobniki z utworzonym przedtem workiem, istniejącym bez ich wiedzy od samego okresu zarodkowego. Idzie tu poprostu o pozostałości na mniejszej lub większej przestrzeni kanału otrzewnowo - pochwowego. Ta postać usposobienia przepuklinowego bywa obustronna, szczególnie u dzieci obojga płci. Spotyka się ona, zresztą, u osobników z prawidłowo utworzonymi ścianami brzucha, jak również i u osób ze słabymi mięśniami brzucha.

Druga postać usposobienia przepuklinowego polega na stożkowatej wydatności otrzewny na powierzchni wewnętrznej obrączki, bez obecności właściwego worka przepuklinowego. Główna przyczyna tego usposobienia polega na często wrodzonym rozszerzeniu wewnętrznej obrączki pachwinowej z brakiem odporności ścian kanału.

Co do pytania, czy uraz może wywołać powstanie przepukliny w braku jakiegokolwiek usposobienia, to większość chirurgów nie dopuszcza tej możliwości.

Znaczną większość przepuklin z wysiłku przedstawiają przepukliny pachwinowe. Przepukliny udowe, pępkowe i nadbrzusne mogą jednak również być pochodzenia urazowego.

Z licznych spostrzeżeń wynika, że zjawieniu się przepuklin z wysiłku dosyć często towarzyszy uwięźnięcie; rzadziej już daleko zdarza się stłuczenie przepukliny, mogące spowodować pęknięcie jelita.

Pod względem sądowo-lekarskim nasuwa się tu do rozwiązania pytanie, czy przepuklina z wysiłku powinna być uważana za wypadek, czy też nie.

Pytanie to wzniciło liczne spory w krajach, gdzie robotnicy są przez prawo ubezpieczani przeciw wypadkom. Wnioski rozmaitych chirurgów i lekarzy-prawoznawców są niezgodne. Jedni, jak BLASIUS, KROENLEIN, KINGDON, utrzymują, że każdy osobnik, u którego stwierdza się usposobienie przepuklinowe, powinien być uważany jako dotknięty przepukliną, ponieważ ma on worek przepuklinowy, i że to usposobienie anatomiczne musi nieuniknienie doprowadzić później lub wcześniej do utworzenia się przepukliny, czy zdarzy się tu, czy też nie zdarzy uraz lub wysilek. Te ostatnie grają tu tylko rolę przyczyny przypadkowej, której ważność jest prawie żadna wobec jakby anatomicznego przedistnienia przepukliny.

Autor zaś podziela zdanie SOCIN'a, KOCHER'a i KAUFMANN'a, którzy sądzą, że nie można utożsamiać usposobienia do przepukliny z faktem istnienia przepukliny, i że nie każdy usposobiony musi koniecznie jej dostać. Przypuśćmy wreszcie z KROENLEIN'em, że każde zjawienie się przepukliny jest połączone z poprzednim istnieniem worka przepuklinowego, i wyobraźmy sobie, iż 25 letni mężczyzna z usposobieniem przepuklinowym dostał przepukliny z wysiłku. Otóż, według statystyki BERGER'a, na 12437 przepuklin, spostrzeganych u mężczyzn, 7197 rozwinęło się między 25 a 60 rokiem życia i 1930 po 60 latach. Biorąc, oprócz tego, pod uwagę, że nasz 25-letni poszkodowany może żyć jeszcze do 60 lat (średni czas życia dla mężczyzn), stwierdzimy, iż miał on 20% danych niedostania przepukliny. Należy dodać, że nawet, znajdując się między osobnikami, którzy dostali przepukliny przed 60 rokiem życia, miał on wszystkie dane, według rozumowań BERGER'a, uleż temu cierpieniu dopiero między 40 a 45 rokiem, a nie w 25 roku.

To proste rozumowanie dowodzi, iż usposobienie przepuklinowe może pozostać ukrytem przez długie lata, jeżeli nie przez całe życie, i że przeto nie z powodu rozwoju choroby osobnik usposobiony dostaje przepukliny pod wpływem urazu.

W Niemczech, Austrii i Szwajcaryi, gdzie istnieje obowiązkowe ubezpieczenie robotników, prawo przyznaje odszkodowanie za przepukliny, spowodowane urazem lub nadmiernym wysiłkiem, nawet przy istnieniu usposobienia.

Co do ubezpieczenia osobistego, niezależnego od prawa, to jedne Towarzystwa (we Francji) nie przyznają odszkodowania za przepukliny z wysiłku, inne uważają je za wypadek i przyznają odszkodowanie.

Możnaby przypuszczać, iż w ostatnim wypadku zdarzać się mogą nieuniknione nadużycia, a towarzystwa ubezpieczeń będą bardzo obciążone, jeżeli się weźmie pod uwagę cyfrę 30,8%, wskazaną przez BERGER'a. Ale należy zauważyć, że niebezpieczeństwo to jest mniejsze, niż się zdaje, byle tylko w każdym przypadku wykonać ściśle zbadanie wszystkich okoliczności, mających wyświecić naturę przepukliny.

Jako pierwsza ostrożność przeciw nadużyciu, powinno być wymaganie, aby poszkodowany był zbadany, o ile można, najwcześniej po wypadku, i aby lekarz

przystępował do tego badania z całą drobiazgowością, konieczną w tak drażliwej kwestyi.

Pomiędzy oznakami, mogącemi wyświetlić urazowe pochodzenie przepukliny, należy wspomnieć przede wszystkim o silnym bólu, jakiego chory doznaje w chwili wyjścia jelita do worka przepuklinowego. Ból ten zmusza wogóle osobnika do przerwania swej pracy, i jest zasada nie wierzyć w istnienie przepukliny urazowego pochodzenia, jeżeli osobnik mógł nie przestawać dalej pracować. Od prawidła tego mogą jednak być pewne wyjątki, mianowicie, gdy idzie o ludzi niewrażliwych na ból.

Sposób, w jaki wypadek nastąpił, gra również dość ważną rolę w kwestyi urazowego pochodzenia przepukliny. Wszelkie roztrząsanie upada, jeżeli wystąpienie przepukliny miało miejsce w chwili ciężkiego urazu. Nie tak się rzecz ma, gdy idzie o prosty wysiłek. Dla tego to wymagają wogóle, jako dowodu, pracy lub wysiłku nadzwyczajnego, lub przechodzącego znacznie wysiłki, wykonywane zwykle przez danego osobnika. Ograniczenie to ma zapewne swą korzyść, jakkolwiek nie można z niego robić bezwzględne go prawidła. Bardzo jest bowiem możliwe iż wypadek może nastąpić u osobnika, wykonywającego prawie prawidłową pracę, lecz w niekorzystnym położeniu, jak np. rozsuniecie nóg. BERGER nastaje szczególnie na ten fakt, że przepukliny z wysiłku występują u osobników, znajdujących się w „fałszywym położeniu“.

Obok tych oznak niewątpliwych — uraz, wysiłek, silny ból w chwili wypadku, możliwe uwięźnięcie, lekarz powinien szukać starannie objawów, przemawiających za przedistniejącą przepukliną, a nie za prostem do niej usposobieniem. Powinien się przede wszystkim wywiedzieć, czy chory był już przedtem badany co do istnienia przepukliny. Naturalnie, że dodatni wynik poprzedniego badania usunie przypuszczenie przepukliny z wysiłku. Co do wyniku ujemnego, to przedstawia on pewne znaczenie tylko w przypadku, gdzie badanie było wykonane w czasie dość bliskim chwili wypadku, i to jeszcze jest bardzo możliwe, iż mała przepuklina — być może międzylącznotkankowa — była niezauważona przez badającego lekarza.

Dane przedmiotowe mają tu większą jeszcze wartość, niż wywiady. Tak np. znaczna szerokość kanału pachwinowego pozwoli z wielkiem prawdopodobieństwem wyłączyć rozpoznanie przepukliny z wysiłku, nadewszystko jeżeli kanał ten utracił swój ukośny kierunek. Objętość przepukliny ma również pewne znaczenie. Według KAUFMANN'a, należy się wypowiedzieć przeciw urazowemu pochodzeniu przepukliny większej od cytryny. Prawidło to nie jest jednak bezwzględne.

Ważną oznaką jest również nieodprowadzalność przepukliny bez współistnienia objawów uwięźnięcia. Nieodprowadzalność ta jest wskazówką starych zrostów zawartości z workiem przepuklinowym.

Należy być bardzo ostrożnym, gdy poszkodowany mówi, iż dotknięty został odrazu dwiema przepuklinami z wysiłku, ponieważ jednoczesne wystąpienie dwóch przepuklin pachwinowych jest rzeczą nadzwyczaj rzadką.

Współistnienie nieprawidłowego umiejscowienia jądra przemawia również przeciw rozpoznaniu przepukliny z wysiłku, ponieważ umiejscowieniu takiemu towarzyszy bardzo często nie tylko skłonność do przepukliny, lecz nawet dobrze rozwinięta przepuklina. Istnienie przepukliny lub skłonności do niej ze strony przeciwnej domniemanej przepuklinie z wysiłku jest także podejrzane.

Wreszcie, okolicznościami, przemawiającymi bardziej za powolnem występowaniem przepukliny, są jeszcze późny wiek domniemanego poszkodowanego

i fakt, iż przed wypadkiem jeszcze okazał się on niezdolnym do cięższej pracy pomimo silnej budowy.

Po stwierdzeniu już przepukliny z wysiłku lekarz może być zapytany, czy poszkodowany miał skłonność do przepukliny, czy też nie. Nie można odpowiedzieć stanowczo, gdy idzie o ludzi z prawidłowymi ścianami brzucha, lecz którzy mają wrodzony worek przepuklinowy, chyba że nie stwierdzi się zupełnie rozwiniętej lub tylko międzyłącznotkankowej przepukliny ze strony przeciwnej. Przeciwnie, można odpowiedzieć twierdząco o osobnikach z wiotkimi ścianami brzucha lub z brzuchem trzyrazowym (*trilobé*), szczególnie, jeżeli okolica pachwinowa zdrowej strony daje charakterystyczne uderzenie kiszki wierzchołka przepukliny (*le choc intestinal de la pointe de hernie*). Wreszcie, usposobienie jest prawdopodobne u osobników, pochodzących z rodziny, w której są przepukliny.

Co do wpływu, jaki przepuklina z wysiłku wywiera na zdolność do pracy chorego, to większość chirurgów jest zdania, iż obecność przepukliny jest zawsze ułomnością. Ułomność ta jest podmiotowa, ponieważ robotnik z przepukliną będzie usuwany od wielu zajęć, i przedmiotowa, ponieważ przepuklina ma wybitną skłonność do wychodzenia i niepokojenia chorego, a noszenie paska nie zabezpiecza wcale od uwięźnięcia. Tak więc od chwili wystąpienia przepukliny zjawia się zmniejszenie zdolności do pracy.

Co do stopnia zmniejszenia zdolności do pracy wskutek istnienia przepukliny, to ocena może tu być tylko przybliżona. W Niemczech osobnikowi, dotkniętemu jednostronną przepukliną z wysiłku, przyznają odszkodowanie równe 10% zmniejszenia zdolności do pracy. Odszkodowanie to dochodzi do 50%, jeżeli rodzaj zajęcia poszkodowanego jest niezgodny z istnieniem przepukliny, i jeżeli poszkodowany musi wskutek tego zmienić zajęcie. Przy dwustronnych przepuklinach odszkodowanie przyznają w ilości 15%. W Szwajcaryi usposobienie do przepukliny jest uważane jako rzecz, zmniejszająca odpowiedzialność opiekuna i towarzystw ubezpieczeń. Osobniki więc z niezaprzeczną skłonnością do przepukliny nie powinnyby uprawiać bardzo ciężkich, narażających ich na przepuklinę zajęć. Byłoby zatem uzasadnionem brać pod uwagę wogóle, przy ocenie odszkodowania, częstość usposobienia przepuklinowego u osobników, dotkniętych przepuklinami z wysiłku, i nadawać znaczenie temu względowi szczególnie w przypadkach, gdzie oznaki tego usposobienia są wyraźne.

(*La semaine médicale. Nr. 11. 1900.*)

*St. Roslan.*

---

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

---

126. R. FISCHL. **Chronicznie powtarzające się zapalenia migdałków w wieku dziecięcym.** U wielu dzieci spotykamy zapalenie migdałków, jako chorobę bardzo często powtarzającą się, tak iż dziecko, ledwie z jednej *anginy* wyzdrowieje, już w kilka tygodni później na nową zapada. U tego rodzaju dzieci możnaby przypuścić istnienie pewnego rodzaju skazy anginowej, podobnej do skazy gościcowej, podagrycznej, moczanowej i t. p. francuskich autorów. W wielu tego rodzaju przypadkach wyraźnie stwierdzić się daje dziedziczność, przechodząca na dzieci częściej z matki, niż z ojca. Rodzeństwo również bywa skłonne do tych zapaleń, nie wszyscy jednak członkowie rodziny w jednakim stopniu.

Oprócz tej przyczyny osobniczej, istnieją jeszcze inne usposabiające, a do tych należy obecność obór i stajen w domach zamieszkiwanych lub w bliskim sąsiedztwie. Pomiot zwierzęcy obfituje w bakterye, a wielka liczba much i owadów, pleniących się przy oborach i stajniach, z łatwością przenosi zarazki na ludzi. W takich razach zmiana mieszkania przyczyniała się nieraz do zmniejszenia częstości tej choroby u danych osób.

Przeziębieniu i wogóle wpływowi atmosferycznym przypisuje autor znacznie mniejsze przyczynowe znaczenie; momenty te grają najwyżej rolę pomocniczą. Również bez znaczenia wydały się autorowi zapobiegawcze płukania jamy ustnej i gardzieli płynami odkażającymi.

Co się tyczy bakteryjnej przyczyny tych zapaleń, to głównie powstają one pod wpływem ropotwórczych streptokoków, aczkolwiek w licznych przypadkach powodem ich były też stafylo- i pneumokoki. Nadto zaznaczyć należy, że pomimo często powtarzających się zapaleń migdałków ustrój nie uodparnia się przeciw działaniu tych bakteryi, które przez cały okres dzieciństwa wywierają swój wpływ, a dopiero z nastąpieniem dojrzałości płciowej skłonność owa zmniejsza się i z czasem prawie zupełnie wygasa.

Ze spostrzeżeń autora wynika również, że przewlekłe powiększenie migdałków, uważane zwykle za moment usposabiający do anginy, zgoła tego znaczenia nie posiada, wobec czego usunięcie migdałków na drodze chirurgicznej nie zapobiegało wcale nowym wybuchom tego cierpienia.

Co się tyczy pojedynczych napadów, to natężenie ich i trwanie były u tegoż samego osobnika najróżnorodniejsze, raz bardzo silne, z wysoką gorączką, drgawkami i długim przebiegiem, innym zaś razem bardzo lekkie i krótkotrwałe. U wielu dzieci zauważył FISCHL późne wytwarzanie się białych czopków w migdałkach — dopiero po 6—7-dniowym trwaniu gorączki. W takich razach rozpoznanie jest trudne, szczególnie u małych dzieci, nie umiejących wskazać miejsca cierpienia.

Niektóre przypadki zapalenia migdałków przebiegają z ciężkimi zaburzeniami przewodu pokarmowego, wyniszczająco działającemi na ustrój dziecka; takie przypadki zwie autor *angina gastrica*.

Przenoszenie się anginy z dziecka na dziecko nie podlega żadnej wątpliwości, okres wylegania trwa dwa do sześciu dni.

W celach leczniczych wypróbował autor wszystkie środki, od płukań i pen-dzlowań poczynając aż do zastrzykiwań kwasu karbolowego w miąższ migdałków i chirurgicznego usuwania tychże włącznie — lecz bezskutecznie. Jedynie klimatyczne i wzmacniające leczenie, a szczególnie kąpiele solankowe i pobyt nad morzem znakomicie osłabiają rzeczony usposobienie. (To ostatnie zdanie w zupełności potwierdzić mogę, widywałem bowiem, że po kilkutydniowym pobycie nad morzem dzieci, które dawniej kilka razy do roku zapadały na anginę, przez rok i dwa zupełnie od niej były wolne. Spr.).

(*Jahrb. f. Kind. 1900. 1 B. Hft. 2.*)

L. W.

127. B. BENDIX. **Wpływ ciąży na wydzielanie mleka u karmiących.** Ważną sprawę poruszył autor w niniejszej pracy, tem ważniejszą, iż w bardzo wielu dziełach i monografiach żadnych o niej nie spotykamy wiadomości lub bardzo skąpe. Ogólnie zarówno w nauce, jak w życiu praktycznym, panuje przekonanie, że nowa ciąża zniewala do zaniechania dalszego karmienia dziecka, kobieta bowiem nie jest w możności wyżywienia siebie, ssawca i płodu. Nadto pod wpływem drażnienia brodawek podczas ssania niejednokrotnie na drodze zwrotnej wstawiają się kurcze macicy, powodujące poronienie.



Już przed kilku laty tenże sam autor na zasadzie badań nad 140 kobietami i ich dziećmi starał się naukowo rozjaśnić również ciekawą sprawę wpływu miesięczki karmiących na zdrowie i rozwój karmionych dzieci i doszedł do następujących wniosków, które podajemy ze względu na ich praktyczną ważność: 1) Około 10% karmiących miesięczkuje podczas karmienia. 2) Zjawienie się i regularne powtarzanie się miesięczki nie powinno być powodem odstawienia dziecka, z małymi jeno wyjątkami. 3) Ilościowe zmiany pokarmu zjawiają się podczas miesięczki w rzadkich tylko przypadkach, jakościowe zaś dotyczą jedynie tłuszczu (0,5—2,5%), którego ilość zwiększa się. 4) W nielicznych tylko przypadkach zauważyć się dawał niepożądany wpływ miesięczki na stan ogólny i na trawienie ssawca, a zmiany te mijały po ustaniu miesięczki. Z tych badań wynika, że miesięczka karmiących w tych tylko przypadkach powinna być wskazaniem do odstawienia dziecka, a raczej do oddania go innej karmiącej, jeżeli spostrzeżenie wykazuje upadek wagi ssawca i obniżenie się ogólnego stanu jego zdrowia.

Inaczej ma się rzecz z ciążą, jak tego dowodzi przypadek, bardzo ściśle spostrzegany obecnie przez autora. Pewna matka karmiła swe dwumiesięczne dziecko, a ważenie tegoż przed i po każdym karmieniu wykazało, że ilość wydzielanego mleka wynosiła za każdym razem od 50 do 210 gramów, ogółem 835 g. na 6 karmień. Ilość dla dwumiesięcznego dziecka zupełnie dostateczna, to też dziecko, które ważyło 3 kilogramy przy urodzeniu, w 12 tygodniu ważyło już 5 klg i 300 gr. Wkrótce jednak przekonała się matka, że dziecku w ostatnim tygodniu przybyło zaledwie 50 gr., gdy poprzednio tygodniowy przyrost wagi wynosił od 250 do 300 gr. czyli 35—40 gr. dziennie.

Ponowne ważenia dziecka przed i po ssaniu wykazały, że matka wydzielala obecnie nie więcej nad 50—80 gr. mleka na raz, a 400, nawet tylko 340 gr. na dobę (6 karmień). Dziecko zmizerniało i schudło, wobec czego wypadło dodawać mu rozcieńzonego krowiego mleka. Po miesiącu wystąpiły krwawienia pochwowe i bóle u karmiącej, nastąpiło poronienie dwumiesięcznego płodu, po czem matka przez ośm dni była cierpiąca. Waga dziecka przez ten czas nie podniosła się wcale, lecz już w następnym (19-ym) tygodniu wzniosła się ponownie o 200 gr. Od tego czasu ilość pokarmu wzmagać się zaczęła i wynosiła od 120 do 250 gr. na raz, a 995 gr. na dobę (6 karmień), dziecko doskonale się znowu rozwijało.

Przypadek ten doskonale potwierdza ogólnie panujące zdanie o szkodliwym wpływie ciąży na ssawca, jak również o złym oddziaływaniu karmienia na ciążę (poronienie), pomimo tego nie stanowi on dowodu dla wszystkich analogicznych przypadków, albowiem z praktyki znane są liczne spostrzeżenia kobiet ciężarnych, doskonale karmiących dzieci i bez szkody dla siebie, wobec czego w podobnych przypadkach należy indywidualizować, obserwując ilość wydzielanego przez karmiącą mleka, wygląd i wagę ssawca, nadto liczyć się z siłami karmiącej, słabym zabraniając karmienia w razie zajścia w ciążę, silnym i rosnym nie przeszkadzając w spełnianiu tych obowiązków, jeżeli nie widać u dziecka szkodliwych skutków.

(*Münch. med. Woch.* 1900. Nr. 30).

L. W.

## Sprawozdanie

### Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(21—24 lipca r. b.).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 45).

#### SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Streścił **St. ŁAGOWSKI.**

Prof. D-r A. MARS. O zapobieganiu gorączce połogowej. Rzecz całą dzieli prelegent na 4 części stosownie do przyczyn, które mogą wywoływać, ułatwiać lub utrudniać zakażenie. Mówi zatem o możliwości zakażenia przez osoby, niosące pomoc i otaczające, o instrumentach i przyborach, w zetknięcie z narządem płciowym wchodzących, dalej, o źródłach zakażenia, które mogą znajdować się w pobliżu osoby rodzącej lub położnicy; następnie o ogniskach, w których się znajdują istoty chorobotwórcze, a które tkwią w ustroju rodzącej lub położnicy; wreszcie omawia znaczenie odporności ustroju osób, ulegających zakażeniu. Stosownie do tych punktów omawia postępowanie zapobiegawcze, o ile to dotyczy nowszych zdobyczy naukowych, i wskazuje kierunki dalszych badań. Rzecz swą kończy wykazaniem, co dotychczas drogą postępowania zapobiegawczego uzyskano, a zarazem dotyka kwestyi stanowiska, jakie lekarz-akuszer wobec społeczeństwa zajmuje.

Prof. d-r H. JORDAN. O leczeniu gorączki połogowej. Mówca zaznacza na wstępie nadzwyczajną różnicę, jaka zachodzi pomiędzy liczbą gorączek połogowych, przytrafiających się obecnie, a dawniej.

Przechodząc do leczenia, występuje przeciw zapatrywaniom PINARD'a i stwierdza, że żadnych systemów utartych w leczeniu gorączki połogowej przyjmując nie można. Zanim weźmiemy się do leczenia, powinniśmy dokładnie poznać źródło, gdzie zakażenie pierwotnie się usadowiło i jakim sposobem do ustroju się dostało. Inne postępowanie będzie przy zakażeniach po poronieniu, a inne po porodzie czesnym.

Leczenie dzieli na miejscowe i ogólne. Co do miejscowego, to w krótkości załatwia się z leczeniem owrzodzeń i przechodzi do leczenia wnętrza macicy. Występuje przeciw wyskrobywaniu macicy po porodzie czesnym, jako też przeciw stałym przemywaniom macicy. W przypadkach świeżych zgadza się na zbadanie i ewentualne opróżnienie macicy palcem, jako też i na przestrzykiwanie jej jamy lekkimi środkami przeciwnilnymi w 12—24 godzinnych odstępach czasu kilkakrotnie i wytarcie wnętrza wyskokiem lub nalewką jodową. Oparzenia (waporyzacji) błony śluzowej nie zaleca, gdyż z osobistego doświadczenia w tym kierunku nie posiada żadnych danych. Wyjęcie macicy zakażonej uważa za racjonalne tylko w świeżych przypadkach. W przypadkach zadawnionych całe wyżej wymienione leczenie miejscowe poczytuje za nieodpowiednie.

Co do leczenia ogólnego, omawia naprzód leczenie surowicą swoistą MARMOREK'a, dalej, wstrzykiwania do żył sublimatu i innych środków. Z kolei mówi o środkach, podnoszących ogólną przemianę materii, i tu na czele stawia fizyolo-

giczny roztwór soli kuchennej, następnie wyskok, arsenik, kreozot i t. d., wstrzykiwanie podskórne środków drażniących, jak np. olejku terpentynowego i t. p. w celu wywołania miejscowego ropienia. Wreszcie, przechodzi do środków, działających objawowo, jako to: sercowych, podniecających, kąpieli, owijań w prześcieradła i t. p.

W dyskusji d-r KOŚMIŃSKI (Lwów) zaznacza, że, jakkolwiek w klinikach mamy dobre wyniki, to w praktyce prywatnej tak nie jest, powinniśmy przeto się starać, aby zapobieganie gorączce połogowej zaszczeniać wśród ogółu. Co do leczenia surowicą, nadmienia o dobrych wynikach w klinice lwowskiej, osiągniętych przy stosowaniu dużych dawek. Podobnie i leczenie surowicą fizjologiczną daje dobre wyniki przy stosowaniu jej w wielkich dawkach (do 7 litrów na dobę).

D-r POMORSKI (Poznań) ostrzega przed częstym zbyt częstym badaniem. Zwraca uwagę na niedokładność obserwowania położu przez akuszerki i oznajmia, iż leczenie surowicą MARMOREK'a, a nawet BEHRING'a dawało mu w przypadkach zakażenia dobre wyniki.

Prof. MARS zaleca wczesne stosowanie surowicy MARMOREK'a i to w dawkach wielkich, chociaż wyznaje, iż surowica nie zawsze działa, bo dotychczas nie mamy wskazań, kiedy ją stosować należy, a kiedy nie. Opisuje przypadek ropnicy, w którym surowica wpływała korzystnie na stan ogólny.

D-r STANKIEWICZ (Łódź) modyfikuje sposób mycia rąk FUERRINGER'a w ten sposób, że po obmyciu rąk mydłem opłukuje je wodą sterylizowaną, następnie macza w sublimacie i myje w wysokoku. Wspomina o sposobie operowania w położnictwie KOŚMIŃSKIEGO, jako mającym najwięcej warunków do ustrzeżenia przed zakażeniem. Występuje przeciw skrobaniu macicy w zakażeniach i jest zdania, że nie należy leczyć surowicą przed ukończeniem badania bakteriologicznego.

D-r CHOLEWIŃSKI (Rypin, gub. Płocka) sądzi, że lekarz rzadko przenosi zakażenie, sprowadzają je zaś przeważnie babki wiejskie, dla tego jest zdania, że należy wpływać na to, by do każdego porodu była wzywana akuszerka. Leczenie surowicą jest na razie w praktyce biednych za kosztowne.

Prof. JORDAN twierdzi, że, skoro doświadczenia kliniczne udowodnią skuteczność surowicy, wówczas władze będą zmuszone ponosić koszty leczenia tak, jak to dziś mamy ze szczepieniem ospy.

Co do rozszerzania się zakażeń, to wbrew zapatrywaniom d-ra CHOLEWIŃSKIEGO zaznacza, że lekarz zakażenie może przenosić, i to najczęściej przenosi je z konieczności, niosąc pomoc. Przypomina, że najgroźniejsze są zakażenia epidemiczne, mniej groźne sporadyczne.

D-rowi STANKIEWICZOWI odpowiadając, oświadcza, że leczyć należy surowicą zaraz, przed ukończeniem badania bakteriologicznego.

D-r THIEME stwierdza, że w Warszawie zdarzają się tylko zakażenia sporadyczne, i to najczęściej po porodach, które się odbyły bez lekarzy.

D-r SOŁOWIŃ (Lwów) przy myciu rąk używa eteru. Stawia wnioski następujące:

- 1) by akuszerkom dostarczać sublimatu do mycia rąk;
- 2) by im dostarczać środków dezynfekcyjnych i waty aseptycznej z fundusów krajowych;
- 3) by akuszerkom co kilka lat ułatwiać kursy w celu powtórzenia wiadomości zawodowych.

Wnioski te jednogłośnie uchwalono.

D-r JAWORSKI (Warszawa) zaznacza:

- 1) że częste są zakażenia płożowe mieszane, i że w tych razach surowica nie może działać skutecznie,
- 2) że używa się za małych dawek surowicy,
- 3) że stosuje się ją zapóźno.

D-r STANISZEWSKI (Warszawa) leczy w szpitalu zakażenie z dobrym skutkiem i używa do tego tylko przemywań krwi, podając wielką ilość płynów.

D-r ZALESKI (Sanok) wyraża życzenie, by znaleźć sposób pewnego podniesienia odporności ustroju.

D-r BORYSSOWICZ używał 8 razy surowicy MARMOREK'a, raz tylko jeden jednak miał dobry skutek, złe przypisuje późnemu zastosowaniu leczenia.

Drugie, nadzwyczajne posiedzenie sekcji ginekologicznej odbyło się w klinice ginekologicznej. Przemawiali tu.

D-r T. BORYSSOWICZ. O stosowaniu szwu międzywęzełkowego (*sutura internodosa*) w niektórych plastycznych zabiegach, dokonywanych na dolnym odcinku macicy (przyczem demonstracja operacji na wyrobach z gliny). Prelegent rozbierał częstość omawianej operacji przed 10 ciu laty i obecnie, dalej, słuszność zarzutów, podnoszonych na posiedzeniach towarzystwa ginekologicznego w Paryżu, jako też i w czasopismach włoskich przeciw operacyom, dokonywanym na dolnym odcinku macicy, wreszcie, ogólne zasady, których należy przestrzegać przy dokonywaniu tych operacji w celu uniknięcia blizn i zniekształcenia narządów operowanych.

Zwrócił też uwagę na ułatwienie i dokładność w kojarzeniu powierzchni i brzegów wyciętych płatów przy użyciu szwu międzywęzełkowego, a to szczególnie w tych miejscach, gdzie należy skojarzyć błonę śluzową pochwy z błoną śluzową szyi macicznej, co miewa miejsce.

- 1) przy odjęciu części pochwowej macicy;
- 2) przy plastycznym rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy;
- 3) przy plastycznym rozszerzeniu zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy.

W dyskusji d-r KOŚMIŃSKI nadmienił, iż do rozszczepienia płatków przy metodzie rozszerzenia szyi macicy ROSNERA-MARSA używa tamponady gazą i przypuszcza, iż szew międzywęzełkowy czasami może powodować obumarcie szczytu wszczepionego płatka.

Prof. d-r MARS wyraża wątpliwość co do skutków rozszerzania operacyjnego górnego odcinka szyi.

D-r BORYSSOWICZ zachęca do prób ze szwem międzywęzełkowym.

D-r JAWORSKI (Warszawa). O powikłaniach ciąży, porodu i położu wadami serca. Zaznaczywszy wątpliwości i sprzeczne zdania różnych powag naukowych, zarówno w tłumaczeniu zniesienia wyrównania u położnic z wadami serca podczas ciąży, porodu i położu, jako też i w sprawie leczenia i rokowania w przypadkach tych powikłań, przytacza autor krótkie streszczenia 10-iu własnych spostrzeżeń i mówi, iż liczebnie nie duży, ale różnolity ten materiał kliniczny nastęrcza mu pewne uwagi, a mianowicie.

- 1) Pozostaje fakt zaprzeczyć się nie dający, że wady serca podczas ciąży, porodu i położu są powikłaniem bardzo poważnem.
- 2) Że ciąża obostrza przewlekłe sprawy chorobowe serca i wywołać może cierpienia następcze.

3) Że po przejściu ciąży lub jej przerwaniu naturalnem lub sztucznem, naruszony krwiobieg stopniowo się wyrównywa.

4) Że przypadki, w których niema zmian degeneracyjnych w mięśniu serca, pomimo istniejącej wady i przy metodzie leczniczej wyczekującej przebiegać mogą pomyślnie.

5) W końcu, że właściwa pomoc podczas porodu, nawet przy groźnych objawach zniesienia wyrównania w krwiobiegu, odwrócić może niebezpieczeństwo.

W dyskusyi prof. MARS oznajmia, że, im ciąża przy wadzie serca jest wcześniejsza, tem byłby skłonniejszy do jej przetrwania, im zaś ona jest bliżej kresu fizyologicznego, zachowałby się bardziej bierne i wcaleby porodu przedwczesnego nie starał się doradzać.

Prof. JORDAN podziela zapatrywanie prof. MARSA i porusza pytanie, jakie zalecenia należy dawać kobiecie, która miała objawy niedomogi już przy jednym porodzie. Zaznacza, że nie trzeba apodyktycznie zabraniać takim kobietom zajścia w ciążę, ponieważ dalsze porody mogą przebiegać prawidłowo.

D-r KOŚMIŃSKI zwraca uwagę, by przy wadach serca być bardzo ostrożnym w ratowaniu.

D-r LAHS przytacza statystykę swoich przypadków i zaznacza, jak trudne jest postępowanie przy wadach serca, i jak trudno tu bywa ocenić wskazania.

D-r JAWORSKI. Podzielając ważność zmian w mięśniu sercowym, podnosi ważność indywidualizowania przypadków.

Doc. d-r BRAUN (Kraków). Rozpoznanie i leczenie pierwszej połowy ciąży pozamacicznej. Jak wielkie są trudności rozpoznania pierwszej połowy ciąży pozamacicznej, dowodzi fakt, że jedynie wskutek nich ogół lekarski dowiedział się dopiero w XV wieku o tem, że jajo płodowe może się rozwijać po za granicami macicy. Na właściwe atoli tory weszła sprawa ciąży zamacicznej w ostatniej 1/4 b. w., dzięki udoskonaleniu metod fizycznego i ginekologicznego badania i dzięki wdaniu się chirurgów w tę sprawę. Jeżeli jednak pomimo znacznego postępu za wielki % przypadków pozostaje tu jeszcze nierozpoznawanych i przeoczonych, to na to składają się następujące okoliczności. Naprzód musimy uważać ciążę pozamaciczną za powikłanie procesu płodzenia niezmiernie rzadkie, powtórne, nie mamy możliwości obserwowania takiej ciąży od jej zawiązku aż do jej zejścia, gdyż chore w pierwszych miesiącach nie doznają żadnych dolegliwości, a szukają pomocy lekarskiej dopiero wówczas, gdy wystąpią objawy przerwania ciąży, jako to: gwałtowne bóle brzucha, połączone z omdlewaniami i krwotokiem wewnętrznym. Objawy owe przedstawiają trudne do rozwiązania zadanie, gdyż mogą naśladować różne sprawy chorobowe jamy brzusznej, jak np. pęknięcie wrzodu żołądka, jelit, tętniaka i t. p., a przytem badanie takich chorych z powodu nadmiernego ich osłabienia jest nieraz niemożliwe. To też gdy w drugiej połowie ciąży pozamacicznej, opierając się na objawach ciąży zwykłych i znajdując przy obmacywaniu dwa elastyczne obok siebie ułożone guzy, a odpowiadające jeden — powiększonej macicy, drugi — płodowi, daleko łatwiej i prędzej możemy rozpoznać na pewno, to w pierwszej połowie takiej ciąży rozpoznajemy najczęściej z pewnem tylko prawdopodobieństwem. Nie wystarczają tu bowiem objawy ciąży zwykłe i owe dwa elastyczne guzy, ale trzeba wyłączyć cały szereg spraw chorobowych, które do macicy ciężarnej zbliżone być mogą, jak np. macicę nieciążarną, a obok niej torbiel jajnika, macicę z włókniakami podsurowiczymi i t. d.

Leczenie podzielić można na zapobiegawcze i leczenie samej ciąży pozamacicznej.

Co do pierwszego, to starać się trzeba usunąć wszelkie zboczenia w położeniu macicy, a przede wszystkim zapalenie rzeżączkowe trąbek, gdyż jest ono momentem uzposabiającym do powstawania takiej ciąży.

Ciążę pozamaciczną uważać na równi z nowotworami i usuwać jak najprędzej, przytem a) jeżeli ciąża jest utrzymana, dążyć do zniszczenia jaja płodowego, do czego służą środki podkopujące zdrowie matki, jak np. głodzenie, upusty krwi i t. p., obecnie zupełnie zaniechane, najracyonalniejsze jest postępowanie LAWSON-TAIT'a, który radzi wyciąć guz, obejmujący jajo, przez powłoki brzuszne, lub przez pochwę.

b) W przypadkach, gdy taka ciąża się przerywa, czy to wskutek pęknięcia trąbki, czy też wskutek poronienia trąbkowego, to o ile tętno jest dobre, a brzuch nie bardzo wzdęty i niebolesny, bezzwłocznie wykonać laparotomię, a tylko w razie znacznej małokrwistości i słabego tętna podawać środki wzmacniające i przeciwzapalne.

c) jeżeli mamy do czynienia z przerwaniem ciąży dokonaniem, to leczyć wytworzony lecz nie rosnący krwistek środkami, przyspieszającymi wessanie. Do operacji uciekać się tylko wówczas, gdy guz krwawy albo rośnie, albo uległ zropieniu, albo też przez długi przeciąg czasu wielkie jego rozmiary się nie zmniejszają. W tych przypadkach lepsze jest zawsze otwarcie jamy brzusznej od strony brzucha, niż od strony pochwy, z wyjątkiem ropienia guza.

(C. d. n.).

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LAUNOIS zastosował w jednym przypadku niedokwaśności żołądka z pomyślnym skutkiem sok żołądkowy psa. U chorego 49-letniego, mocno wyniszczonego, przypuszczano nawet raka żołądka; jednakże guza nie wyczuwano. Kwasy solnego nie było wcale. Wkrótce po zastosowaniu soku psa stan chorego poprawił się, chory począł tyć.— BARTH leczył także pewną ciężarną sokiem żołądkowym psa. Dawał 3 razy dziennie po 60 grm. w bulionie. Po 4 miesiącach trawienie powróciło do sta-prawidłowego, a ciąża dobiegła do końca.— LEGENDRE spostrzegł 5 podobnych przypadków. (D. M. 46—1900).

= LEISTIKOW, idąc za radą UNNA'y, który już oddawna stosował atrament przeciw niektórym chorobom skórnym, użył tego środka w przypadkach spraw zapalnych ograniczonych skóry, jak:

*erythema exud. multif.* rąk i stóp, ograniczonym swędzeniu, wyprysku na narządach płciowych oraz pryszczycy. Miejscowe kąpiele i okłady stosował L. 2 razy dziennie w ciągu 10—15 minut. Swędzenie i palenie natychmiast ustawały, pęcherzyki i grudki schły szybko, tworząc zrogowacenie naskórka. W 3 przypadkach owrzodzeń goleni okłady atramentowe, pokryte papierem gutaperkowym i zmieniane raz dziennie, usuwały natychmiast ból i po kilku tygodniach doprowadzały do zupełnego wyleczenia. Autor przepisuje dwa roztwory oddzielnie: 3—10% roztwór taniny oraz 2—5% siarczanu żelaza. (Mon. f. prakt. Derm. T. 19).

= KOSSMANN opisuje przypadek ciąży i porodu po obustronnej kastracyi. Prawdopodobnie po podwiązaniu jajników zostało nieco tkanki jajnikowej

po nad ligaturą, tak, iż odżywianie tych szczątków nie zostało zupełnie przerwane. Poród odbył się prawidłowo, a wkrótce chora znów zaszła w ciążę. (Münch. med. Wozh. 10. 1900).

= PROKES opisuje bardzo rzadki przypadek cięcia cesarskiego u kobiety umierającej, przyczem wydobyto dziecko żywe. Matkę 25-letnią przywieziono do szpitala w stanie konania; rozpoznano zapalenie opon mózgowych. Otwarto jamę macicy sposobem Fritsch'a i szybko wydobyto płód za nóżkę. Dziecko pozostało żywe i zdrowe; matka zmarła w 8 dni po operacji. Zasługuje na uwagę, że, mimo nacięcia łożyska przy operacji, krwawienie było bardzo nieznaczne, oraz że macica nadzwyczaj szybko, jeszcze przed nałożeniem szwów, skurczyła się więcej, niż o połowę. (Cibl. f. Gynaek. 9. 1900).

= COLOMBINI już przed kilku laty wygłosił zdanie, iż w okresie wtórnym

przmiotu występuje stale obrzmienie śledziony; natomiast WOLFERT, BRUHNS i inni znajdowali je w rzadkich tylko przypadkach. Różnica ta w poglądach polegała na różnorodności zastosowanych metod badania: gdy bowiem ci ostatni autorzy przyjmowali niewątpliwe obrzmienie śledziony wtedy tylko, jeśli śledziona dawała się równocześnie wymacać, COLOMBINI utrzymuje, iż obrzmienie to bywa zwykle nieznaczne i może być stwierdzone jedynie zapomocą opukiwania. Występuje ono na kilka dni przed lub też jednocześnie z objawami ogólnymi na skórze i znika wraz z nimi. Śledziona powiększa się głównie w wymiarze poprzecznym, zatem wymacać się nie daje. Zjawisko to zależy od tych samych przyczyn i ma to samo znaczenie, co i obrzmienie gruczołów chłonnych; jest więc ważne pod względem różniczkowo - rozpoznawczym. (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 51).

### Wiadomości bieżące.

— Od Kol. J. ZAWADZKIEGO otrzymaliśmy „Przepisy o bezpłatnem przewożeniu chorych“, a mianowicie: § 1. Karetka „Samarytanka“ przeznaczona jest dla przewozów bezpłatnych chorych niezamożnych do szpitali oraz ze szpitali w tych wypadkach, gdy lekarz uzna za potrzebne przewieść chorego w pozycji leżącej. § 2. Karetka może kursować w tym celu od godz. 9-ej rano do 1 pp., a w wyjątkowych wypadkach w innej porze dnia. § 3. Każdy z życzących sobie otrzymać przewóz bezpłatny w przeddzień do godz. 4-ej p.p., a w razach wyjątkowych do 7-ej wieczorem, obowiązany jest złożyć: a) zaświadczenie lekarza, że choroba nie

jest zakaźna oraz że wymaga przy przewożeniu pozycji leżącej; b) zaświadczenie tegoż lekarza lub osoby wiarogodnej, że chory jest niezamożny; c) świadectwo lekarza szpitalnego, że miejsce w szpitalu jest zamówione. § 4. Karetka może kursować tylko w obrębie m. Warszawy, t. j. w obrębie kolei obwodowej i rogatek miejskich. § 5. W razach wyjątkowych, np. dla przewiezienia położnicy, karetka może być wysłana w każdej porze z decyzji Sekretarza Zarządu, a w razie jego nieobecności zarządzającego stacją lub lekarza dyżurnego z warunkiem spisania przez nich odpowiedniego raportu.

SPROSTOWANIE. Str. 1034 wiersz 7 od dołu wydrukowano; „najpowolniejszą“ powinno być „najwalnieszą“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Долволено Цензурою, Варшава, 2 Нолбры 1900 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

# Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

## Zakład Lecznicy 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.

## 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. Porada 30 kop.

## ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-iej p.p.

## ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

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

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

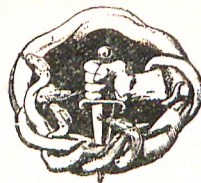
## Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMLCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mocz, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, nalołów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy, wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

## Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

## JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'ind. méd. 21 Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

## CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radaea dworu Prof. Dr. Fleiner „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

## AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radaea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitszewskij pereulok dom Pugowkina.

## APTEKA

Władysława KLICKIEGO

Złota Nr. 29.

Skład wód mineralnych, naturalnych

WINA LEKARSKIE

Środki opatrunkowe.

Najnowsze środki wprowadzone w użycie.

KEFIR

Wody mineralne sztuczne wyrobu Zjednoczonych Aptekarzy Warszawskich.

## PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-ra JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteriologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.